

# Jurnal

---

## Kebidanan dan Keperawatan

---

Vol. 9 No. 1, Juni 2013

ISSN 1858-0610

<b>Hubungan antara Stres Psikososial dengan Perilaku Merokok pada Remaja</b> Gani Apriningtyas B, Sumarni DW, Akhmadi	1-9
<b>Pengaruh <i>Home Visit</i> terhadap Kemampuan Pasien dan Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa</b> Mamnu'ah	10-18
<b>Penerapan Budaya Keselamatan Pasien sebagai Upaya Pencegahan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)</b> Ag. Sri Oktri Hastuti	19-28
<b>Efektivitas Metode Perawatan Luka <i>Moisture Balance</i> Terhadap Penyembuhan Luka pada Pasien Ulkus Diabetikum</b> Salia Marvinia, Widaryati	29-36
<b>Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif</b> Risa Devita	37-46
<b>Pemanfaatan Metadon pada <i>Injecting Drug Users</i> di Puskesmas Gedong Tengen Yogyakarta</b> Herlin Fitriana Kurniawati, Antono Suryoputro	47-56
<b>Gambaran Faktor-Faktor Kepatuhan Diet Lanjut Usia Penderita Hipertensi</b> Kurnianto Priambodo, Lutfi Nurdian Asnindari	57-64
<b>Pengaruh Status Kepegawaian Terhadap Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap</b> Muhammad Saefulloh	65-73
<b>Pengalaman Orang dengan HIV/AIDS Mendapatkan Perawatan Keluarga: Studi Fenomenologi</b> Suratini, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari	74-83
<b>Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita</b> Rahmi Nur Fitri Handayani, Tenti Kurniawati	84-92



## HUBUNGAN ANTARA STRES PSIKOSOSIAL DENGAN PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA

**Gani Apriningtyas B, Sumarni DW, Akhmadi**

PSIK-FK UGM, Bagian Jiwa RSUP dr. Sardjito

E-mail: gani64171@gmail.com

**Abstract:** This research aims at determining the relationship between psychosocial stress and smoking behavior in teenagers. This research is a descriptive research with quantitative design (correlation analytic) and cross sectional approach. The population was teenagers who were identified as smokers. The samples were a number of 56 respondents who were taken by using quota sampling technique. The instruments of this research were a psychosocial stress questionnaire and smoking behavior questionnaire. The result of the statistic test showed the significance value on  $p$  0.021 ( $p < 0.05$ ) in the positive correlation. Spearman-Rank test showed the correlation value ( $r$ ) on 0,308. The conclusion was an association between psychosocial stress and smoking behavior in teenagers but the correlation was not strong enough.

**Keywords:** teenagers smoking behavior, psychosocial stress

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan analitik korelasi dan pendekatan waktu *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 65 siswa yang teridentifikasi berperilaku merokok dan diperoleh sampel sebanyak 56 orang dengan *quota sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner stres psikososial dan angket perilaku merokok. Hasil uji statistik menunjukkan nilai *significancy* ( $p$ ) 0,021 ( $p < 0,05$ ), arah korelasi positif, nilai korelasi ( $r$ ) *Spearman-Rank* sebesar 0,308. Terdapat korelasi antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja dengan kekuatan korelasi lemah.

**Kata kunci:** perilaku merokok remaja, stres psikososial

## PENDAHULUAN

Di Indonesia, usia rata-rata bersentuhan dengan rokok adalah pada saat usia 14-15 tahun. Dinyatakan bahwa 3 dari 10 pelajar (30,9%) merokok sebelum berumur 10 tahun. Hasil survei menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga (37,3%) pelajar SMP Indonesia pernah merokok (Hidayati, 2011). Hasil survei yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DIY tahun 2006 dan 2008 menunjukkan 18,7% remaja di DIY adalah perokok aktif (Dinas Kesehatan Provinsi DIY, 2010). Alasan merokok yang dikemukakan antara lain untuk meringankan ketegangan dan stres sebanyak 54,59% dan 29,36% lainnya menyatakan untuk bersantai (Tempo Interaktif, 2011).

Individu dalam tiap tahap perkembangan remaja akan mengalami stres (Ibung, 2008). Stres yang terjadi pada usia remaja bermanifestasi dalam bentuk lari dari tanggung jawab dan melakukan perilaku berisiko tinggi (Dwiyathitami, 2011). Salah satu perilaku berisiko pada remaja yang dilakukan adalah penggunaan rokok (Sadock & Saddock, 2003). Hal ini ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan pada siswa di Malang mengenai hubungan stres dengan perilaku merokok menunjukkan terdapat hubungan antara tingkat stres dan tingkat perilaku merokok (Rohman, 2009).

Berdasarkan hasil wawancara dengan guru di SMP PGRI, sekolah belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai rokok ataupun bahaya merokok. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, diketahui bahwa dari 15 orang yang diduga merokok, 10 diantaranya adalah perokok dan 5 diantaranya mengalami stres psikososial. Perawat mempunyai peran serta tanggung jawab dalam penanganan serta pencegahan perilaku merokok pada remaja. Dalam hal ini, perawat dapat berperan sebagai edukator dimana perawat dapat memberikan informasi serta sosialisasi mengenai dampak

merokok dan cara pencegahan yang dapat dilakukan remaja. Melihat fenomena perilaku merokok remaja yang semakin meningkat, dan salah satu faktor penyebabnya adalah stres, maka peneliti tertarik untuk meneliti adakah hubungan antara stres psikososial yang dialami remaja dengan perilaku merokok.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan analitik korelasi dan menggunakan rancangan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2011 di SMP PGRI Kasihan Bantul. Populasi penelitian adalah siswa kelas VII dan VIII yang teridentifikasi berperilaku merokok yang berjumlah 65 orang. Penentuan sampel secara *Quota Sampling*. Sampel ditentukan dengan menggunakan tabel penentuan jumlah sampel yang menggunakan tabel *Krejcie*, dengan tingkat kesalahan sebesar 5% (Sudiyanto, 1998). Berdasarkan pedoman tersebut, sampel yang diperlukan dalam penelitian ini berjumlah 56 orang. Kriteria inklusi penelitian ini adalah siswa yang kooperatif, aktif mengikuti kegiatan belajar mengajar, dan siswa yang teridentifikasi berperilaku merokok.

Instrumen penelitian berupa kuesioner Instrumen Penilaian Stres Psikososial (IPSP) dan angket perilaku merokok. Kuesioner IPSP berisi 35 butir keadaan yang berlaku sebagai stresor dan 1 butir (butir ke 36) yang masih kosong untuk tambahan apabila ada peristiwa lain yang belum disebutkan. Cara penilaian koesioner ini adalah dengan memberikan bobot 0 jika tidak terganggu, 1 jika terganggu, serta 2 jika sangat terganggu oleh peristiwa tersebut. Untuk objektifitas penilaian derajat beratnya stresor, maka diberikan bobot yang berbeda pada tiap peristiwa (Tabel 1). (Sudiyanto, 1998).

Penghitungan skor masing-masing butir adalah dengan mengalikan bobot butir

dengan bobot perasaan responden terhadap peristiwa, kemudian taraf beratnya stresor ditentukan dengan menjumlah semua butir peristiwa yang ada. Stres psikososial kemudian dikategorikan menjadi 0 tidak mengalami stres, (1-8) mengalami sedikit stres, (9-16) stres ringan, (17-24) stres sedang, (25-33) stres berat, (34-40) stres sangat berat dan (>41) malapetaka (Asmara, 2004). Sedangkan perilaku merokok dikategorikan menjadi perokok ringan bila menghisap 10 batang rokok atau kurang per hari, perokok sedang bila menghisap antara 11 hingga 20 batang rokok per hari, dan perokok berat bila menghisap lebih dari 20 batang rokok per hari.

**Tabel 1. Butir dan Bobot Peristiwa Stresor Psikososial**

Butir	Bobot
1-5	1
6-10	2
11-15	3
16-20	4
21-30	5
31-35	6

Instrumen ini telah diuji dan dapat digunakan sebagai instrumen penelitian selanjutnya. Nilai *Cronbach-Alpha* adalah 0,9139 yang berarti instrumen (>0,6) ini dinyatakan valid dan reliabel sehingga dapat dilakukan untuk pengambilan data (instrumen) pada penelitian ini (Sudiyanto, 1998).

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan cara mengambil data langsung dari subjek penelitian. Dalam pengumpulan data ini, peneliti dibantu oleh seorang asisten. Data yang telah dikumpulkan ditabulasi terlebih dahulu, dikelompokkan, dan kemudian dianalisis dengan uji korelasi *Spearman-Rank*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini terdiri dari 56 siswa perokok. Berdasarkan data karakteristik responden diketahui bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki yaitu sebesar 83,93% (Tabel 2). Hasil ini sesuai dengan data WHO (2010), bahwa prevalensi merokok pada pria lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Pria sebesar 40%, sedangkan wanita (9%) dan jumlah pria yang merokok untuk persentase 80% mendekati satu juta orang.

Pada tabel 2 terlihat bahwa responden yang berperilaku merokok sebagian besar (58,93%) berusia kurang dari atau sama dengan 14 tahun. Sesuai dengan data survei pada anak sekolah yang berusia 13-15 tahun di Jakarta yang menunjukkan bahwa lebih dari 20% anak adalah perokok tetap. Alasannya karena remaja ingin mencoba hal baru maupun pengaruh dari teman sebaya (Astuti, Kustanti, & Hartini, 2009).

**Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia**

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	47	83,93
Perempuan	9	16,07
<b>Total</b>	56	100
<b>Usia</b>		
≤14 tahun	33	58,93
>14 tahun	23	16,07
<b>Total</b>	56	100

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ayah diperoleh bahwa 50% ayah responden bekerja sebagai wiraswasta.

Sedangkan berdasarkan pekerjaan ibu, diperoleh bahwa sebagian besar ibu responden merupakan ibu rumah tangga yaitu sebesar 58,93% (Tabel 3).

**Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah dan Ibu**

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
<b>Pekerjaan Ayah</b>		
Wiraswasta	28	50,0
PNS/Polri/TNI	2	3,57
Buruh Tani	18	32,14
Lainnya	3	5,36
Tidak Bekerja	5	8,93
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
<b>Pekerjaan Ibu</b>		
Wiraswasta	13	23,21
PNS/Polri/TNI	0	0
Buruh Tani	8	14,29
Lainnya	2	3,57
Tidak Bekerja	33	58,93
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Berdasarkan pendidikan ayah dan ibu menunjukkan bahwa keduanya sebagian besar mempunyai pendidikan terakhir pada jenjang SMA yaitu ayah sebesar 48,21% dan ibu sebesar 42,86% (tabel 4).

Status sosial ekonomi dapat dilihat antara lain dari tingkat pendidikan dan pekerjaan (Rohman, 2009). Dari data didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki orang tua dengan pekerjaan sebagai wiraswasta (pedagang kecil/pedagang asongan) dan buruh/tani dengan tingkat pendidikan terakhirnya adalah SMA. Dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden berasal dari kalangan sosial ekonomi rendah. Data

**Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Ayah dan Pendidikan Ibu**

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
<b>Pendidikan Ayah</b>		
SD	15	26,79
SMP	10	17,86
SMA	27	48,21
Akademi/Perguruan Tinggi	4	7,14
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
<b>Pendidikan Ibu</b>		
SD	15	26,79
SMP	15	26,79
SMA	24	42,86
Akademi/Perguruan Tinggi	2	3,57
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

*World Health Organization* (WHO) yang menunjukkan bahwa persentase perokok lebih besar terjadi pada kelas sosial ekonomi rendah (28% wanita dan 32% pria) dibandingkan dengan yang terjadi pada kelas sosial ekonomi tinggi (14% wanita dan 17% pria) (WHO, 2010).

Melihat data Tabel 4, berdasarkan tingkat pendidikannya, diketahui bahwa orangtua responden, baik ayah maupun ibu, sebagian besar berpendidikan SMA. Hal ini mempengaruhi tingkat pengetahuan orangtua terhadap bahaya merokok. Pengetahuan individu terhadap bahaya merokok mempengaruhi perilaku merokok seseorang. Semakin rendah tingkat pengetahuannya terhadap bahaya rokok, maka akan semakin besar risiko untuk melanjutkan perilaku merokoknya (Ding dalam Putri, Dasuki, & Hasanbasri, 2005).

**Gambaran Stres Psikososial Responden****Tabel 5. Tingkat Stres Psikososial Responden di SMP PGRI Kasihan Bantul Tahun Ajaran 2010/2011 Kelas VII dan VIII**

Stres Psikososial	Jumlah
Tidak Stres	6
Sedikit	19
Ringan	7
Sedang	3
Berat	9
Sangat Berat	9
Malapetaka	3
<b>Total</b>	<b>56</b>

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada tingkat sedikit stres (33,93%). Sebagai pembandingan, hasil dari penelitian Kusuma dan Prabandari (2007) yang menunjukkan bahwa remaja berada pada tahap tidak stres. Perbedaan hasil yang ada dapat disebabkan oleh perbedaan karakteristik responden, yang merupakan siswa yang mempunyai latar belakang tingkat perekonomian menengah ke atas. Pada penelitian ini ditemukan stresor yang paling banyak dialami dan dirasakan mengganggu responden adalah adanya keinginan yang belum terpenuhi, karena responden berada pada tingkat ekonomi menengah ke bawah.

**Gambaran Perilaku Merokok Responden**

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah perokok ringan yaitu sebesar 92,86%. Hasil yang berbeda ditunjukkan dalam penelitian Sari, Ramdhani dan Eliza (2003) bahwa sebagian besar responden 51,33% merokok antara 11-22 batang.

**Tabel 6. Klasifikasi Tingkat Perilaku Merokok Responden di SMP PGRI Kasihan Bantul Tahun Ajaran 2010/2011 Kelas VII dan VIII**

Klasifikasi Perilaku Merokok	Jumlah
Perokok Ringan ( $\leq 10$ )	52
Perokok Sedang (11-20)	4
Perokok Berat ( $> 20$ )	0
<b>Total</b>	<b>56</b>

Perbedaan hasil penelitian tersebut dapat terjadi karena perbedaan usia responden, dimana responden pada penelitian Sari, Ramdhani dan Eliza (2003) berusia antara 15 hingga 22 tahun. Sebagai pembandingan, hasil yang sama ditunjukkan pada penelitian Radityasari (2010) yang mengungkapkan bahwa responden mengkonsumsi antara 1 hingga 10 batang rokok setiap hari.

**Pola Perilaku Merokok Responden**

Pola perilaku merokok responden meliputi usia pertama kali merokok, alasan pertama kali merokok, alasan merokok saat ini, cara mendapatkan rokok, tempat biasa merokok, lingkungan yang merokok, sumber informasi tentang rokok, informasi mengenai bahaya merokok, mengetahui bahaya merokok dan jumlah uang untuk merokok (tabel 7).

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 37,50% responden menghisap rokok pertama kali saat berusia 12 tahun. Sesuai dengan penelitian lain bahwa subjek merokok sejak usia 12-16 sebanyak 56% (Radityasari, 2010). Diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan alasan pertama kali menghisap rokok karena ajakan teman (36%) diikuti dengan menghilangkan stres. Perkembangan penggunaan rokok dipengaruhi oleh beberapa hal yang

**Tabel 7. Pola Perilaku Merokok Responden di SMP PGRI Kasihan, Bantul Tahun Ajaran 2010/2011**

<b>Pola Perilaku Merokok</b>	<b>Kategori dengan Persentase Tertinggi</b>	<b>Jumlah</b>
Usia Pertama Kali Merokok	Usia 12 tahun	21
Alasan Pertama Kali Merokok	Ajakan teman	27
Alasan Merokok Saat Ini	Menghilangkan jenuh	24
Cara Mendapatkan Rokok	Penjual asongan	31
Tempat Biasa Merokok	Tempat umum	32
Lingkungan yang Merokok		
a. Keluarga	Ayah	36
b. Teman Dekat	>10 orang	24
c. Guru	1- 5 orang	30
Sumber Informasi	Orangtua	22
Pernah Mendapat Informasi Mengenai Bahaya Rokok	Ya	48
Jumlah Uang yang Dhabiskan Untuk Merokok	<10 ribu	31a

kompleks seperti personal, sosial dan kebudayaan yang dapat bervariasi sepanjang waktu dalam tiap tahap perkembangan yang dapat berdampak pada laki-laki dan perempuan (WHO, 2010).

Sebagian besar responden merokok untuk menghilangkan kejenuhan (33,80%) disertai alasan lain yaitu menghilangkan stres. Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian, diantaranya adalah penelitian Prabandari (1994) bahwa alasan seorang remaja merokok antara lain adalah coba-coba, terlihat *macho*, ditawarkan oleh teman, mempererat persahabatan, tidak ketinggalan jaman, menyenangkan dan mengurangi stres. Komalasari dan Helmi (2000) mengungkapkan bahwa remaja mempunyai suatu pandangan bahwa rokok dapat membantu mengurangi beban masalah, namun jika remaja tidak menemukan pemecahan atas masalah yang terjadi maka akan semakin meningkatkan perilaku merokoknya.

Sebagian besar responden memperoleh rokok atau membeli rokok dari penjual asongan atau warung kecil yaitu sebesar 31%. Hal ini terkait dengan banyaknya warung di sekitar lingkungan sekolah, sehingga responden dapat dengan leluasa membeli rokok secara eceran. Beberapa penelitian menunjukkan hasil yang serupa yaitu pada penelitian Radityasari (2010) di mana sebagian besar subyek membeli rokok secara ecer di warung pinggir jalan.

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa responden paling banyak menghisap rokok di tempat umum (pinggir jalan, mall, warung/kafe/restoran dan angkutan umum) yaitu sebesar 53,33%. Hasil yang sama ditunjukkan pada penelitian Astuti, Kustanti, dan Hartini (2009) bahwa sebanyak 37,5 % remaja dengan persentase terbesar merokok di tempat umum, karena bebas dari pengawasan guru dan orangtua, sehingga merasa aman.



Diketahui bahwa ayah merupakan anggota keluarga dengan persentase berperilaku merokok terbesar dalam anggota keluarga (43,93%). Sesuai dengan penelitian Harjanto, Purwanta dan Rahmat (2004) bahwa 91,7% orangtua remaja yang merokok juga merupakan perokok. Remaja dengan orangtua yang merokok mempunyai kecenderungan 0,96 kali untuk merokok (Nurkania, dkk, 2007).

Responden mendapatkan informasi tentang rokok sebagian besar dari orangtua (29,33%) dan televisi (26,67%). Ini menunjukkan bahwa remaja mempunyai akses yang tinggi terhadap media baik media cetak maupun elektronik, karena media dapat dijadikan sebagai sumber informasi, hiburan maupun sarana interaksi dengan teman (Nurkania, Hakimi & Prabandari, 2007).

Sebagian besar responden menghabiskan kurang dari sepuluh ribu untuk membeli rokok (55,36%). Beberapa studi mengindikasikan remaja yang banyak menghabiskan uang sakunya mempunyai tingkat yang tinggi dalam penggunaan rokok. Di beberapa negara remaja lebih sensitif terhadap harga rokok, semakin tinggi harga rokok akan berpengaruh pada seberapa uang yang diperlukan untuk merokok dan mempunyai dampak substansial pada penggunaan rokok (WHO, 2010).

### **Hubungan Antara Stres Psikososial dengan Perilaku Merokok Responden**

Hasil uji statistik menunjukkan nilai *significancy* ( $p$ ) 0,021 ( $p < 0,05$ ), arah korelasi positif, nilai korelasi ( $r$ ) *Spearman-Rank* sebesar 0,308. Hasil korelasi tersebut dapat diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan bermakna antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja di SMP PGRI Kasihan Bantul. Arah korelasi positif menunjukkan hubungan yang searah, yang artinya semakin besar tingkat stres

psikososial semakin besar pula tingkat perilaku merokok yang dilakukan (jumlah rokok yang dihisap bertambah). Kekuatan korelasi antara kedua variabel dalam penelitian ini lemah yang berarti bahwa remaja mempunyai kecenderungan untuk merokok saat stres.

Finkelstein dan Booker (dalam Rohman, 2009) menjelaskan bahwa tingkat stres yang tinggi berakibat terhadap meningkatnya risiko seseorang untuk merokok. Hal ini terkait dengan harapan agar dapat teralihkan rasa tegang atau keadaan yang menyebabkan stres tersebut dengan merokok. Harjanto (2004) menjelaskan bahwa keadaan stres yang termasuk dalam faktor kepribadian yaitu faktor yang berasal dari dalam diri seseorang berpengaruh dalam perilaku/konsumsi terhadap rokok (Harjanto, dkk, 2004).

Pada penelitian ini meskipun terdapat korelasi yang bermakna, namun kekuatannya lemah. Hal ini didukung oleh penelitian Koval, dkk, (2004) menyatakan bahwa merokok pada siswa tingkat SMP tidak selalu terkait dengan masalah stres yang dialami, namun hal ini berbeda pada tingkat SMA awal di mana stres sangat mempengaruhi keinginan remaja untuk merokok. Selain itu juga didukung oleh data-data penelitian lain bahwa alasan remaja merokok menunjukkan persentase terbesar yaitu karena menghilangkan kejenuhan.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Pada tingkat stres psikososial, sebagian besar responden berada pada tingkat sedikit stres. Pada tingkat perilaku merokok, sebagian besar responden berada pada tingkat perokok ringan. Terdapat hubungan bermakna antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja di SMP

PGRI Kasihan, Bantul dengan arah positif namun mempunyai kekuatan korelasi yang lemah.

### Saran

Bagi SMP PGRI Kasihan, Bantul diharapkan dapat lebih meningkatkan pendidikan kesehatan tentang perilaku merokok pada siswa-siswa terkait perilaku merokok siswa, agar menghentikan kebiasaan merokok sedini mungkin.

### DAFTAR RUJUKAN

- Astuti, F., Kustanti, A., & Hartini, S. 2009. *Gambaran Persepsi, Sikap, dan Perilaku Merokok pada Siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) di Urban Kabupaten Sleman*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Byrne, D. G., & Mazanov, L. 2003. Adolescent Stress and Future Smoking Behavior A Prospective Investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 313-321.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2010. *Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Dinas Kesehatan.
- Dwiyathitami, Ni. M. 2011. *Mengenal Stres Pada Anak*, (Online), (<http://www.balipost.co.id/mediadetail.php?module=detailberita&kid=24&id=48084>), diakses 15 Februari 2011.
- Hidayati, N. 2011. *Tiga dari 10 Pelajar di RI Merokok Sebelum Umur 10 Tahun*, (Online), (<http://m.detik.com> dari browser ponsel anda! detik news.com), diakses 15 Februari 2011.
- Harjanto, T., Purwanta., & Rahmat, I. 2004. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok di Kalangan Pelajar SMU Negeri 1 Kartasura Jawa Tengah*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Komalasari, D., & Helmi, A. F. 2000. *Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok pada Remaja*, (Online), ([http://avin.staff.ugm.ac.id/data/jurnal/perilakumerokok\\_avin.pdf.2000](http://avin.staff.ugm.ac.id/data/jurnal/perilakumerokok_avin.pdf.2000)), diakses 3 Juni 2011.
- Koval, J. J., Linda, L. P., Stella, S. H., & Chan. 2004. Psychosocial Variables In A Cohort of Students In Grades 8 and 11: A Comparison of Current and Never Smokers. *Preventive Medicine*, 39: 1017-1025.
- Kusuma, M. T., & Prabandari, L. 2007. *Hubungan Antara Status Stres Psikososial dengan Status Gizi Siswi SMP Stella Duce 1 Yogyakarta*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Nurkania, N., Hakimi, M., Prabandari, Y. S. 2007. *Pengaruh Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah Terhadap Sikap dan Perilaku Berhenti Merokok di Kalangan Siswa SMA di Kota Bogor*. Tesis. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Prabandari, Y. S. 1994. *Pendidikan Kesehatan Melalui Seminar dan Diskusi sebagai Alternatif Penanggulangan Perilaku Merokok pada Remaja Pelajar SLTA di Kodya Yogyakarta*. Tesis. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

- Putri, I., Dasuki, D., Hasanbasri, M. 2005. *Struktur Keluarga dan Perilaku Merokok pada Remaja Analisis Data sakerti 3 Tahun 2000*. Tesis. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Radityasari, A. 2010. *Gambaran Perilaku Merokok Siswa SMA/Sederajat di Kota Semarang Tahun 2010*. Skripsi. Tidak Diterbitkan. Universitas Diponegoro: Semarang, (Online), (<http://eprints.undip.ac.id/17277/>), diakses 3 Juni 2011.
- Rohman, A. 2009. *Hubungan Antara Tingkat Stres dan Status Sosial Ekonomi Orang Tua dengan Perilaku Merokok Pada Remaja*. Skripsi. Jurusan Bimbingan dan Konseling dan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Malang, (Online), (<http://karya-ilmiah.um.ac.id/index.php/BK-Psikologi/article/view/2685>), diakses 27 Februari 2011.
- Sari, A. T. O., Ramdhani, N., & Eliza, M. 2003. Empati dan Perilaku Merokok di Tempat Umum. *Jurnal Psikologi*, XXX (2): 81-90, (Online), (<http://neila.staff.ugm.ac.id/wordpress/wpcontent/uploads/2008/02/empatijurnal1.pdf>. 2003), diakses 9 April 2011.
- Sadock, V. A., & Saddock, B. J. 2003. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Sudiyanto, A. 1998. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Jiwa Keluarga Terhadap Kekambuhan Penderita Gangguan Afektif Berat*. Disertasi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Tempo Interaktif. 2011. *Perokok Muda Makin Menggila*, (Online), (<http://majalah.tempointeraktif.com/id/arsip/2008/01/28/KSH/mbm.20080128.KSH126188.id.html>), diakses 15 Februari 2011.
- World Health Organization. 2010. *Gender, Women, and the Tobacco Epidemic: 3. Prevalence of Tobacco Use and Factors Inûuencing Initiation and Maintenance Among Women* (Online), ([http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women\\_tob\\_epidemic/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/)), diakses 15 Februari 2011.

# **PENGARUH *HOME VISIT* TERHADAP KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA YANG MENGALAMI GANGGUAN JIWA**

**Mamnu'ah**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: nutriatma@yahoo.co.id

**Abstract:** The purpose of this quasi-experiment study was to determine the effect of home visit on the abilities of clients and their families in taking care of the family member with mental problem in Banaran village, Galur, Kulon Progo. The sample of this research were patients who had mental problem and their families. The sampling technique used in this research was a random sampling technique taken from 11 clients who were given four home visits in a month. The data were analyzed using paired t-test. After the patients were given the home visit, the researchers measured the respondents' abilities. The result showed that there was an effect of home visits on the client's ability ( $p=0.000$ ) and there was no effect of home visit on the family ability in taking care the patients ( $p=0.480$ ).

**Keywords:** home visit, family and patients ability to care, mental problem

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis Pengaruh *Home Visit* Terhadap Kemampuan Pasien dan Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Desa Banaran Galur Kulonprogo. Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Experiment*. Responden penelitian ini adalah pasien dan keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Teknik sampel yang digunakan adalah acak pada sejumlah 11 responden yang diberikan intervensi *home visit* sebanyak empat kali selama sebulan, kemudian diukur tingkat kemampuan pasien dan keluarga. Analisis data yang digunakan adalah *Paired T Test*. Diperoleh hasil adanya pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien ( $p=0,000$ ) dan tidak ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga ( $p=0,480$ ).

**Kata kunci:** *home visit*, kemampuan keluarga dan pasien dalam merawat, gangguan jiwa

## PENDAHULUAN

Menurut Departemen Kesehatan RI (2000) kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan yang optimal baik secara fisik, intelektual dan emosi dari seseorang yang selaras dengan orang lain. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Definisi tersebut menekankan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera yang positif, bukan sekedar keadaan tanpa penyakit. Orang yang memiliki kesejahteraan emosional, fisik dan sosial dapat memenuhi tanggung jawab kehidupan, berfungsi dengan afektif dalam kehidupan sehari-hari dan puas dengan hubungan interpersonal dan diri mereka sendiri (Videbeck, 2008).

Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial (Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan).

Kesehatan jiwa merupakan suatu rentang meliputi sehat jiwa, risiko dan gangguan jiwa. Setiap orang berisiko apakah akan sehat jiwa, mengalami masalah psikososial maupun gangguan jiwa. Hasil Riskesdas (2007) menunjukkan angka gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 0,46%, di Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai 0,38%. Angka ini masih di bawah angka nasional akan tetapi beban akibat gangguan jiwa sangat berat apalagi bagi keluarga yang merawat pasien dengan gangguan jiwa.

Adanya gangguan jiwa di keluarga mempengaruhi fungsi keluarga. Keluarga yang berfungsi dengan baik akan dapat memberikan perawatan pada anggota

keluarganya dengan baik namun sebaliknya pada keluarga yang tidak menjalankan fungsi keluarga dengan baik maka akan mempengaruhi klien. Darwis (2007) mengatakan banyak keluarga tidak membawa pulang klien karena malu, merasa terganggu, tidak mampu merawat dan sebagainya. Akibatnya, kapasitas rumah sakit menjadi tidak mencukupi. Keluarga yang keberatan menerima kembali klien di lingkungan keluarga akan menambah beban klien akibatnya klien tidak betah di keluarga dan merasa nyaman di rumah sakit. Penerimaan keluarga ini sangat penting bagi kesembuhan klien karena apabila klien sembuh akan mempengaruhi fungsi keluarga.

Masalah lain yang dirasakan keluarga dengan adanya gangguan jiwa di keluarga dapat mempengaruhi kemampuan ekonomi keluarga dalam membayar biaya rumah sakit. Biaya yang harus dikeluarkan keluarga cukup tinggi. Keluarga diharuskan mengunjungi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa di rumah sakit secara rutin, padahal belum tentu jarak rumah sakit dengan tempat tinggal klien dekat sehingga membutuhkan biaya untuk transportasi dan akomodasi.

Berbagai macam cara dipilih keluarga untuk mencapai fungsi keluarga. Penelitian terkait pernah dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga dengan gangguan jiwa di rumah di Botswana. Hasilnya bahwa merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa membuat keluarga bingung, sedih dan merupakan penderitaan tiada habisnya. Pemberi perawatan dituntut untuk melakukan koping setiap hari, menjadi tidak jujur dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan, manipulatif, akomodatif, menerima dan negosiasi terhadap situasi yang terjadi.

Besarnya dampak yang ditimbulkan gangguan jiwa terhadap keluarga khususnya yang merawat perlu diantisipasi dengan cara

salah satunya adalah melakukan berbagai macam penelitian yang dibutuhkan untuk menentukan kebijakan pelaksanaan terapi keluarga yang dibutuhkan keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Melalui penelitian ini, diharapkan *home visit* yang dilakukan oleh perawat puskesmas akan membantu meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Berdasarkan wawancara dengan perawat penanggung jawab program jiwa di Puskesmas Galur II didapatkan data bahwa jumlah pasien gangguan jiwa di Desa Banaran sebanyak 75 pasien, angka ini tertinggi dibandingkan dua desa lainnya yaitu di Desa Nomporejo 30 pasien dan di Desa Kranggan sebanyak 34 pasien. Petugas juga menjelaskan adanya 15 pasien yang tidak kontrol lagi ke puskesmas padahal sebelumnya rutin kontrol, kondisi ini menggambarkan salah satu indikator kemampuan pasien dan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan, maka dapat diasumsikan bahwa *home visit* mampu meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sehingga rumusan masalah dari penelitian ini adalah "Bagaimana pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?" Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Experiment* untuk menilai pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien keluarga dalam merawat anggota keluarga

yang mengalami gangguan jiwa. Penelitian ini merupakan penelitian *Pre-post Experiment* dengan mengukur sebelum dan sesudah diintervensi lalu diukur hasilnya (Notoatmodjo, 2010). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini yaitu semua pasien dan keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang berjumlah 75 orang. Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampelnya adalah pasien dan keluarga yang bertanggungjawab merawat pasien yang mengalami gangguan jiwa di rumahnya. Teknik sampel yang digunakan adalah random sampling sebanyak 11 orang pasien dan keluarga yang akan dilakukan intervensi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertutup dan ceklist. Instrumen yang digunakan untuk intervensi *home visit* menggunakan standar prosedur operasional yang telah disusun oleh peneliti.

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan memberikan kuesioner dan ceklist untuk mendapatkan data kemampuan keluarga dalam merawat. Kemampuan pasien diukur menggunakan ceklist. *Home visit* dilakukan empat kali pertemuan, pertemuan pertama membicarakan tentang cara mengatasi gejala, pertemuan kedua cara memenuhi kebutuhan ADL, pertemuan ketiga cara bersosialisasi dan pertemuan keempat manajemen obat. Kegiatan ini dilakukan selama satu bulan, tiap pertemuan dilakukan selama 60 menit. Pengukuran kemampuan keluarga dilaksanakan satu jam sebelum intervensi dan satu jam setelah dilakukan intervensi pada pertemuan keempat. Dalam proses pengumpulan data, peneliti dibantu oleh dua orang asisten. Data yang diperoleh dilakukan uji normalitas data. Hasilnya diperoleh data

terdistribusi normal sehingga dilakukan uji parametrik menggunakan *paired t Test* (Sugiyono, 2010).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Desa Banaran merupakan desa binaan Puskesmas Galur II Kabupaten Kulon Progo. Desa ini mempunyai angka gangguan jiwa lebih tinggi dibandingkan dua desa lainnya. Pelayanan kesehatan jiwa sudah dilakukan di puskesmas ini. Kunjungan ke rumah pasien dan keluarga dilakukan tetapi tidak terjadwal secara rutin dan materi kunjungan juga tidak terstruktur. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 1.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien adalah 39 tahun (95% CI: 28,96-49,03), dengan standar deviasi 14,93 tahun. Umur termuda responden adalah 22 tahun dan umur tertua 78 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur

responden adalah diantara 28,96-49,03. Sedangkan umur keluarga yang merawat didapatkan rata-rata 52 tahun (95% CI: 44,38-59,80), dengan standar deviasi 11,47. Umur termuda 35 tahun dan umur tertua 72 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah diantara 44,38-59,80.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden pasien paling banyak perempuan sebanyak 6 (54,5%) sedangkan responden keluarga paling banyak laki-laki sebanyak 54,5%.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 3 menunjukkan bahwa pendidikan responden pasien paling banyak SMA sebanyak 5 (45,5%) sedangkan responden keluarga paling banyak SD dan SMA sebanyak 4 (36,4%).

**Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur**

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Umur Pasien	39	14,93	22-78	28,96-49,03
Umur Keluarga	52	11,47	35-72	44,38-59,80

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin	Pasien		Keluarga	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Laki-laki	5	45,5	6	54,5
Perempuan	6	54,5	5	45,5
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Pendidikan	Pasien		Keluarga	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Tidak sekolah	1	9,1	0	0
SD	2	18,2	4	36,4
SMP	3	27,2	3	27,2
SMA	5	45,5	4	36,4
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan**

Pekerjaan	Pasien		Keluarga	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Tidak bekerja	6	54,5	0	0
IRT	3	27,2	3	27,2
Buruh	0	0	3	27,2
Swasta	1	9,1	4	36,5
Tani	0	0	1	9,1
Pensiunan	1	9,1	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

#### Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden pasien sebagian besar tidak bekerja sebanyak 6 (54,5%) sedangkan responden keluarga sebagian besar bekerja swasta sebanyak 4 (36,5%).

**Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan dengan Pasien**

Hubungan	Frekuensi	Persentase
Kakak/adik	3	27,3
Anak	1	9,1
Orang tua	4	36,3
Suami	2	18,2
Tante	1	9,1
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

#### Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga

Tabel 5 menunjukkan hubungan keluarga dengan pasien, sebagian besar sebagai orang tua, ada 4 orang (36,3%).

#### Analisis Bivariat

Hasil uji statistik pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diuji menggunakan *T Test Paired Test* dan didapatkan hasil seperti pada tabel 6.

Pada tabel 6 tersebut ditunjukkan bahwa rata-rata kemampuan pasien sebelum dilakukan *home visit* adalah 43,63 dengan standar deviasi 7,80. Setelah dilakukan *home visit* didapatkan rata-rata 51,63 dengan standar deviasi 7,01. Terlihat nilai *mean* perbedaan sebelum dan sesudah



**Tabel 6. Distribusi Rata-Rata Skor Kemampuan Pasien Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Home Visit***

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Kemampuan					
Sebelum	43,63	7,80	2,35	0,000	11
Sesudah	51,63	7,01	2,11		

**Tabel 7. Distribusi Rata-Rata Skor Kemampuan Keluarga Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Home Visit***

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Kemampuan					
Sebelum	11,18	6,20	1,87	0,480	11
Sesudah	12,09	3,36	1,01		

intervensi adalah 8 dengan standar deviasi 4,242. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan *home visit*.

#### **Kemampuan Keluarga**

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat dilihat pada tabel 7.

Pada tabel 7 menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan keluarga sebelum dilakukan *home visit* adalah 11,18 dengan standar deviasi 6,20. Setelah dilakukan *home visit* didapatkan rata-rata 12,09 dengan standar deviasi 3,36. Terlihat nilai mean perbedaan sebelum dan sesudah intervensi adalah 0,909 dengan standar deviasi 4,109. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,480 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan *home visit*.

Kemampuan pasien sebelum dilakukan *home visit* pada skor 43,63 dan meningkat menjadi 51,63 setelah dilakukan

*home visit*, terjadi kenaikan sebanyak 8 poin. Hal ini menunjukkan bahwa *home visit* yang dilakukan tenaga puskesmas selaku penanggung jawab program kesehatan jiwa di masyarakat memberikan dampak positif untuk meningkatkan kemampuan pasien. Hal ini sesuai dengan teorinya Keliat (2012) bahwa adanya perawat *Community Mental Health Nursing* (CMHN) di puskesmas mempunyai tugas salah satunya adalah melakukan kunjungan kepada pasien akan mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi, berdandan, interaksi sosial dan berobat secara teratur.

Kemampuan pasien mengalami peningkatan hal ini didukung oleh pendidikan pasien yang sebagian besar SMA sehingga memudahkan dalam memberikan pendidikan kesehatan. Notoatmodjo (2003) memberikan gambaran bahwa kemampuan meliputi kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam *home visit* ini diberikan ketiga hal tersebut kepada pasien. Kemampuan mengatasi gejala gangguan jiwa yang dialami,

interaksi sosial, kepatuhan minum obat dan penggunaan fasilitas kesehatan yang diberikan pemerintah. Usia pasien yang rata-rata berusia 39 tahun memudahkan transfer kemampuan. Umur menjadi salah satu pendukung terjadinya peningkatan kemampuan pasien dalam menerima materi yang diberikan.

*Home visit* yang dilakukan perawat puskesmas kepada pasien merupakan bagian dari peran, fungsi dan tugas perawat. Apalagi jika dilakukan secara teratur dan terstruktur seperti dalam penelitian ini. Dalam pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), peran perawat jiwa sebagai manajer pelayanan kesehatan jiwa di komunitas dapat memberi kewenangan membentuk kader-kader kesehatan jiwa yang bertugas sebagai kepanjangan tangan perawat puskesmas (Keliat, 2010). Tugas *home visit* bisa berkoordinasi dengan para kader kesehatan jiwa sehingga pasien senantiasa merasa diperhatikan oleh petugas.

Kemampuan keluarga sebelum dilakukan *home visit* rata-rata 11,18 dan meningkat menjadi 12,09, terjadi peningkatan sebanyak 0,909. Peningkatan ini sangat sedikit. Hasil uji statistik memperlihatkan tidak ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga. Hal ini berkaitan dengan beban yang dirasakan keluarga dengan adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan hal sangat berat dan banyak sumber stresor di keluarga yang mempengaruhi keberfungsian keluarga. Menurut Torrey (1988 dalam Arif, 2006) bahwa adanya klien gangguan jiwa dalam keluarga merupakan stresor yang sangat berat yang harus ditanggung keluarga. Keluarga sebagai matriks relasi maka seluruh anggotanya terhubung satu sama lain akan terkena dampak yang besar. Keseimbangan keluarga sebagai suatu sistem mendapatkan tantangan yang besar.

Penelitian terkait pernah dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga dengan gangguan jiwa di rumah di Botswana. Hasilnya bahwa merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa membuat keluarga bingung, sedih dan merupakan penderitaan tiada habisnya. Pemberi perawatan dituntut untuk melakukan koping setiap hari, menjadi tidak jujur dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan, manipulatif, akomodatif, menerima dan negosiasi terhadap situasi yang terjadi. Kondisi inilah yang dialami keluarga dalam penelitian ini. Keluarga mengatakan sangat berat mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Adanya sikap positif akan memudahkan keluarga melakukan perawatan. Psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan (Craven, 2006). Kemampuan psikomotor akan ditunjukkan keluarga dalam keseharian ketika merawat pasien. Aspek tersebut penting dalam perawatan pasien.

Pada penelitian ini tidak semua keluarga mempunyai sikap positif, ada yang mengatakan sama saja begitu-begitu terus. Ini merupakan tantangan besar bagi perawat CMHN untuk membuat metode baru yang mampu membangun sikap positif keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Stuart dan Laraia (2005) juga menjelaskan bahwa keyakinan positif terhadap suatu pengobatan akan mempercepat kesembuhan pasien. Untuk itulah diperlukan sikap positif keluarga dalam melakukan perawatan kepada pasien.

Tidak adanya pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga juga didukung usia keluarga yang merawat pasien

rata-rata berusia 52 tahun. Sehingga kemampuan menangkap informasi dan kemampuan untuk meningkatkan kemampuan pasien kurang mendukung. Sehingga dibutuhkan peran serta masyarakat melalui kader kesehatan jiwa untuk membantu mendampingi keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien gangguan jiwa. Adanya kader kesehatan jiwa sangat membantu keluarga memonitor dan mengevaluasi perkembangan kemampuan pasien sekaligus melaporkan segera ke perawat jiwa puskesmas apabila terjadi kekambuhan pasien gangguan jiwa (Keliat, 2010).

Beard dan Gillespie, (2001 dalam Fortinash dan Worret, 2004) mengemukakan bahwa tidak semua keluarga cukup kuat untuk mengatasi tuntutan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Anggota keluarga mungkin akan mengalami kesulitan untuk membicarakan masalah yang mereka temukan selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya rahasia dalam keluarga tentang anggota keluarga yang mengalami gangguan adalah hal yang umum sehingga tidak mudah mendapatkan informasi dari pemberi perawatan keluarga maupun anggota keluarga lainnya.

Pada beberapa kasus, keluarga juga mengalami disfungsi dan tidak mampu memberi *support* yang penting bagi klien. Kadang-kadang anggota keluarga tidak mampu berperan atau menyelesaikan tugasnya dengan berbagai alasan. Ketidakmampuan sering terjadi selama waktu stres dan transisi terutama jika keluarga mengalami kecaman/ejekan.

Pada penelitian ini juga tidak semua keluarga terbuka menerima kunjungan dari petugas kesehatan. Ada hal-hal yang tidak bisa mereka ceritakan secara terbuka dan menganggap sebagai aib keluarga yang tidak perlu diceritakan. Padahal kondisi ini akan menambah beban keluarga selama merawat pasien. *Home visit* dengan memberikan

psikoedukasi bagi keluarga diharapkan mampu mengatasi permasalahan keluarga. Sesuai teori Stuart (2009) bahwa psikoedukasi keluarga, *triangle therapy* mampu memberikan solusi bagi keluarga dalam memberikan perawatan pasien gangguan jiwa.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan pembahasan dapat disimpulkan bahwa kemampuan pasien sebelum dilakukan *home visit* rata-rata 43,63 dan meningkat menjadi 51,63 setelah dilakukan *home visit*. Kemampuan keluarga sebelum dilakukan *home visit* rata-rata 11,18 dan meningkat menjadi 12,09 setelah dilakukan *home visit*. Ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari di Desa Banaran dan tidak ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Banaran.

### Saran

Diharapkan kepala desa Banaran bekerjasama dengan Puskesmas Galur II memberikan dukungan dengan melakukan pendampingan secara terstruktur kepada keluarga dan pasien untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Diharapkan penanggung jawab program keperawatan jiwa di Puskesmas Galur II melakukan *home visit* secara terjadual untuk pasien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Bagi pasien diharapkan dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diberikan saat *home visit* dalam kehidupan sehari-hari. Peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian menggunakan metode lain yang dilakukan saat *home visit* untuk meningkatkan kemampuan keluarga dan dilakukan dalam jumlah sampel yang lebih besar.

## DAFTAR RUJUKAN

- Arif, I. S. 2006. *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Cetakan Pertama. PT Refina Aditama: Bandung.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi VI. Rineka Cipta: Jakarta.
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. 2006. *Fundamental of Nursing Human Health and Function*. Fifth edition. Williams & Wilkins: Lippincott.
- Darwis, Y. 2007. *50 Persen Orang Gila Terlantar di RSJ*, (Online), ([http://www.banjarmasin post.co.id/content/view/4131/297/](http://www.banjarmasin.post.co.id/content/view/4131/297/)), diakses 31 Januari 2008.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007*. Laporan Nasional 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Fortinash & Worret. 2004. *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Mosby: St. Louis.
- Hidayat, A. A. A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Salemba Medika: Jakarta.
- Keliat, B.A. & Akemat. 2012. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC: Jakarta.
- Keliat, B.A. 2010. *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga (CMHN Intermediate Course)*. EGC: Jakarta.
- Notoatmojo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (Edisi Revisi). Rineka Cipta: Jakarta.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang - Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Hukum dan HAM.
- Seloilwe, E.S. 2006. Experineces and Demands of Families with Mentally Ill People at Home in Botswana, *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3): 262-268.
- Stuart, G. W. 2009. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th edition). Mosby Elsevier: Canada.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7<sup>th</sup> edition). Mosby: St Louis.
- Sugiyono. 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Cetakan ke-16. Alfabeta: Bandung.
- Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC: Jakarta.

# **PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN KEJADIAN TIDAK DIINGINKAN (KTD)**

**Ag. Sri Oktri Hastuti**

Akper Panti Rapih Yogyakarta

E-mail: Oktri\_07@yahoo.com

**Abstract:** This research aims at giving an overview on the patient safety behavior application to prevent unwanted circumstances in Panti Rapih Hospital Yogyakarta. The approach used in this research was a cross-sectional approach. The population was the employee of Panti Rapih Yogyakarta Hospital. The number of the respondents was 373 respondents selected by using simple random sampling. The result showed that the highest positive response of the patient safety behavior was the development of organization learning aspect (81.67%). Meanwhile, the number of incident reports (21.09%) needed more attention from the management. In conclusion, this research on patient safety behavior was not optimally achieved.

**Keywords:** adverse event, patient safety behavior, incident report

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran penerapan budaya Keselamatan Pasien (KP) untuk mencegah Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) di RS Panti Rapih Yogyakarta. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *cross-sectional*. Populasi adalah karyawan RS Panti Rapih Yogyakarta. Responden sejumlah 373 dipilih dengan metode *simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya KP yang memiliki respon positif tertinggi adalah aspek pengembangan belajar organisasi (81,67%), sedangkan yang paling membutuhkan perhatian manajemen adalah banyaknya pelaporan insiden (21,09%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah budaya KP untuk pembelajaran belum tercapai secara optimal.

**Kata kunci:** kejadian tidak diinginkan (KTD), budaya keselamatan pasien, pelaporan insiden

## PENDAHULUAN

Keselamatan Pasien/KP (*Patient Safety*) merupakan isu global dan merupakan komponen penting dari mutu pelayanan kesehatan serta sebagai komponen kritis dalam manajemen mutu RS (WHO, 2005). Fokus terhadap Keselamatan Pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* (AE) di rumah sakit. Data menunjukkan bahwa angka kejadian KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 3–16% (WHO, 2005) dan hampir 50% diantaranya adalah kejadian yang dapat dicegah (Cahyono, 2008, Yahya, 2011).

KTD selain berdampak pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan dapat pula membawa rumah sakit ke area *blaming*. Kondisi tersebut dapat menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan lain dengan pasien, dan tidak jarang yang berakhir dengan tuntutan hukum yang sangat merugikan rumah sakit (Depkes RI, 2006). Data KTD di Indonesia masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan bahwa angka kejadiannya tidaklah kecil (PERSI-KKP-RS, 2011).

Reason (1998) berpendapat bahwa sistem pelaporan yang mengutamakan pembelajaran dari kesalahan ke perbaikan sistem pelayanan merupakan dasar dari budaya keselamatan. Upaya menciptakan budaya keselamatan merupakan langkah pertama sebagaimana tercantum dalam konsep “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit” di Indonesia. Hambatan terbesar dalam memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya organisasi kesehatan (Cooper, 2008). Budaya organisasi merupakan sistem nilai-nilai, keyakinan dan kebiasaan bersama dalam organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan norma perilaku (Cahyono, 2008).

Beberapa contoh upaya membangun budaya KP adalah JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) di Amerika, sejak tahun 2007 telah menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP, sedangkan NPSA (*National Patient Safety Agency*) di Inggris mencantumkan budaya keselamatan pasien sebagai langkah pertama dari *Seven Step to Patient safety*.

Instrumen untuk survei budaya keselamatan pasien yang dirancang untuk seluruh pekerja di RS adalah HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) yang dilakukan oleh Soora dan Nieva (2004), terdiri atas 12 dimensi budaya keselamatan dan 2 dimensi *outcome*. Pengukuran budaya KP di RS penting dilakukan untuk menilai bagaimana sikap, persepsi, kompetensi individu dan perilaku orang/kelompok menentukan komitmen dalam meminimalkan insiden di rumah sakit.

Rumah Sakit Panti Rapih (RSPR) adalah rumah sakit swasta tipe B yang berada di wilayah Yogyakarta, dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan menempatkan pasien menjadi fokus utama. Gerakan keselamatan pasien telah dimulai pada tahun 2006 dengan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien RS. Dengan 370 kapasitas tempat tidur dan tingginya kompleksitas pelayanan kesehatan yang ada sangat dimungkinkan terjadinya cedera/insiden yang merugikan pasien dan rumah sakit.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini difokuskan pada permasalahan budaya kerja, yaitu sejauh mana budaya kerja dapat membentuk budaya keselamatan (yang tercermin dalam 12 dimensi keselamatan pasien) dalam melakukan tugas profesinya masing-masing. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh data tentang penerapan budaya keselamatan pasien untuk mencegah KTD dan untuk mendapatkan gambaran tentang

karakteristik responden, gambaran budaya keselamatan, gambaran persepsi karyawan tentang level budaya keselamatan serta gambaran persepsi responden terhadap angka pelaporan insiden.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah seluruh karyawan dalam berbagai profesi yang bekerja di seluruh unit RSPR sejumlah 1.200 orang. Jenis sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*, sejumlah 35% dari total populasi yaitu 420 karyawan.

Menurut AHRQ bila menghendaki respon *rate* (angka formulir dijawab lengkap) lebih dari 60% (>60), maka dibutuhkan formulir survei 30-50% dari jumlah total responden. Dari 420 kuesioner yang disebarkan, yang kembali dan memenuhi kriteria untuk dilakukan tabulasi sejumlah 373 kuesioner.

Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 1 Juni sampai dengan 6 Agustus 2012 dengan menggunakan instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

(Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang disusun oleh AHRQ (*American Hospital Research and Quality*). Instrumen ini dirancang untuk mengukur opini karyawan rumah sakit terhadap isu keselamatan pasien, *medical errors*, dan pelaporan insiden yang terdiri atas 42 item pertanyaan dalam 12 dimensi keselamatan pasien yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya serta sudah digunakan di beberapa negara untuk mengukur tingkat budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Karena keterbatasan, penulis tidak melakukan uji validitas dan uji reliabilitas ulang sebelum digunakan. Data yang diperoleh diolah dengan program SPSS versi 15, dianalisis dengan menghitung frekuensi respon setiap item setelah data dikelompokkan dalam 12 dimensi keselamatan dan analisis univariat dalam bentuk distribusi frekuensi.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Karakteristik Responden Berdasarkan Profesi di Rumah Sakit**

Data tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berprofesi seba-

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Profesi/Jabatan di RS Panti Rapih Yogyakarta tahun 2012**

No.	Jabatan	Frekuensi	Persentase
1	Dokter	7	1, 88
2	Asisten Apoteker	16	4, 29
3	Teknisi	3	0, 80
4	Perawat	179	47, 99
5	Ahli Gizi	2	0, 54
6	Analisis Lab	12	3, 22
7	Radiografer	5	1, 34
8	Apoteker	3	0, 80
9	Administrasi	57	15, 28
10	Sanitarian	3	0, 80
11	Satpam	4	1, 07
12	Lain-lain ( <i>cleaning service, asisten perawat, )</i>	80	21, 45
<b>Jumlah</b>		<b>373</b>	<b>100,00</b>

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Unit Kerja di RS Pant Rapih Yogyakarta tahun 2012**

No.	Unit Kerja	Frekuensi	Persentase
1	Rawat Inap	123	32,97
2	Rawat Jalan	46	12,33
3	Farmasi	19	5,09
4	Fisioterapi	3	0,80
5	IGD dan Ruang Operasi	19	5,09
6	Laboratorium	40	10,72
7	Non Medis (LHK, keu, tenik, RM)	61	16,35
8	Maternal	15	4,04
9	PGPM (gizi)	18	4,83
10	Pelayanan Medis	5	1,34
11	Lain-lain	24	6,44
<b>Jumlah</b>		<b>373</b>	<b>100,00</b>

gai perawat (47,99%), tenaga administrasi sebesar 15,28%, analisis laboratorium sebanyak 3,22%, radiografer 1,34%, satpam sejumlah 1,07% dan apoteker sejumlah 0,8%. Melihat data tersebut dapat diketahui bahwa profesi perawat merupakan jenis profesi yang terbanyak jika dibandingkan dengan jenis profesi lain. Menurut Yahya (2011) semua profesi yang bekerja di suatu rumah sakit memiliki risiko untuk melakukan suatu kesalahan (*error*).

Perawat bekerja dan bersama pasien selama 24 jam, sekitar 60% dari keterampilan yang ada di rumah sakit adalah keterampilan keperawatan. Untuk mengantisipasi terjadinya KTD, seluruh perawat bekerja dengan menggunakan SOP (standar operasional prosedur) yang ada di rumah sakit.

#### **Karakteristik Responden Berdasarkan Unit Kerja**

Seluruh karyawan yang berkarya di RS Pant Rapih terbagi dalam 44 unit kerja (Tabel 2). Responden yang paling besar adalah yang berkarya di unit rawat inap yaitu sebanyak 32,97%. Karyawan yang bekerja di seluruh unit di RS Pant Rapih berisiko untuk terjadi kesalahan/KTD. Untuk itulah

semua profesi di seluruh unit harus memahami tentang budaya keselamatan pasien, bekerja sesuai SOP yang ada dan mengupayakan keselamatan pasien sebagai fokus dalam pelayanan di unit kerjanya masing-masing. Hal ini sesuai dengan pendapat Cahyono (2008) yang menyatakan bahwa KTD dapat terjadi dimana-mana dan kapan saja di seluruh unit pelayanan di rumah sakit yang sangat kompleks dan beragam.

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Bekerja di RS Pant Rapih Yogyakarta tahun 2012**

Lama Bekerja di RSPR	Frekuensi	Persentase
Kurang dari 1 tahun	30	8,09
1 – 5 tahun	88	23,72
6 – 10 tahun	38	10,24
11 – 15 tahun	63	16,98
16 – 20 tahun	78	21,02
21 tahun atau lebih	74	19,95

Dari hasil pengumpulan data diketahui bahwa sebagian besar responden (23,72%) berada pada rentang 1-5 tahun bekerja di



rumah sakit, sedangkan yang bekerja selama kurang dari 1 tahun merupakan jumlah yang terkecil, yaitu 8,09%. Robbins (2003) berpendapat bahwa ada hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas kerja. Jika dikaitkan dengan sistem jenjang karier profesi perawat yang disusun oleh Depkes RI (2006) rentang pengalaman kerja antara 1–5 tahun di rumah sakit setara dengan tingkatan perawat antara perawat klinik I (*novice*) dan perawat klinik II (*advance beginners*). Kondisi ini kurang aman dan perlu diwaspadai oleh pihak manajemen karena perawat dengan masa kerja tersebut rata-rata berusia sekitar 21–25 tahun yang merupakan usia rentan untuk mencari pengalaman baru atau pun usia (menjelang pernikahan) sehingga memungkinkan untuk pindah bekerja karena mengikuti suami ataupun alasan lain.

### Budaya Keselamatan Dalam 12 Dimensi Keselamatan

Dari hasil pengumpulan data (Tabel 4) dapat diketahui area budaya keselamatan yang mempunyai respon positif tinggi

(>75%) dan area budaya yang membutuhkan pengembangan (respon positif <50%).

Area kekuatan budaya keselamatan pasien yang mempunyai respon kekuatan tinggi adalah aspek pengembangan budaya belajar berkelanjutan (81,67%), aspek kerja tim antar unit dengan respon positif sebesar 79,30% dan aspek dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien (respon positif 75,68%). Dari survei ini dapat diketahui area budaya keselamatan yang masih membutuhkan pengembangan yaitu aspek banyaknya pelaporan insiden dengan respon positif sebesar 21,09%, aspek ketenagaan/SDM (Sumber Daya Manusia) memiliki respon positif sebesar 43,12%, aspek respon tanpa hukuman dengan respon positif sebesar 41,81%.

Budaya organisasi berunsurkan nilai-nilai atau keyakinan (*core value*) yang berfungsi sebagai perekat organisasi, yang dijadikan dasar dalam membentuk perilaku setiap individu dalam organisasi dalam rangka mencapai visi organisasi. Nilai-nilai yang dimaksud diantaranya adalah

**Tabel 4. Gambaran Budaya Keselamatan dalam 12 Dimensi Keselamatan di RS Panti Rapih Yogyakarta 2012**

No.	Aspek Budaya KP	Persentase Respon Positif
1	Belajar berkelanjutan organisasi	81, 67
2	Kerja tim dalam unit kerja	79, 30
3	Upaya atasan dalam meningkatkan KP	61, 18
4	Dukungan manajemen terhadap KP	75, 68
5	Persepsi keseluruhan mengenai KP	61,01
6	Komunikasi dan Umpan balik mengenai KP	57, 40
7	Keterbukaan komunikasi	53, 36
8	Banyaknya pelaporan insiden	21, 09
9	Kerja tim antar unit	64, 83
10	Sumber daya manusia	43, 12
11	Pergantian shift dan transfer pasien antar unit	63, 48
12	Respon tanpa hukuman untuk kesalahan	41, 81

melaporkan dan membahas kesalahan/KTD tanpa bersikap menyalahkan, bekerja secara *teamwork* dan memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem. Jika dikaitkan dengan teori Reiling (2006) dalam Setyawati (2010), budaya keselamatan terdiri atas *informed culture*, *reporting cultur*, *just culture* dan *learning culture*.

### ***Informed Culture***

Keselamatan pasien telah diinformasikan ke seluruh karyawan. Di RS Panti Rapih telah dibentuk tim keselamatan pasien rumah sakit dan telah dideklarasikan sejak bulan Desember 2010. Sampai saat ini tim keselamatan pasien ini tetap eksis dan berhasil mengadakan berbagai macam kegiatan dan pelatihan-pelatihan baik internal maupun eksternal dalam upaya menurunkan KTD. Dukungan manajemen dirasakan baik oleh seluruh karyawan yang ditunjukkan dengan hasil pengumpulan data pada aspek dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien mendapatkan respon positif sebesar 75,68%.

Data lain yang terkait dengan aspek budaya dalam kerja tim dalam unit juga menunjukkan respon positif yang cukup tinggi yaitu mencapai 79,30%. Hal ini menggambarkan bahwa semangat bekerja sama dan saling mendukung untuk terlaksananya program keselamatan pasien telah terbangun dengan baik. Kondisi ini terjadi karena budaya kerja yang selama ini terbentuk di RS Panti Rapih sudah baik. Melihat kesadaran seluruh karyawan dan dukungan manajemen yang baik, menumbuhkan harapan bahwa program keselamatan pasien yang dicanangkan akan berjalan dengan baik sehingga mampu meminimalkan adanya KTD.

### ***Reporting Culture***

NPSA (*The National Patient Safety Agency*) menempatkan pelaporan sebagai satu dari tujuh langkah keselamatan pasien,

pelaporan dianggap sebagai bagian yang sangat penting dalam upaya membangun keselamatan pasien. Dengan berjalannya proses pelaporan yang baik (non punitif/tidak menghukum, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem), hasilnya dapat dimanfaatkan sebagai pembelajaran dan berguna untuk menentukan prioritas pemecahan masalah, serta untuk monitoring dan evaluasi keberhasilan dalam penerapan program.

Menurut Cahyono (2008) budaya yang dapat menghambat program keselamatan pasien diantaranya adalah ketakutan terhadap hukuman, cara memandang suatu kesalahan/KTD dimana penyebab KTD dipandang sebagai kesalahan personal dan bukan sistem, respon terhadap kesalahan/KTD dimana masih terdapat *naming* (mencari siapa yang salah), *blaming* (menyalahkan) dan mencari "kambing hitam" pada saat terjadi kesalahan, serta menutupi kejadian KTD, sistem pelaporan yang tidak praktis dan pelaporan yang berujung sanksi. Hasil sebuah penelitian yang dilakukan oleh Tucker dalam Cahyono (2008), para perawat cenderung melakukan penyesuaian diri dengan lingkungan yang tidak aman dan nyaman daripada harus membicarakan ataupun melaporkan suatu kesalahan yang mengakibatkan cedera.

Keterbukaan komunikasi yang dirasakan oleh karyawan masih perlu mendapat perhatian. Hal ini dibuktikan dengan penilaian aspek komunikasi dan umpan balik mengenai insiden keselamatan mendapatkan penilaian respon positif sebesar 57,40%. Pelaporan insiden mendapatkan respon positif yang paling rendah, yaitu sebesar 21,09%. Keadaan ini membuktikan bahwa manfaat pelaporan insiden belum sepenuhnya dipahami oleh karyawan, sehingga mereka belum terbiasa melaporkan kejadian kesalahan di unitnya masing-masing.

Menurut Hopskin (2002) budaya pelaporan sangat tergantung pada cara organisasi mengatasi *blaming* dan penegakkan disiplin, sedangkan menurut Arjaty Daud (2011) masalah yang sering muncul dalam pelaporan insiden diantaranya adalah bahwa laporan masih dipersepsikan sebagai “pekerjaan tambahan” perawat dan laporan sering disembunyikan/*under report* karena takut disalahkan, terlambat dalam pelaporan dan laporan miskin data karena ada *blame culture*.

Data lain terkait dengan budaya keselamatan khususnya aspek Sumber Daya Manusia (SDM)/ketenagaan, masih mendapatkan respon positif sebesar 43,12%. Hal ini menunjukkan bahwa karyawan merasa bekerja dengan beban kerja yang tinggi sehingga mudah lelah dan masih enggan untuk melaporkan jika melakukan kesalahan. Beban kerja yang terlalu tinggi dapat sebagai penyebab kegagalan aktif (*active failure*) yang ikut berkontribusi terhadap terjadinya insiden di rumah sakit (NPSA, 2004). Ilyas (2011) menyatakan bahwa SDM merupakan kunci yang sangat penting untuk kemajuan dan keberhasilan organisasi, maka kualitas dan kuantitas SDM rumah sakit harus direncanakan dengan baik. Jika kekurangan ketenagaan ini tidak segera diatasi maka kemungkinan KTD akan mudah terjadi.

### **Just Culture**

Herkutanto (2009) menyampaikan bahwa keselamatan pasien sebenarnya tidak terletak dalam diri seseorang, alat/departemen secara individual, tetapi muncul dari interaksi komponen-komponen sebuah sistem dan berada dalam konteks pelayanan yang berkualitas.

Penilaian responden terhadap respon tanpa hukuman untuk kesalahan mendapatkan penilaian respon positif sebesar 41,81%. Dengan demikian dapat dipahami

bahwa sebagian karyawan merasakan bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka, dan bila melaporkan suatu insiden yang utama dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya, selain itu karyawan masih merasa khawatir bahwa kesalahan yang mereka buat akan dicatat dalam penilaian kinerja mereka. Keterbukaan komunikasi mendapatkan respon positif sebesar 53,36%. Hal ini menunjukkan bahwa karyawan belum merasa bebas membicarakan tentang segala sesuatu yang berdampak negatif pada pasien dan belum merasa bebas menanyakan hal tersebut kepada atasan.

### **Learning Culture**

Hasil pengumpulan data memperoleh gambaran bahwa aspek belajar berkelanjutan pada organisasi mendapatkan respon positif paling tinggi, yaitu 81,67%. Kondisi ini menunjukkan bahwa seluruh karyawan memiliki semangat belajar yang tinggi dan mudah menyerap informasi baru. Menurut Yahya (2006) bahwa nafas dari *Patient Safety* adalah belajar (*learning*) dari KTD yang terjadi pada masa lalu dan untuk selanjutnya akan disusun langkah-langkah agar kejadian serupa tidak akan terulang kembali.

Jika pelaporan insiden belum menjadi budaya di seluruh unit, maka proses pembelajaran belum berjalan dengan baik karena budaya pembelajaran dalam keselamatan pasien dimulai dari proses pelaporan insiden dan selanjutnya dianalisis sampai dengan ditemukannya akar masalah yang dapat digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki sistem kerja yang berguna dalam menurunkan statistik KTD.

Budaya pelaporan insiden yang dilaporkan dalam satu tahun terakhir ini menurut persepsi responden (tabel 5) adalah sebagian besar (46,92%) menyatakan tidak

**Tabel 5. Gambaran Persepsi Responden terhadap Angka Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS Panti Rapih Yogyakarta tahun 2012**

Banyaknya Pelaporan IKP dalam 12 Bulan Terakhir	Frekuensi	Persentase
Tidak ada laporan	175	46,92
1—2 laporan	101	27,05
3—5 laporan	38	10,19
6—10 laporan	22	5,90
11—20 laporan	14	3,75
21/lebih laporan	23	6,17
<b>Jumlah</b>	<b>373</b>	<b>100</b>

ada pelaporan, sebesar 27,05% menyatakan terdapat 1-2 pelaporan, dan hanya 6,17% responden yang menyatakan melaporkan 21 atau lebih kejadian. Dari data tersebut diketahui bahwa sebagian karyawan telah memahami bahwa penting untuk melaporkan insiden kepada tim keselamatan pasien jika terjadi KTD di unit kerjanya, namun sebagian responden belum melaporkan adanya insiden.

Salah satu program utama dalam penerapan keselamatan pasien rumah sakit adalah pelaporan insiden keselamatan pasien. Melalui sistem pelaporan dan investigasi yang baik dapat diungkap jenis kesalahan, jenis cedera, kegagalan petugas, kondisi lingkungan yang memudahkan terjadinya kesalahan. Data yang diperoleh melalui sistem pelaporan dapat dianalisis dan digunakan untuk membuat rekomendasi untuk memperbaiki sistem yang ada.

Dari tabel 6 dapat diketahui bahwa persepsi responden tentang pentingnya keselamatan pasien di seluruh unit RSPR sudah tumbuh baik. Hal ini ditunjukkan dengan penilaian (persepsi) tingkat budaya keselamatan oleh sejumlah 216 responden (57,91%) menyatakan baik, dan sejumlah 107 responden (28,69%) menyatakan bisa diterima, dan hanya 1 responden (0,27%) yang

**Tabel 6. Gambaran Persepsi Responden tentang Tingkat Budaya KP di RS Panti Rapih Yogyakarta 2012**

Aspek	Frekuensi	Persentase
Sempurna	26	6,97
Baik	216	57,91
Bisa diterima	107	28,69
Sedang	23	6,17
Buruk	1	0,27
<b>Jumlah</b>	<b>373</b>	<b>100,00</b>

menyatakan buruk. Data tersebut memberikan gambaran bahwa program keselamatan pasien sudah diterima dengan baik oleh sebagian besar karyawan, dan telah terlibat aktif dalam pelaksanaan program keselamatan pasien yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien rumah sakit. Perlu ditekankan juga bahwa persepsi baik belum cukup karena masih sebatas kognitif dan belum menunjukkan perilaku yang sesungguhnya.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Budaya keselamatan yang ada di RS Panti Rapih dilihat dari 12 dimensi keselamatan adalah area kekuatan yang memiliki

respon positif paling tinggi adalah aspek pengembangan belajar organisasi (81,67%), sedangkan area budaya keselamatan yang masih membutuhkan perhatian dari manajemen secara khusus dan membutuhkan perhatian pengembangan adalah banyaknya pelaporan insiden yaitu 21,09%.

Gambaran mengenai persepsi responden penelitian terhadap angka pelaporan insiden adalah sebesar 46,92% responden menyatakan tidak ada pelaporan di unitnya, sedangkan persepsi responden terkait dengan tingkat budaya keselamatan pasien adalah sebesar 216 responden (57,91%) menyatakan baik, sejumlah 107 responden (28,69%) menyatakan bisa diterima, dan hanya 1 responden (0,27%) yang menyatakan buruk.

#### Saran

Saran kepada manajer/pimpinan supaya dapat menciptakan budaya melaporkan KTD dengan cara melakukan sosialisasi secara terus menerus tentang pentingnya melaporkan insiden keselamatan pasien kepada tim KP-RSPR misalnya dengan menyelenggarakan pelatihan khusus tentang pelaporan insiden, mengidentifikasi penyebab rendahnya pelaporan insiden, jika dimungkinkan bisa memberikan hadiah/*reward* bagi karyawan yang melaporkan insiden, sedangkan untuk menciptakan keterbukaan berkomunikasi baik antar staf ataupun dengan pihak manajemen perlu dihidupkan kembali kegiatan informal seperti rekreasi bersama ataupun arisan.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Busroni, Wahid. 2007. *Analisis Penentuan Tarif Rawat Inap: Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman*. Tesis. Diterbitkan. Yogyakarta: MM-UGM.
- Cahyono, Suharjo, J.B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*, cetakan ke-5. Kanisius: Yogyakarta.
- Daud, Arjaty. 2011. *Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis. Materi Workshop: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
- Depkes RI. 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta.
- Herkutanto. 2009. Profil Komite Medis dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerjanya dalam Menjamin Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12 (1).
- Hopskin A, 2002, *Safety Culture, Minfulness and Safe Behavior: Converging Idea*. The Australian National University.
- Ilyas, Y. 2011. *Perencanaan SDM Rumah Sakit, Teori, Metoda dan Formula*. FKM-UI: Jakarta.
- Joann Soora, Veronica Nieva, Ph.D. 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. *AHRQ Publication*, 04-0041.
- Joint Commission International. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Edisi ke-4. PT Gramedia: Jakarta.
- PERSI-KKP-RS. 2011. *Kumpulan Materi Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis*: Jakarta.
- Raleigh, V.S., Cooper, J., Bremmer, S.a., et.al. 2008. Patient Safety Indicators for England from Hospital Administrative Data: Case-control Analysis and Comparison with US Data. *British Medical Journal*, 337 (a1702).
- Reason, James. 1998. Achieving A Safe Culture: Theory And Practice. *Work & Stress*, 12 (3).

Robbins, Stephen P. 2003. *Perilaku Organisasi*. Edisi ke-10. PT Index Kelompok Gramedia: Jakarta.

Yahya, Adib. 2006. *Konsep dan Program "Patient Safety"*. Makalah disampaikan dalam Proceedings of National Convention VI of The Hospital Quality Hotel Permata Bidakara, Bandung.

\_\_\_\_\_. 2011. *Kumpulan Materi Workshop Keselamatan Pasien & Manajemen Risiko Klinis di RS Panti Rapih*. Yogyakarta.

# **EFEKTIVITAS METODE PERAWATAN LUKA *MOISTURE BALANCE* TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA PADA PASIEN ULKUS DIABETIKUM**

**Salia Marvinia, Widaryati**  
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta  
Email: widaryati2902@yahoo.com

**Abstract:** The objective of this study is to investigate the effectiveness of moisture balance wound care method in healing diabetic ulcers at Wound Care Clinic, Faculty of Health Sciences, UMM. This study is a pre-experimental research with prospective approach. The instrument used in this research was observation sheet. The population in this study was 40 people. The sample was taken by using accidental sampling technique which obtained 12 respondents. The effectiveness of moisture balance wound care method obtained mean of 28.4 before wound care treatment and 19.3 after the treatment. Data analysis using paired sample t-test showed that there was significant differences between pre- and post-treatment with the moisture balance wound care method in patients with diabetic ulcers ( $t=16.722, > t_{critic}=2.201$ ). It is recommended to set the moisture balance wound care method as the standardized method in wound care of diabetic ulcers. UMM's Faculty of Health Sciences can develop the related treatment toward other types of wound.

**Keywords:** wound care, moisture balance, diabetic ulcers

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas perawatan luka *moisture balance* terhadap penyembuhan luka ulkus diabetikum di klinik spesialis perawatan luka FIKES UMM. Penelitian ini adalah penelitian pra eksperimen dengan pendekatan prospektif. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi. Populasi dalam penelitian ini 40 orang dengan menggunakan teknik *accidental sampling* didapatkan sampel 12 orang. Penilaian efektivitas perawatan luka didapatkan kondisi luka sebelum dilakukan perawatan luka *moisture balance* jumlah rerata 28,4 dan setelah dilakukan perawatan luka *moisture balance* didapatkan jumlah rerata 19,3. Hasil analisis dengan *Paired Sampel T-test* menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah perawatan luka dengan metode *moisture balance* pada pasien ulkus diabetikum nilai ( $t=16,722, > t_{kritik}=2,201$ ). Perawatan luka *moisture balance* dijadikan standar perawatan luka khususnya ulkus diabetikum, dan Klinik FIKES UMM dapat mengembangkan ilmu terkait perawatan luka pada penanganan luka lainnya.

**Kata kunci:** perawatan luka, moisture balance, *ulkus diabetikum*

## PENDAHULUAN

Jumlah penderita diabetes mellitus di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Hal ini berkaitan dengan jumlah populasi yang meningkat dan sebagai dampak pembangunan, pola penyakit mengalami pergeseran yang cukup meyakinkan. Perubahan pola penyakit ini diduga ada hubungannya dengan cara hidup yang berubah, contohnya adalah pola makan. Perubahan tersebut terlihat banyaknya konsumsi komposisi makanan yang terlalu banyak mengandung karbohidrat, protein, lemak, gula, garam dan sedikit serat. Hal inilah yang berisiko terjadinya beberapa penyakit, diantaranya adalah diabetes mellitus (Suyono, 2006).

Diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang kebanyakan herediter, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut maupun kronik, sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif di dalam tubuh, gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein (Tjokropawiro, 2007).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah pasien diabetes mellitus akan meningkat hingga melebihi 300 juta pada tahun 2025. Indonesia merupakan negara dengan penderita penyakit diabetes mellitus cukup tinggi. Saat ini menempati urutan keempat dengan jumlah penderita terbesar di dunia setelah India, Cina dan Amerika Serikat. Dengan prevalensi 8,6% dari total penduduk, pada tahun 1995 terdapat 4,5 juta pengidap diabetes mellitus dan pada tahun 2025 diperkirakan meningkat menjadi 12,4 juta penderita.

Di wilayah Jawa Tengah penderita diabetes mellitus mencapai 40% dari jumlah penduduk 120 ribu jiwa. Komplikasi lain diabetes mellitus adalah kerentanan terhadap infeksi, tuberculosis paru dan infeksi pada kaki, yang kemudian dapat berkembang

menjadi ulkus diabetikum. Ulkus diabetikum adalah luka pada kaki yang merah kehitaman yang berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi di pembuluh darah sedang atau besar di tungkai. Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi kronik diabetes mellitus yang paling ditakuti oleh setiap penderita diabetes mellitus (Tjokropawiro, 2007).

Dibandingkan non diabetes, penderita diabetes mellitus lebih sering mengalami ulkus diabetikum, diperkirakan 17 kali lebih sering. Dampak ulkus diabetikum yang lama penyembuhannya terhadap kelangsungan kualitas hidup individu selain membutuhkan biaya yang cukup banyak dan waktu yang tidak sebentar, berdampak juga pada psikologis pasien. Semakin lama proses penyembuhan pasien merasa semakin malu dengan penyakit yang tidak kunjung sembuh.

Penanganan luka pada pasien ulkus diabetikum tidak boleh dianggap remeh, namun hingga kini penanganan luka masih dilakukan dengan cara lama. Penanganan luka dengan cara lama biasanya disebut sebagai manajemen luka metode konvensional. Pada luka ringan perawatan dilakukan dengan cara membersihkan luka dan mengoleskan obat luka yang dikenal dengan obat merah atau *betadhine*. Sementara pada luka berat, langkah yang diambil hampir sama.

Banyak yang tidak memikirkan apakah luka tersebut perlu dibalut atau tidak. Berdasarkan data yang didapatkan di Balai Pengobatan dan Konsultasi Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang terdapat 45% warga dengan usia 45-70 tahun menderita diabetes mellitus dan terdapat 20% dari total jumlah penduduk 25 ribu warga yang mempunyai diabetes mellitus dan berisiko muncul ulkus diabetikum. Di dunia yang sudah berkembang saat ini, perawatan luka telah mengalami perkembangan yang sangat



pesat terutama dalam dua dekade terakhir. Di samping itu, isu terkini yang berkaitan dengan perawatan luka ini berkaitan dengan perubahan profil pasien, dimana pasien dengan kondisi penyakit degeneratif dan kelainan metabolik semakin banyak ditemukan. Kondisi tersebut biasanya sering menyertai kekomplekan suatu luka dimana perawatan yang tepat diperlukan agar proses penyembuhan bisa tercapai dengan optimal.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan ulkus diabetikum yaitu pengaturan makan yang baik dengan mengurangi makanan yang mengandung gula, mengkonsumsi makanan dengan kadar protein tinggi misalnya daging tanpa lemak, telur, ikan, sayur hijau dan harus menjauhi makanan dengan kandungan tinggi karbohidrat serta melakukan latihan fisik secara teratur (Nurhasan, 2002).

Metode konvensional atau metode yang sering diterapkan sejak dahulu telah dikembangkan untuk membantu penyembuhan luka, seperti dengan menjahit luka, menggunakan antiseptik dosis tinggi, dan pembalutan dengan menggunakan bahan yang menyerap. Namun ketika diteliti lebih lanjut, ternyata cara tersebut sama sekali tidak membantu penyembuhan luka bahkan berisiko memperburuk kondisi luka.

Antiseptik seperti *hydrogen peroxide*, *povidone iodine* dan *acetic acid* selalu digunakan untuk menangani luka pada metode konvensional. Walaupun alasan penggunaan antiseptik pada luka bertujuan untuk menjaga luka tersebut agar menjadi steril, masalah utama yang justru timbul adalah antiseptik tersebut tidak hanya membunuh kuman-kuman yang ada, namun juga membunuh leukosit yaitu sel darah yang dapat membunuh bakteri patogen dan jaringan fibroblast yang membentuk jaringan kulit baru. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pada proses penyembuhan luka. “Allah SWT telah menurunkan penyakit

dan penawarnya dan Dia telah menentukan setiap penawar untuk setiap penyakit. Jadi rawatlah dirimu sendiri dengan menggunakan obat-obatan sekuatmu, tetapi jangan menggunakan sesuatu yang jelas-jelas dilarang.” (HR. Abu Dawud dari Abu Al Darda).

Perkembangan perawatan luka (*wound care*) berkembang dengan sangat pesat di dunia kesehatan. Metode perawatan luka yang berkembang saat ini adalah perawatan luka dengan menggunakan prinsip *moisture balance*. Perawatan luka tersebut dikenal sebagai metode *moisture balance* dan memakai alat ganti balut yang lebih modern. Turner dan Hartman (2002) menyatakan bahwa perawatan luka dengan konsep lembab yang dilakukan secara kontinyu akan mempercepat pengurangan luka dan mempercepat proses pembentukan jaringan granulasi dan reepitelisasi.

Menurut Ovington (2002) bahwa penggunaan kasa baik dengan cara kering atau dilembabkan memiliki beberapa kekurangan yaitu dapat menyebabkan rasa tidak nyaman saat penggantian balutan, menunda proses penyembuhan terutama epitelisasi, meningkatkan risiko infeksi dan kurang efektif serta efisien dalam hal penggunaan waktu dan tenaga.

Hasil riset Winter (1962) menyatakan kelembaban pada lingkungan luka akan mempercepat proses penyembuhan luka. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat efektivitas perawatan luka *moisture balance* terhadap penyembuhan luka pada pasien ulkus diabetikum di Klinik Spesialis Perawatan Luka FIKES UMM.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *pre-experiment* (pra-eksperimen) dengan *one group pretest-posttest design*. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 40 orang dengan menggunakan teknik *accidental*

*sampling* didapatkan sampel 12 orang. Pengambilan data menggunakan lembar observasi baku yang digunakan untuk mengobservasi kondisi luka di Klinik Perawatan Luka FIKES UMM berdasarkan pedoman dari *Certified Wound Care Clinician* (CWCC) yang terdiri dari 10 item observasi. Sepuluh item tersebut adalah luas luka, kedalaman, tepi luka, goa, tipe eksudat, jumlah eksudat, warna kulit sekitar luka, jaringan yang edema, jaringan granulasi, dan epitelisasi.

Penilaian dilakukan sebelum diberikan perawatan *moisture balance* dan setelah dilakukan perawatan *moisture balance* selama tujuh hari. Setiap item mempunyai skala penilaian 1–5 yang bersifat *unfavorable* (negatif) sehingga semakin tinggi nilai setiap item, maka semakin buruk kondisi luka diabetikum. Data responden disajikan berupa skor luka, sehingga skala data berupa skala interval.

Perawatan luka yang diberikan berupa perawatan luka *moisture balance*. Caranya dengan membersihkan luka dengan air hangat kemudian dibersihkan dengan sabun, setelah dibersihkan menciptakan dasar luka dengan cara *debridement* atau pengambilan jaringan mati (nekrosis) dan *slough* kemudian dilakukan penilaian terhadap luka. Perawatan luka pada pasien *ulkus diabetikum* dilakukan selama tujuh hari dan setiap pasien dengan *ulkus diabetikum* mendapatkan perlakuan perawatan luka dengan *moisture balance* tiga kali perawatan dalam tujuh hari.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan *statistic parametric* karena data berupa skala interval. Sebelum dianalisis, dilakukan uji normalitas. Setelah data dinyatakan terdistribusi normal, data kemudian dianalisis menggunakan *Paired Sample t-Test*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Data yang diambil pada bulan Januari 2013, diperoleh 12 orang sebagai responden penelitian. Responden dalam penelitian ini adalah pasien dengan ulkus diabetikum yang melakukan pemeriksaan di klinik perawatan luka FIKES UMM. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 12 orang dengan karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, *personal hygiene* dan status nutrisi (tabel 1).

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini sebagian besar berusia 45-54 tahun sebanyak 5 orang (41,7%) dan hanya 1 responden yang berusia lebih dari 74 tahun (8,3%). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah responden laki-laki sebanyak 8 orang (66,7%). Berdasarkan status nutrisi, responden dalam penelitian ini memiliki status nutrisi yang baik dan sedang masing-masing sebanyak 6 orang (masing-masing 50%) dengan tingkat *personal hygiene* baik sebanyak 7 orang (58,3%).

**Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian**

Karakteristik	Frekuensi (F)	Persentase (%)
Umur		
45 - 54 th	5	41,7
55 - 64 th	4	33,3
65 - 74 th	2	16,7
> 74 th	1	8,3
<b>Jumlah</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>
Jenis Kelamin		
Laki - laki	8	66,7
Perempuan	4	33,3
<b>Jumlah</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>
Status Nutrisi		
Baik	6	50,0
Sedang	6	50,0
Buruk	0	00,0
<b>Jumlah</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>
<i>Personal Hygiene</i>		
Baik	7	58,3
Sedang	5	41,7
Buruk	0	00,0
<b>Jumlah</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Penilaian kondisi luka ulkus diabetikum sebelum dan setelah dilakukan perawatan *moisture balance* yang didapatkan dari penjumlahan 10 item penilaian pada lembar observasi dengan hasil ditampilkan pada tabel 2. Hasil penelitian didapatkan kondisi luka ulkus diabetikum sebelum dilakukan perawatan luka dengan metode *moisture balance* memiliki nilai rerata 28,4 (kriteria kondisi luka sedang) dan setelah dilakukan perawatan *moisture balance* nilai rerata menjadi 19,3 (kriteria kondisi luka ringan).

Gejala yang menyertai timbulnya ulkus diabetikum adalah kemerahan yang makin meluas, rasa nyeri makin meningkat, panas badan dan adanya nanah yang makin banyak serta adanya bau yang makin tajam (Gitarja, 2000).

Berdasarkan tabel 2 terdapat satu pasien dengan kondisi luka sedang. Faktor yang menghambat penyembuhan luka pada pasien ulkus diabetikum yaitu status nutrisi yang tidak adekuat dan pasien berumur > 65 atau tua juga mengalami penurunan respon inflamatori yang memperlambat proses penyembuhan. Usia tua menye-

babkan penurunan sirkulasi migrasi sel darah putih pada luka dan fagositosis terlambat dapat mengganggu proses penyembuhan. Faktor nutrisi misalnya menghambat respon imun dan opsonisasi bakteri.

Defisiensi asam askorbat merupakan penyebab gangguan penyembuhan luka yang paling sering. Asam askorbat merupakan suatu kofaktor dalam hidroksilasi prolin menjadi asam aminohidroksi prolin pada sintesis kolagen dalam penambahan molekul oksigen. Jaringan parut lama, memiliki aktifitas kolagenase yang lebih tinggi dari pada kulit normal. Zat besi merupakan unsur yang penting untuk penyembuhan luka. Zat besi juga diperlukan untuk berlangsungnya hidroksilase residu prolin. Kalsium dan magnesium dibutuhkan untuk aktivasi kolagenase dan sintesis protein secara umum. Faktor esensial lain untuk penyembuhan luka adalah suplai oksigen yang adekuat. Kebanyakan penyembuhan luka yang kronik dapat diatasi secara efektif dengan meningkatkan oksigenasi jaringan.

Berdasarkan data yang peneliti dapatkan bahwa dari 10 item mengalami

**Tabel 2. Data Kondisi Luka Sebelum dan Setelah Dilakukan Perawatan *Moisture Balance***

<b>Responden</b>	<b>Pre test</b>	<b>Kategori</b>	<b>Post test</b>	<b>Kategori</b>
1	32	Sedang	22	Baik
2	29	Sedang	19	Baik
3	36	Sedang	25	Sedang
4	19	Baik	14	Baik
5	28	Sedang	17	Baik
6	27	Sedang	18	Baik
7	31	Sedang	22	Baik
8	30	Sedang	20	Baik
9	32	Sedang	22	Baik
10	30	Sedang	19	Baik
11	22	Baik	15	Baik
12	25	Sedang	18	Baik
<b>Rerata</b>	<b>28,4</b>	<b>Rerata</b>	<b>19,3</b>	<b>Baik</b>

keterlambatan dalam item pertama yaitu luas luka, karena untuk menciptakan luas luka dapat berkurang secara signifikan peneliti membutuhkan waktu yang cukup lama. Epitelisasi dan granulasi dapat berkembang dengan sempurna apabila didukung dengan jumlah eksudat dan goa pada luka berkurang. Mayoritas responden memiliki kemampuan respon tubuh yang sama, didukung juga dengan kadar gula yang terkontrol maka kecepatan kesembuhan cepat.

Luka dikatakan mengalami proses penyembuhan jika mengalami fase respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase proliferasi dan fase maturasi (Morison, 2004). Kemudian disertai dengan berkurangnya luasnya luka, jumlah eksudate berkurang, jaringan luka semakin membaik, sedangkan luka sedang bisa dikategorikan dalam kondisi luka yang tidak mengalami infeksi.

Sebelum analisis data dilakukan, sudah dilakukan uji normalitas data dan hasil *pretest-posttest* berdistribusi normal sehingga analisis data selanjutnya uji statistik parametrik. Berikut akan disajikan deskripsi data penelitian yang akan memberikan informasi tentang nilai maksimum, nilai minimum, *mean* dan standar deviasi berdasar subyek penelitian (Tabel 3.)

**Tabel 3. Deskripsi Data Kondisi Luka Sebelum dan Setelah Dilakukan Perawatan Luka *Moisture Balance***

Deskripsi Data	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Nilai minimum	19	14
Nilai maksimum	36	25
Rerata	28,4	19,3
Standar Deviasi	4,7	3,2
<i>Mean</i>	28,4	19,3

Berdasarkan tabel 3 untuk menganalisis efektivitas metode perawatan

*moisture balance* pada luka ulkus diabetikum dilakukan uji statistik dengan menguji perbedaan kondisi luka ulkus diabetikum sebelum dan setelah dilakukan perawatan *moisture balance*.

**Tabel 4. Data Uji Statistik *Paired Sampel T-test***

	Nilai t	Nilai P
<i>Pretest dan posttest</i>	16,722	0,000

Uji statistik menggunakan *Paired Sampel T-test* dan didapatkan nilai p sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ), maka hipotesis nol ditolak dan hipotesis alternatif diterima, dengan kata lain ada perbedaan yang signifikan secara statistik kondisi luka antara sebelum dan sesudah perawatan luka ulkus diabetikum.

Gambaran secara umum didapatkan data bahwa mayoritas pasien dengan ulkus diabetikum mempunyai luas luka  $< 36$  cm, dalam *stage* tiga, produksi pus atau nanah masih banyak dan *purulent*, belum ada pertumbuhan granulasi dan epitelisasi, warna sekitar kulit putih, pucat atau hipopigmentasi.

Beberapa faktor yang dapat menghambat proses penyembuhan diantaranya kurang maksimalnya pengendalian variabel pengganggu seperti status nutrisi, yaitu pola makan yang tidak teratur serta *personal hygiene* pasien yang kurang memperhatikan kebersihan diri, terutama menjaga kondisi luka. Berdasarkan data yang peneliti dapatkan, penilaian terhadap kondisi luka berdasarkan dari 10 item mengalami keterlambatan dalam item kesepuluh yaitu epitelisasi.

Epitelisasi pada tepi luka memerlukan perhatian khusus terhadap adanya pertumbuhan kuman dan hipergranulasi yang dapat menghambat epitelisasi dan penutupan luka karena untuk menciptakan epitelisasi dapat tumbuh secara signifikan peneliti membutuh-

kan waktu yang cukup lama. Epitelisasi dapat berkembang sempurna apabila didukung jumlah eksudat dan goa pada luka berkurang. Mayoritas responden memiliki kemampuan respon tubuh yang sama, didukung juga dengan kadar gula yang terkontrol maka kesembuhan dapat dicapai.

Luka dikatakan mengalami proses penyembuhan jika mengalami proses fase respon inflamasi akut terhadap cedera, fase destruktif, fase proliferasi dan fase maturasi (Morison, 2004). Kemudian disertai dengan berkurangnya luasnya luka, jumlah eksudat berkurang, jaringan luka semakin membaik, sedangkan luka sedang bisa dikategorikan dalam kondisi luka yang tidak mengalami infeksi. Penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks karena proses penyembuhan luka adalah kegiatan bio-seluler, bio-kimia yang terjadi berkesinambungan.

Penanggungan respon vaskuler, aktifitas seluler dan terbentuknya bahan kimia sebagai substansi mediator di daerah luka merupakan komponen yang saling terkait pada proses penyembuhan luka. Besarnya perbedaan mengenai penyembuhan luka dan aplikasi klinis saat ini telah dapat diperkecil dengan pemahaman dan penelitian yang berhubungan dengan proses penyembuhan luka dan pemakaian bahan pengobatan yang berhasil memberikan kesembuhan (Gitarja, 2000).

Kondisi fisiologis jaringan adalah kondisi hidrasi yang seimbang untuk mempertahankan kelembaban. Kondisi yang lembab memfasilitasi pertumbuhan jaringan yang baru (granulasi). Keadaan ini biasanya dapat terjaga dengan baik bila kondisi kulit utuh. Namun inilah masalahnya dimana kulit sudah mengalami kerusakan dan gagal melakukan fungsinya. Untuk itu bagaimana mempertahankan kondisi hidrasi luka yang sudah kehilangan perlindungan yaitu kulit.

Penelitian eksperimen menggunakan luka superfisial pada babi (Rainey, 2002)

pernah dilakukan dengan setengah dari luka ini dilakukan teknik perawatan luka kering dan sebagian ditutupi *polythene* sehingga lingkungan luka lembab. Hasil menunjukkan bahwa perawatan luka dengan *polythene* terjadi epitelisasi dua kali lebih cepat dari perawatan luka kering. Hal tersebut menunjukkan bahwa lingkungan luka yang kering menghalangi sel epitel yang migrasi di permukaan luka, sedangkan dengan lingkungan lembab sel-sel epitel lebih cepat migrasinya untuk membentuk proses epitelisasi (Carville, 2007). Lingkungan luka yang lembab dapat diciptakan dengan *occlusive dressing/semi-occlusive dressing*. Menurut Carville (2007) manajemen luka yang dilakukan tidak hanya melakukan aplikasi sebuah balutan atau *dressing* tetapi bagaimana melakukan perawatan total pada klien dengan luka.

Manajemen luka ditentukan dari pengkajian klien, luka klien dan lingkungannya. Tujuan dari manajemen luka yaitu mendukung pengendalian infeksi, membersihkan (*debridement*), membuang benda asing, mempersiapkan dasar luka, mempertahankan sinus terbuka untuk memfasilitasi drainase, mempertahankan keseimbangan kelembaban, melindungi kulit sekitar luka, mendorong kesembuhan luka dengan penyembuhan primer dan penyembuhan sekunder.

Menjaga kelembaban atau metode *moisture* akan melindungi permukaan luka dengan mencegah kekeringan (*desiccation*) dan cedera tambahan. Selain itu, balutan tertutup juga dapat mengurangi risiko infeksi. Alasan perawatan luka dengan lingkungan luka yang lembab dapat membentuk fibrinolisis yaitu fibrin yang terbentuk pada luka kronis dapat dengan cepat dihilangkan (fibrinolitik) oleh netrofil dan sel endotel dalam suasana lembab. Terjadi juga angiogenesis yaitu keadaan hipoksi pada perawatan tertutup akan lebih merangsang lebih cepat angiogenesis dan mutu pembuluh kapiler.

Angiogenesis akan bertambah dengan terbentuknya heparin dan tumor nekrosis faktor-alpha (TNF-alpha), kejadian infeksi lebih rendah dibandingkan dengan perawatan kering (2,6% vs 7,1%), pembentukan *growth factors* yang berperan pada proses penyembuhan dipercepat pada suasana lembab dan percepatan pembentukan sel aktif, invasi netrofil yang diikuti oleh makrofag, monosit, dan limfosit ke daerah luka berfungsi lebih dini. Berdasarkan penelitian Winter tahun 1962, kelembaban pada lingkungan luka akan mempercepat proses penyembuhan luka. Dengan perawatan luka tertutup (*occlusive dressing*) maka keadaan yang lembab dapat tercapai. Dengan demikian, untuk menciptakan lingkungan yang lembab maka diperlukan pemilihan balutan yang tepat.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Kondisi luka ulkus diabetikum sebelum dilakukan perawatan *moisture balance* dalam kategori sedang sebanyak (83,3%) dengan rerata 28,4 sedangkan setelah dilakukan perawatan *moisture balance* dalam kategori baik (91,7%) dengan rerata 19,3, sehingga perawatan luka dengan metode *moisture balance* efektif terhadap penyembuhan luka ulkus diabetikum ( $t$  hitung = 16,722 ( $> 2,201$ );  $p$  value 0,000 ( $< 0,005$ )).

### Saran

Perawatan luka *moisture balance* dijadikan standar perawatan luka khususnya ulkus diabetikum, dan Klinik FIKES UMM dapat mengembangkan ilmu perawatan luka pada penanganan luka lainnya.

## DAFTAR RUJUKAN

- Carville, K. 2007. *Wound Care Manual (Terjemahan)*. Edisi 3. Silver: Australia.
- Depkes, RI. 2000. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Gitarja. 2000. *Perawatan Luka Diabetikum*. Edisi 2. Wocare Publising: Bogor.
- Hadits Rasulullah SAW. Hadits riwayat Abu Dawud dari Abu al Darda.
- Morison, Moya, J. 2004. *Manajemen Luka*. (Alih Bahasa Tyasmono). EGC: Jakarta.
- Nurhasan. 2002. *Prosedur Penelitian*. PT Rineka Cipta: Jakarta.
- Ovington LG. 2002. Evolusi Manajemen Luka: Asal-Usul Kuno dan Kemajuan dalam 20 Tahun Terakhir. *Healthc Perawat Rumah*, 20 (10).
- Rainey, Joy. 2002. *Wound Care: A Handbook for Community Nurses*. Whurr Publisher: Piladelphia.
- Suyono, Slamet. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*. Edisi 4. Ilmu Penyakit Dalam FK-UI: Jakarta.
- Tjokropawiro, A. 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Winter, GD. 1962. Formation of the scab and the rate of epithelialization superficial wounds in the skin of the youn domestic pig. *Nature*, 193: 293-294.

## FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF

**Risa Devita**

Akademi Kebidanan 'Aisyiyah Palembang

Email: risa\_devita@yahoo.com

**Abstract:** The purpose of this study is to explore some factors affecting the exclusive breastfeeding and the most dominant factor affecting the exclusive breastfeeding. This study is an analytical survey study with cross sectional approach. The samples which were taken by purposive sampling resulted in a number of 93 mothers who had children at age of 7-12 months. The data were collected in June 2012. The data was analyzed by using chi-square test showed that mother's maternal parity ( $p=0.041$ ), maternal employment ( $p=0.043$ ), knowledge ( $p=0.029$ ), maternal attitude ( $p=0.043$ ) and maternal measures ( $p=0.005$ ) had significant relationship with exclusive breastfeeding. Meanwhile, family/husband support ( $p=0,646$ ) had no meaningful relationship with exclusive breastfeeding. Multiple logistic regression test results showed that the most decisive factors that significantly affected the exclusive breastfeeding was the mothers' act ( $OR=4,438$ ).

**Keywords:** exclusive breastfeeding, maternal parity, maternal employment, mother's knowledge, mother's attitude, mother's act, family/husband support

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dan faktor yang paling menjadi penentu yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif. Jenis penelitian adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*, sampel yang diambil secara *purposive sampling* berjumlah 93 ibu yang mempunyai anak berusia 7-12 bulan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2012. Analisis data menggunakan uji *chi-square* menunjukkan variabel paritas ibu ( $p=0,041$ ), pekerjaan ibu ( $p=0,043$ ), pengetahuan ibu ( $p=0,029$ ), sikap ibu ( $p=0,043$ ), tindakan ibu ( $p=0,005$ ) ada hubungan bermakna dengan pemberian ASI eksklusif, sedangkan dukungan keluarga/suami ( $p=0,646$ ) tidak ada hubungan bermakna dengan pemberian ASI eksklusif. Hasil uji regresi logistik ganda di dapatkan faktor paling penentu berhubungan bermakna dengan pemberian ASI eksklusif adalah tindakan ibu ( $OR=4,438$ ).

**Kata kunci:** pemberian ASI eksklusif, paritas ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu, tindakan ibu, dukungan keluarga/suami

## PENDAHULUAN

ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. ASI adalah makanan yang sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya dengan tatalaksana menyusui yang benar. ASI sebagai bahan makanan tunggal akan cukup memenuhi kebutuhan tumbuh bayi normal sampai usia 6 bulan dan ketika mulai diberikan makanan padat dapat diteruskan sampai usia 2 tahun atau lebih (Soetjningsih, 1997).

Pemberian ASI eksklusif kepada bayi merupakan hal yang penting dalam pembangunan sumberdaya manusia sejak dini, karena sejak dini bayi mendapatkan makanan yang paling sehat dan tepat yang akan memberi pengaruh positif terhadap tumbuh kembang selanjutnya. Untuk mencapai tumbuh kembang optimal, di dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, World Health Organization (WHO)/United Nations Emergency Children's Fund (UNICEF)* merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu, memberikan ASI kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, memberikan hanya air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan dan meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Kemenkes RI, 2010).

Secara nasional berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai 6 bulan menurun dari 28,6% tahun 2007 menjadi 24,3% pada tahun 2008 dan meningkat menjadi 34,3% pada tahun 2009. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010) menyatakan persentase bayi yang diberikan ASI eksklusif yaitu bayi

antara umur 0-1 bulan sebesar 38,8%, bayi antara umur 1-2 bulan sebesar 32,5%, bayi antara umur 2-3 bulan sebesar 30,7%, bayi antara umur 3-4 bulan sebesar 25,2%, bayi antara umur 4-5 bulan sebesar 26,3% dan bayi antara umur 5-6 bulan sebesar 15,3%.

Masalah utama masih rendahnya pemberian ASI di Indonesia adalah karena faktor sosial budaya, kurangnya pengetahuan ibu hamil, keluarga dan masyarakat akan pentingnya ASI, serta jajaran kesehatan yang belum sepenuhnya mendukung Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI). Masalah ini diperparah dengan gencarnya promosi susu formula dan kurangnya dukungan dari masyarakat, termasuk institusi yang memperkerjakan perempuan yang belum memberikan tempat dan kesempatan bagi ibu menyusui di tempat kerja (seperti ruang ASI). Keberhasilan ibu menyusui untuk terus menyusui bayinya sangat ditentukan oleh dukungan dari suami, keluarga, petugas kesehatan, masyarakat serta lingkungan kerja (Kemenkes RI, 2010).

Beberapa kendala dalam hal pemberian ASI eksklusif antara lain disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu, kurangnya dukungan keluarga serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang manfaat pemberian ASI eksklusif. Selain itu kurangnya dukungan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan produsen makanan bayi untuk keberhasilan ibu dalam menyusui bayinya (PP No. 33 Tahun 2012).

Faktor-faktor lainnya yang berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif adalah umur ibu, jumlah anak, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, dukungan suami/orang tua, pengetahuan, sikap dan perilaku ibu (Gustina, 2008).

Berbagai upaya dilakukan untuk mempromosikan pemberian ASI. UNICEF mencanangkan ASI eksklusif sebagai langkah untuk menurunkan angka kematian bayi. Pemerintah Indonesia berupaya meningkatkan



minat dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pemberian ASI melalui berbagai kegiatan seperti lomba bayi sehat, lomba klinik dan rumah sakit sayang bayi.

Data dari Dinas Kesehatan Kota Palembang untuk cakupan pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Makrayu tahun 2009 yaitu dari 795 bayi yang mendapatkan ASI eksklusif hanya 158 bayi (19,87%), tahun 2010 dari 1.701 bayi yang mendapatkan ASI eksklusif hanya 573 bayi (33,69%) dan tahun 2011 dari 805 bayi yang mendapatkan ASI eksklusif hanya 337 bayi (41,86%) (Profil Dinkes Kota Palembang, 2009-2011).

Zat kekebalan yang terdapat pada ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit serta alergi. Pemberian ASI lebih mendekatkan hubungan ibu dengan bayinya. ASI juga dapat menurunkan kemungkinan bayi terkena penyakit infeksi telinga, batuk, pilek. Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit dari pada bayi yang tidak mendapatkan ASI (Depkes, 1997).

Berdasarkan uraian data tersebut maka peneliti ingin mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Makrayu Palembang Tahun 2012.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dan sampel penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai bayi berusia 7-12 bulan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Makrayu Palembang sebanyak 93 orang. Cara pengambilan sampel dengan metode *Non Random/Non Probability Sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Variabel yang akan diteliti pada penelitian ini adalah pemberian ASI eksklusif sebagai variabel terikat dan paritas, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu, tindakan ibu serta dukungan keluarga/suami sebagai variabel bebas.

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner dengan beberapa pertanyaan kepada responden yang mengacu parameter yang sudah dibuat oleh peneliti terhadap penelitian yang akan dilakukan. Metode pengolahan data yaitu editing, koding, skoring, *tabulating* dan *entry data* dan analisa dengan menggunakan *software*.

Analisis dibagi dalam tiga bentuk yaitu analisis univariat untuk melihat gambaran masing-masing variabel, analisis bivariat untuk melihat hubungan variabel bebas dan terikat menggunakan *Chi-Square* dengan derajat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Bila  $p < 0,05$  menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas dengan variabel terikat. Pada analisis multivariat, uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik ganda, untuk menganalisis hubungan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat. Hasil analisis multivariat dapat dilihat dari nilai *expose* atau yang disebut *odd ratio*. Semakin besar nilai *odd ratio* berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel terikat yang dianalisis.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Analisis Univariat

Dari Tabel 1 diketahui bahwa ibu yang memberikan ASI eksklusif masih sedikit yaitu sebesar 34,4%. Sebagian besar ibu mempunyai paritas dengan kategori rendah sebesar 62,4 %. Sebagian besar ibu tidak bekerja yaitu 55,9%. Sebagian besar ibu mempunyai pengetahuan dengan kategori tinggi yaitu 51,6 %. Ibu yang mempunyai sikap dengan kategori setuju sebesar 52,7%. Ibu yang mendapatkan dukungan dari keluarga/suami hanya 54,8%.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memberikan ASI eksklusif hanya 34,4% lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak memberikan ASI eksklusif.

Hal ini berarti terdapat 56,6% bayi yang telah mendapatkan makanan atau minuman lain selain ASI sebelum usia 6 bulan.

**Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Pemberian ASI Eksklusif, Paritas, Pekerjaan, Pengetahuan, Sikap, Tindakan Ibu dan Dukungan Keluarga/Suami di Wilayah Kerja Puskesmas Makrayu Palembang Tahun 2012**

Pemberian ASI Eksklusif	Jumlah	Persentase
Eksklusif	32	34,4
Tidak Eksklusif	61	65,6
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Paritas		
Rendah	58	62,4
Tinggi	35	37,6
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Pekerjaan Ibu		
Tidak Bekerja	52	55,9
Bekerja	41	44,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Pengetahuan Ibu		
Tinggi	48	51,6
Rendah	45	48,4
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Sikap Ibu		
Setuju	49	52,7
Tidak Setuju	44	47,3
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Tindakan Ibu		
Baik	44	47,3
Tidak Baik	49	52,7
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Dukungan Keluarga/Suami		
Mendukung	51	54,8
Tidak Mendukung	42	45,2
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Sejalan dengan penelitian Misbah (2005) di Kelurahan Bukit Lama Palembang, dari 87 responden hanya 26,4% ibu yang memberikan ASI secara eksklusif dan

73,6% ibu sudah memberikan makanan/minuman tambahan sebelum bayi berusia 6 bulan. Demikian juga dengan data Riskesdas (2010) yang menyatakan bahwa hanya 15,3% bayi diberikan ASI eksklusif dan cakupan ASI eksklusif di Kota Palembang tahun 2011 yaitu sebesar 36,94%.

### Analisis Bivariat

#### Hubungan antara Paritas dan Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif

Hasil analisis untuk paritas ibu (lihat Tabel 2) diperoleh *p value* 0,041, karena *p value* (0,041) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05) maka secara statistik dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara paritas ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Penelitian Setioningrum (2004) memperlihatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan pemberian ASI eksklusif, hal ini disebabkan ibu ingin menjalin rasa keintiman dan kasih sayang kepada anaknya walaupun paritas tinggi tetap ingin memberikan ASI secara eksklusif.

Menurut peneliti, paritas berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif karena pada ibu dengan jumlah anak yang rendah (kurang dari atau sama dengan tiga orang), ibu akan mempunyai waktu yang lebih banyak untuk merawat anaknya dalam hal ini mempunyai waktu yang lebih untuk memberikan ASI kepada bayinya setiap waktu dibanding dengan ibu yang mempunyai paritas tinggi.

Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai paritas rendah cenderung akan memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya dikarenakan dengan jumlah anak yang lebih sedikit ibu memiliki waktu atau kesempatan lebih besar untuk memberikan ASI. Sedangkan ibu yang mempunyai jumlah anak yang banyak telah mempunyai pengalaman dalam memberikan makanan pendamping ASI (PASI) kepada anaknya.

**Tabel 2. Hubungan Paritas Ibu dan Pekerjaan Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Makrayu Palembang Tahun 2012**

Paritas Ibu	Pemberian ASI					p value
	Eksklusif		Tidak Eksklusif		Jumlah	
	n	%	n	%	n	
Rendah	25	43,1	33	56,9	58	0,041
Tinggi	7	20,0	28	80,0	35	
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>34,4</b>	<b>63</b>	<b>65,6</b>	<b>93</b>	
Pekerjaan Ibu						
Tidak Bekerja	23	44,2	29	55,8	52	0,043
Bekerja	9	22,0	32	78,0	41	
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>34,4</b>	<b>61</b>	<b>65,6</b>	<b>93</b>	

Hasil analisis untuk pekerjaan ibu diperoleh *p value* 0,043, karena *p value* (0,043) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05) maka secara statistik dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Menurut Nuryanto (2000) kelompok ibu yang bekerja mempunyai risiko 1,16 kali lebih cepat untuk berhenti memberikan ASI saja daripada kelompok ibu yang tidak bekerja setelah dikontrol variabel keterpaparan oleh media elektronik dan penolong persalinan. Pekerjaan ibu juga diperkirakan dapat mempengaruhi pengetahuan dan kesempatan ibu dalam memberikan ASI eksklusif. Pengetahuan responden yang bekerja lebih baik bila dibandingkan dengan pengetahuan responden yang tidak bekerja. Semua ini disebabkan karena ibu yang bekerja di luar rumah (sektor formal) memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi, termasuk mendapatkan informasi tentang pemberian ASI eksklusif (Depkes RI 1999).

Menurut peneliti, ibu rumah tangga dan ibu yang bekerja di rumah sendiri untuk menyusui tidak terjadwal bukan merupakan beban atau masalah, akan tetapi bagi ibu

yang bekerja di luar rumah dan harus meninggalkan anaknya lebih dari 7 jam menyusui bukanlah hal yang mudah, karena terhalang dengan jadwal mereka bekerja.

#### **Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif**

Hasil analisis untuk pengetahuan Ibu (lihat Tabel 3) diperoleh *p value* 0,029 karena *p value* (0,029) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05) maka secara statistik dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Adanya perbedaan pengetahuan ibu tentang ASI akan memberikan perbedaan lamanya memberikan ASI Eksklusif. Ibu yang memiliki pengetahuan yang tinggi tentang ASI akan menyusui anaknya secara eksklusif karena umumnya mereka mengetahui berbagai manfaat dari ASI dibanding dengan ibu yang memiliki pengetahuan yang rendah (Zeitlyn & Rowshan, 1997).

Menurut peneliti, kecenderungan ibu-ibu tidak memberikan ASI secara eksklusif disebabkan kurangnya pengetahuan ibu tentang manfaat ASI Eksklusif baik bagi ibu

**Tabel 3. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Makrayu Palembang Tahun 2012**

Pengetahuan Ibu	Pemberian ASI				Jumlah	p value
	Eksklusif		Tidak Eksklusif			
	n	%	n	%		
Tinggi	22	45,8	26	54,2	48	0,029
Rendah	10	22,2	35	77,8	45	
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>34,4</b>	<b>61</b>	<b>65,6</b>	<b>93</b>	
Sikap Ibu						
Setuju	22	44,9	27	55,1	49	0,043
Tidak Setuju	10	22,7	34	77,3	44	
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>34,4</b>	<b>61</b>	<b>65,6</b>	<b>93</b>	

dan utamanya bagi bayi bahkan bagi seluruh anggota keluarga dimana ketika bayi berusia 0-6 bulan ASI bertindak sebagai makanan utama bayi karena mengandung lebih dari 60 % kebutuhan bayi.

Hasil analisis untuk sikap ibu diperoleh *p value* 0,043 karena *p value* (0,043) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05) maka secara statistik dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Nurwulandari (2008) yang melakukan penelitian di Puskesmas Grogol Depok dengan metode penelitian *cross sectional*, ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan pemberian ASI eksklusif, dimana sekitar 53,3 % responden yang memiliki sikap positif memberikan ASI secara eksklusif.

Menurut peneliti, kecenderungan ibu-ibu yang memiliki sikap yang setuju/positif dalam pemberian ASI eksklusif tetapi tidak memberikan ASI secara eksklusif dikarenakan sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bereaksi terhadap suatu objek dan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu. Sikap masih berupa pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap obyek tertentu belum terbukti

dalam tindakan nyata, sehingga belum tentu ibu yang memiliki sikap setuju/positif dalam pemberian ASI eksklusif akan langsung dapat memberikan ASI secara eksklusif.

#### **Hubungan Antara Tindakan Ibu dan Dukungan Keluarga/Suami dengan Pemberian ASI Eksklusif**

Hasil analisis untuk tindakan ibu (lihat Tabel 4) diperoleh *p value* 0,005 karena *p value* (0,005) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05) maka secara statistik dapat dinyatakan ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu dengan pemberian ASI eksklusif.

Budiarso (2004) yang menyatakan bahwa diantara ibu-ibu yang mempunyai tindakan baik cenderung lebih tinggi persentasenya dalam memberikan ASI eksklusif terhadap bayi dibandingkan ibu yang mempunyai tindakan tidak baik.

Menurut peneliti, ibu-ibu yang mempunyai tindakan setuju/positif akan tetapi tidak memberikan ASI secara eksklusif dapat dipengaruhi juga oleh faktor-faktor yang lain, misalnya karena kondisi yang tidak memungkinkan seperti ASI tidak keluar, ibu yang bekerja atau bayi yang tidak mau menyusu sehingga ibu tidak dapat memberikan ASI secara eksklusif.

**Tabel 4. Hubungan Tindakan Ibu dan Dukungan Keluarga/Suami dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Makrayu Palembang Tahun 2012**

Tindakan Ibu	Pemberian ASI					p value
	Eksklusif		Tidak Eksklusif		Jumlah	
	n	%	n	%		
Baik	22	50	22	50	44	0,005
Tidak baik	10	20,4	39	79,6	49	
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>34,4</b>	<b>61</b>	<b>65,6</b>	<b>93</b>	
<b>Dukungan Keluarga/Suami</b>						
Mendukung	16	31,4	35	68,6	51	0,646
Tidak Mendukung	16	38,1	26	61,9	42	
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>34,4</b>	<b>61</b>	<b>65,6</b>	<b>93</b>	

Hasil analisis untuk dukungan keluarga/suami diperoleh *p value* 0,646 karena *p value* (0,646) lebih besar dari  $\alpha$  (0,05) maka secara statistik dapat dinyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga/suami dengan pemberian ASI eksklusif.

Ibu yang suaminya mendukung pemberian ASI eksklusif berpeluang memberikan ASI eksklusif 2 kali daripada ibu yang suaminya kurang mendukung pemberian ASI eksklusif setelah dikontrol oleh pekerjaan suami, dukungan petugas kesehatan, dan pekerjaan ibu. Oleh karena peran suami penting dalam pemberian ASI eksklusif, maka suami harus dijadikan sasaran penyuluhan ASI dan didorong untuk lebih aktif mencari informasi serta aktif belajar mengenai ASI, sehingga lebih paham

dalam memberikan dukungan kepada ibu untuk menyusui secara eksklusif (Yulian-darin, 2009).

Adanya perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh adanya perbedaan karakteristik demografi penelitian, desain penelitian ataupun populasi dan sampel penelitian sehingga pada penelitian ini didapatkan tidak adanya hubungan antara dukungan keluarga/suami dengan pemberian ASI eksklusif.

#### Analisis Multivariat

#### Faktor yang Paling Berhubungan (Dominan)

Dari tabel 5, dapat dilihat bahwa seluruh variabel berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif yaitu paritas, pekerjaan, pe-

**Tabel 5. Hasil Analisis Akhir Model Prediksi Tanpa Interaksi**

Variabel Independen	B	P value	Exp (B)	95% CI
Paritas	0,887	0,109	2,427	0,820 – 7,185
Pekerjaan	0,269	0,733	1,309	0,278 - 6,155
Pengetahuan	0,782	0,310	2,185	0,483 – 9,878
Sikap	- 0,361	0,659	0,697	0,140 – 3,470
Tindakan	1,490	0,060	4,438	0,942 -20,915
Constant	- 3,175			

ngetahuan, sikap dan tindakan. Variabel penentu atau yang paling besar hubungannya dengan pemberian ASI eksklusif adalah tindakan dengan  $OR=4,438$  (dilihat dari nilai  $Exp(B)$ ) berarti responden dengan tindakan yang baik berpeluang 4 kali mempunyai hubungan dengan pemberian ASI eksklusif dibandingkan dengan responden dengan tindakan yang tidak baik setelah dikontrol dengan variabel paritas, pekerjaan, pengetahuan dan sikap. Berdasarkan hasil analisis akhir model prediksi tanpa interaksi maka faktor dominan yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif, dari yang terbesar sampai yang terkecil adalah tindakan (4,438), paritas (2,427), pengetahuan (2,185), pekerjaan (1,309) dan sikap (0,697).

Tindakan adalah respon nyata yang dilakukan seseorang setelah seseorang mendapatkan pengetahuan tentang suatu informasi. Dalam kaitannya dengan pemberian ASI eksklusif, ibu yang mempunyai tindakan yang baik dalam hal ini melakukan hal-hal yang mendukung pelaksanaan pemberian ASI secara eksklusif, seharusnya akan memberikan ASI kepada anaknya secara eksklusif dibandingkan dengan ibu yang mempunyai tindakan yang tidak baik. Tetapi tidak selalu demikian halnya, karena banyak faktor lain yang mempengaruhi tindakan seseorang.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Dari hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa proporsi responden yang memberikan ASI eksklusif masih tergolong rendah hanya sebesar 34,4%, proporsi responden yang mempunyai paritas rendah sebesar 62,4%, sebanyak 55,9% responden yang tidak bekerja, 51,6% responden dengan kategori pengetahuan tinggi, 52,7% responden dengan sikap setuju, 47,3% responden dengan tindakan baik dan 54,8%

responden dengan dukungan keluarga/suami yang mendukung.

Ada hubungan yang bermakna antara paritas ibu dengan pemberian ASI eksklusif, karena  $p$  value (0,041) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan pemberian ASI eksklusif, karena  $p$  value (0,043) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan pemberian ASI eksklusif, karena  $p$  value (0,029) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu dengan pemberian ASI eksklusif karena  $p$  value (0,043) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), ada hubungan yang bermakna antara tindakan ibu dengan pemberian ASI eksklusif karena  $p$  value (0,005) lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05).

Tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga/suami dengan pemberian ASI eksklusif karena  $p$  value (0,646) lebih besar dari  $\alpha$  (0,05), faktor yang paling berhubungan (dominan) dengan pemberian ASI eksklusif adalah tindakan, jadi semakin baik tindakan ibu maka semakin tinggi keinginan ibu untuk melaksanakan pemberian ASI secara eksklusif.

### Saran

Bagi Puskesmas, target pemerintah dalam pemberian ASI eksklusif adalah 80%, sedangkan hasil penelitian ini ibu-ibu di wilayah kerja Puskesmas Makrayu Palembang hanya sebesar 34,4% oleh karena itu pada Puskesmas Makrayu disarankan untuk melibatkan keluarga/suami mulai dari masa awal kehamilan sampai dengan menyusui melalui kegiatan pendampingan ibu baik pada saat ibu melakukan pemeriksaan di posyandu atau di puskesmas.

Petugas puskesmas dalam hal ini bidan dengan melibatkan kader-kader posyandu melakukan kunjungan rumah dalam rangka pemetaan ibu hamil dan nifas dengan tujuan memberikan penyuluhan/pengarahan tentang

ASI eksklusif, meningkatkan pengetahuan ibu-ibu tentang ASI eksklusif dengan jalan memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif sehingga di harapkan dapat mempengaruhi tindakan ibu dalam pemberian ASI eksklusif, meningkatkan peran petugas puskesmas terutama bidan dan kader-kader posyandu dalam memberikan pengetahuan tentang manajemen laktasi kepada ibu-ibu di wilayah kerja puskesmas.

Bagi peneliti lain diharapkan untuk menyempurnakan penelitian ini dengan melakukan penelitian secara kualitatif sehingga dapat lebih mengkaji faktor-faktor secara lebih mendalam tentang pemberian ASI eksklusif di masyarakat ataupun faktor-faktor pendukung lainnya dalam pemberian ASI eksklusif misalnya faktor motivasi ibu.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Budiarso. 2004. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Binaan Puskesmas Padangsari Kecamatan Banyumanik*. Skripsi. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Departemen Kesehatan RI. 1997. *Petunjuk Pelaksanaan Peningkatan ASI Eksklusif*. Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat: Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 1999. *Petunjuk Pelaksanaan Peningkatan ASI Eksklusif Bagi Petugas Puskesmas*. Depkes RI: Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2011. *Profil Dinas Kesehatan Kota Palembang Tahun 2009-2011*.
- \_\_\_\_\_. 2011. *Profil Puskesmas Makrayu Palembang Tahun 2011*.
- Gustina, Nila. 2008. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pola Pemberian ASI di Puskesmas Pekanbaru Kota Pekanbaru*. Tesis. Yogyakarta: UGM.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Badan Pengembangan dan Penelitian Kesehatan: Jakarta.
- Misbah. 2005. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Bukit Lama Palembang*. Skripsi. Palembang: Universitas Sriwijaya.
- Nurwulandari, Aprilia. 2008. *Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Grogol Depok*. Skripsi. Jakarta: Universitas Pembangunan Nasional Veteran.
- Nuryanto. 2001. *Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Kelangsungan Pemberian ASI pada anak usia 0-11 bulan di Indonesia*. Tesis. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Setioningrum, Yeni Makdalena. 2004. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Pemberian ASI Eksklusif di Desa Jeruklegi Wetan Kecamatan Jeruklegi Kabupaten Cilacap*. Skripsi. Yogyakarta: UGM
- Soetjiningsih. 1997. Persepsi dan Perilaku Ibu Menyusui. *Majalah Kedokteran Indonesia*, (4).
- UNICEF WHO IDAI. 2005. *Rekomendasi tentang Pemberian Makanan Bayi pada Situasi Darurat*. Jakarta: Pernyataan bersama UNICEF WHO IDAI.

Yuliandarin, Eka Mutia. 2009. *Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif Di Kota Bekasi*. Tesis. Jakarta: Universitas Indonesia.

Zeitlyn, Sushila & Rowshan, Rabeya. 1997. Privileged Knowledge and Mothers' "Perceptions": The Case of Breast-Feeding and Insufficient Milk in Bangladesh. *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (1) : 56-68.



# PEMANFAATAN METADON PADA *INJECTING DRUG USERS* DI PUSKESMAS GEDONG TENGEN YOGYAKARTA

**Herlin Fitriana Kurniawati, Antono Suryoputro**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: herlinana@gmail.com

**Abstract:** The purpose of this study is to examine the use of methadone services by Injecting Drug Users (IDUs) in *Puskesmas* Gedong Tengen, Yogyakarta. This research is a qualitative research design. The samples were taken by using purposive sampling, as the result, there were four people taken as the informants. The data were collected by using in-depth interviews, the data analysis was done by using thematic content analysis. The result showed that all of the informants continuously came to the health center and took the methadone, had insufficient knowledge about methadone, positive attitude toward the methadone service in health center, the easy access to the methadone and the existence of special elbow room for methadone clients in health center. The informants stated that they needed the methadone because they wanted to quit using drugs.

**Keywords:** methadone service, injecting drug users

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pemanfaatan layanan metadon oleh penasun di Puskesmas Gedong Tengen, Yogyakarta. Desain penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif, pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Informan penelitian terdiri dari empat orang. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, analisis data dengan metode *thematic content analysis*. Hasil penelitian menunjukkan semua informan rutin memanfaatkan layanan metadon dengan datang langsung ke puskesmas, memiliki pengetahuan yang kurang tentang layanan metadon, bersikap positif terhadap layanan metadon di puskesmas, akses terhadap layanan metadon mudah dan tersedia ruangan yang khusus bagi klien metadon. Semua informan menyatakan membutuhkan layanan metadon didasarkan karena ingin berhenti dari penggunaan napza.

**Kata kunci:** layanan metadon, pengguna napza suntik

## PENDAHULUAN

Berdasarkan data Direktorat Jendral Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI (Dirjen PP& PL Kemenkes RI) tahun 2011 (periode 1 Januari-31 Desember) mencatat sebanyak 21.031 kasus baru HIV dan 4.162 kasus AIDS. Secara kumulatif kasus HIV dan AIDS dari 1 April 1987 sampai dengan 31 Desember 2011 terdapat 77.879 kasus HIV dan 29.879 kasus AIDS dengan kasus kematian sebanyak 5.430. Jumlah kumulatif kasus AIDS berdasarkan faktor risiko yaitu tertinggi pada heteroseksual sebanyak 14.775 kasus, pengguna napza suntik sebanyak 9.392 kasus, tidak diketahui sebanyak 940 kasus, homoseksual 807 kasus, transmisi perinatal 730 kasus dan transfusi darah 51 kasus (Ditjen PP&PL Kemenkes RI, 2012).

Penggunaan napza suntik menghadapi dua risiko untuk mendapatkan HIV dan AIDS. Pertama, melalui jarum suntik dan alat suntik yang tidak steril yang digunakan secara bersama-sama. Kedua, melalui hubungan seksual terutama bagi mereka yang melakukannya dengan lebih dari satu pasangan, atau melakukan hubungan seks tanpa menggunakan kondom (Sucahyo, 2001).

Penyalahgunaan napza menjadi masalah serius yang harus dihadapi Indonesia, khususnya penyalahgunaan napza suntik. Hal ini dikarenakan jarum suntik serta peralatan untuk menyuntik yang digunakan secara bergantian pada kelompok pengguna napza suntik telah menjadi sarana yang menyebabkan meningkatnya penyebaran HIV dan AIDS. Salah satu strategi yang dilaksanakan untuk mengurangi peningkatan penyebaran infeksi HIV dan AIDS tersebut dengan *harm reduction* (pengurangan dampak buruk penggunaan narkoba suntik).

Berdasarkan hasil penelitian di beberapa negara, seperti Australia dan Amerika Serikat, didapatkan bahwa *harm reduction* dapat menekan laju penularan HIV dan

AIDS dan tidak mengakibatkan munculnya pengguna napza suntik baru. Masih besarnya kasus di kalangan pengguna napza suntik membuat pemerintah, masyarakat, dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) harus terus menjalin kerjasama sama (Mansrianto, 2006).

*Harm reduction* merupakan penanggulangan dan pencegahan yang menekankan pada tujuan jangka pendek dan dilakukan secara cepat dan tepat untuk mengurangi segala dampak buruk akibat penggunaan napza suntik tidak steril serta hubungan seks tanpa kondom yang dapat membuka peluang tertular HIV, hepatitis maupun penyakit lainnya. Penerapan *harm reduction* merupakan upaya memotong mata rantai dari penularan HIV dan AIDS di kalangan pengguna napza suntik (Mansrianto, 2006).

Semua aktivitas *harm reduction* bertujuan agar HIV dan AIDS dapat ditangani dan tidak menular pada banyak orang. *Harm reduction* tidak menganjurkan penggunaan napza suntik untuk terus menggunakan napza karena adanya jarum, namun secara tidak langsung berperan menurunkan jumlah pengguna napza, sebab program *harm reduction* juga sebagai pintu masuk bagi pengguna napza suntik untuk ikut terapi metadon yang pada akhirnya dapat membuatnya sampai pada *abstinence* (Mansrianto, 2006). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pemanfaatan layanan metadon oleh penasun di Puskesmas Gedong Tengen, Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Informan utama adalah pengguna napza suntik yang memanfaatkan layanan metadon di Puskesmas Gedong Tengen Kota Yogyakarta sebanyak empat orang. Penentuan informan utama ditentukan dengan bantuan dari petugas kesehatan (dokter dan

perawat) dan petugas *outreach*. Informan sekunder adalah sebagai triangulasi sumber yang terlibat dalam pemanfaatan layanan metadon di Puskesmas Gedong Tengen Kota Yogyakarta oleh pengguna napza suntik, yaitu petugas kesehatan di Puskesmas Gedong Tengen yang terdiri dari dokter penanggung jawab dan perawat serta petugas *outreach*.

Kriteria informan utama adalah sudah menggunakan layanan metadon secara rutin selama minimal enam bulan, pada waktu penelitian berada di Kota Yogyakarta dan bersedia menjadi informan penelitian. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *non probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Pemanfaatan layanan metadon

Semua informan menyatakan memanfaatkan layanan metadon secara rutin, dengan datang ke puskesmas setiap hari, atau apabila ada halangan atau tidak dapat hadir ke puskesmas dapat meminta metadon untuk dibawa pulang, dengan memenuhi syarat yang telah ditentukan oleh Puskesmas Gedong Tengen. Menurut perawat di puskesmas, bahwa semua klien yang memanfaatkan layanan metadon harus datang langsung ke puskesmas setiap hari, kecuali ada alasan yang dapat dipertanggungjawabkan, dapat meminta metadon untuk dibawa pulang, dengan syarat klien rutin memanfaatkan metadon atau ada bukti memang benar yang bersangkutan ada acara.

Sesuai dengan Kemenkes RI No.350/Menkes/SK/IV/2008, klien metadon harus hadir setiap hari di klinik. Metadon diberikan oleh asisten apoteker atau perawat yang

diberi wewenang oleh dokter. Klien harus menelan metadon tersebut di hadapan petugas program terapi rumatan metadon, harus diminum setiap hari karena metadon dapat bekerja pada tubuh selama rata-rata 24 jam.

Syarat menjadi klien metadon, menurut perawat Puskesmas Gedong Tengen, adalah harus pengguna opioid suntik pada satu tahun terakhir (pemakaian 6 bulan dipertimbangkan), dibuktikan dengan tes urin, usia 18 tahun, tidak menderita gangguan jiwa berat atau retardasi mental, didampingi orang tua pada saat pertama kali datang, kemudian bersedia mentaati peraturan PTRM, menyerahkan KTP dan kartu keluarga sebagai identitas serta foto 3x4.

Proses seleksi klien metadon dilakukan oleh dokter. Sesuai syarat yang tercantum dalam Kemenkes RI No. 350/Menkes/SK/IV/2008, terapi metadon diindikasikan bagi mereka yang mengalami ketergantungan opioida dan telah menggunakan opioida secara teratur untuk periode yang lama, yaitu terdapat kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi meliputi memenuhi kriteria ICD-X untuk ketergantungan opioida, usia yang direkomendasikan 18 tahun atau lebih namun klien yang berusia kurang dari 18 tahun harus mendapat *second opinion* dari profesional medis, ketergantungan opioida (dalam jangka 12 bulan terakhir), sudah pernah mencoba berhenti menggunakan opioida minimal satu kali. Kriteria eksklusi seperti klien dengan penyakit berat, psikosis yang jelas, retardasi mental yang jelas. Program terapi rumatan metadon tidak diberikan pada klien dalam keadaan *overdosis*.

Layanan *harm reduction* sudah dilaksanakan di puskesmas. Sebagian besar informan menyatakan bahwa layanan metadon bersifat fleksibel dari segi waktu dan hari, dilayani setiap hari walaupun hari besar. Ada sebagian kecil informan yang menyatakan bahwa waktu layanan metadon terba-

tas. Berdasarkan peraturan waktu layanan metadon adalah jam 08.00-12.00 WIB, namun pada pelaksanaannya jam 09.00-11.00 WIB. Dokter penanggung jawab layanan metadon di Puskesmas Gedong Tengen menyampaikan bahwa waktu untuk layanan metadon bersifat fleksibel.

Layanan diberikan sesuai waktu layanan di Puskesmas Gedong Tengen. Pemberian metadon pada hari Minggu dan hari libur diberikan khusus untuk klien yang telah lama menggunakan metadon di puskesmas tersebut, bukan untuk klien yang baru. Bagi klien metadon yang baru, menyesuaikan dengan jadwal layanan di Puskesmas Gedong Tengen Kota Yogyakarta.

Di Puskesmas Gedong Tengen juga sudah ada pembagian jadwal piket petugas kesehatan yang memberikan layanan metadon. Sesuai Kemenkes RI No. 350/Menkes/SK/IV/2008, layanan program terapi rumatan metadon buka setiap hari, tujuh hari dalam seminggu dengan jam kerja sepanjang mungkin, bergantung pada kemampuan masing-masing program terapi rumatan metadon. Jam kerja pada bulan puasa harus disesuaikan, meski demikian penerimaan klien baru hanya pada hari kerja dan jam kerja resmi. Seperti yang terlihat dalam pernyataan informan berikut ini:

“...Rutin... datang ke puskesmas... prosedurnya biaya gratis untuk metadon untuk yang ber-ktp Jogja... nunggu ketemu dokter terus dikasih dosis, minum metadon...buka setiap hari walaupun hari besar tetap buka ... waktu terbatas...”

D, Perempuan, 34 tahun.

“...Syaratnya hanya membawa KTP, tes urin, biaya gratis tapi hanya untuk yang KTP-nya Kota, fleksibel... prosedurnya, yang pasti datang ke Puskesmas Gedong Tengen, minum metadon, minumnya

*di depan petugasnya, dikasih minum air putih, ya gitu ajah...”*

Y, Laki-laki, 32 tahun.

Layanan *harm reduction* diberikan seperti halnya layanan umum lainnya yang ada di puskesmas. Prinsip layanan HIV dan AIDS bagi pengguna napza suntik juga memiliki kesamaan baik dalam keterbukaan layanan dan komunikasi, keramahan, kenyamanan dan mengutamakan kualitas. Prinsip bekerja dalam melayani pengguna napza suntik yaitu bersikap tulus dan terbuka. Sikap yang tulus dibutuhkan karena pengguna napza suntik adalah individu yang seringkali mengalami perlakuan diskriminatif. Oleh karena itu tidak jarang pengguna napza suntik menjadi individu yang sensitif, tidak mudah begitu saja percaya pada keinginan orang lain untuk menolong.

Keterbukaan akan mempermudah terbentuknya rasa percaya pengguna napza suntik kepada petugas layanan kesehatan maupun petugas *outreach*. Rasa percaya akan memudahkan proses layanan yang diberikan, termasuk kemungkinan terjadinya perubahan perilaku kearah positif (KPA, 2008). Berdasarkan teori Anderson (1995) bahwa pemanfaatan layanan kesehatan akan dipengaruhi oleh faktor *predisposing*, *enabling* dan *needs*.

### **Pengetahuan tentang Layanan Metadon**

Sebagian besar informan menyatakan bahwa tujuan dari layanan *harm reduction* adalah untuk mengurangi penularan virus HIV. Layanan *harm reduction* dapat mengurangi jumlah penularan virus HIV sehingga secara otomatis jumlah orang terinfeksi HIV akan menurun. Semua informan yang memanfaatkan layanan metadon menyatakan bahwa metadon merupakan obat legal yang diberikan dengan cara diminum setiap hari, mempunyai rasa yang hampir sama seperti heroin.

Dosis pemberian metadon sesuai dengan aturan dari dokter pemberi layanan *harm reduction*. Efek samping yang biasa dialami yaitu mual, muntah dan gangguan tidur. Sebagian kecil informan menyatakan bahwa layanan metadon membutuhkan kepatuhan dari kliennya karena harus datang ke layanan atau ke puskesmas setiap hari. Hal ini sesuai bahwa Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) merupakan program layanan yang memberikan zat bernama metadon sebagai pengganti (substitusi) dari zat heroin ilegal yang dikonsumsi klien, bersifat jangka panjang. Metadon adalah zat sintetik golongan opioid yang bersifat agonis.

Dasar rasional PTRM adalah fakta tingginya angka kekambuhan pada pecandu heroin yang mengindikasikan kebutuhan tubuh atas zat jenis opioida untuk membuat keseimbangan tubuh agar dapat beraktivitas secara normal. Metadon bekerja pada tubuh selama rata-rata 24 jam, sehingga hanya minum satu kali sehari. Program rumatan ini diberikan minimal 6 bulan dan dapat diteruskan sampai 2 tahun sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan (Kurniawan, 2009).

Peserta program rumatan metadon ini sebelumnya harus dilakukan skrining dan juga konseling untuk meyakinkan bahwa pengguna napza suntik memahami benar konsekuensi dari program yang diikutinya. Tidak semua pengguna napza suntik dapat mengikuti program rumatan metadon, beberapa kriteria harus dipenuhi. Pemberian zat yang bersifat substitusi ini bersifat jangka panjang, maka dibutuhkan kepatuhan bagi yang memanfaatkannya. Seperti yang terlihat dalam pernyataan informan berikut ini:

*“...Layanan apa ya untuk mencegah penularan virus HIV... jenisnya VCT, IMS, Metadon, LASS, Kondom... sasaran teman-teman pemakai narkoba suntik...tujuannya mengurangi jumlah penularan virus HIV... metadon gantinya obat/*

*heroin yang ilegal, dengan cara diminum, minum setiap hari, punya rasa kurang lebih sama seperti putau...efek sampingnya, mual mau muntah gitu...”*

D, Perempuan, 34 tahun

*“...Untuk mengurangi dampak buruk dari penggunaan narkoba suntik ... Metadon, LASS, VCT, Kondom... Pengguna narkoba suntik yang masih aktif... Mengurangi penularan HIV di kalangan pengguna...caranya dengan diminum, dosisnya sesuai aturan dari dokter, minumnya setiap hari, makanya setiap hari datang ke puskesmas, ya ini butuh patuh...”*

Y, Laki-laki, 32 tahun

### Sikap terhadap Layanan Metadon

Semua informan menyatakan mempunyai sikap yang positif terhadap layanan metadon di puskesmas. Jawaban dari informan bervariasi. Informan ada yang menyampaikan mendukung layanan tersebut karena waktu layanan sesuai dengan aturan tertulis di Puskesmas Gedong Tengen. Informan lain menyampaikan bahwa mendukung layanan tersebut dengan alasan petugas *outreach* akan menghubungi melalui telepon apabila dirinya terlambat datang ke puskesmas, ada yang mendukung dikarenakan dapat mencegah penularan HIV.

Namun demikian, ada juga pengguna napza suntik juga yang belum memanfaatkan layanan *harm reduction*, kemungkinan karena ketidaktahuan akan layanan tersebut dan rasa takut akan adanya mata-mata dari pihak kepolisian. Dalam bidang kesehatan, pengguna napza suntik harus mendapatkan perlindungan dan pelayanan kesehatan untuk mencegah penyebaran penyakit yang menular melalui darah (*blood borne diseases*) seperti HIV dan AIDS.

*Harm reduction* lebih menekankan tujuan jangka pendek dari pada tujuan jangka panjang.

Upaya pencegahan laju penyebaran HIV harus dilaksanakan sesegera mungkin, jika tidak dilakukan maka semua tujuan jangka panjang seperti penghentian penggunaan napza akan sia-sia. Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan merupakan komponen pendukung sikap yang utama. Menurut Anderson (1995), sikap merupakan salah satu faktor *predisposing* sehingga seseorang mau menggunakan pelayanan kesehatan. Komponen ini menggambarkan karakteristik perorangan yang sudah ada sebelum seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Komponen ini menjadi dasar atau motivasi seseorang untuk berperilaku dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Seperti yang terlihat dalam pernyataan informan berikut ini:

*"...Mendukung...yang mau datang berarti mereka merasa butuh layanan itu... yang belum datang ke layanan ini untuk teman-teman yang masih aktif merasa ketakutan yang besar kalau berhubungan dengan puskesmas itu kan dianggap aparat orang-orang pemerintahan takutnya malah ditangkap polisi..."*

D, Perempuan, 34 tahun

*"...Mendukung...ada kesadaran untuk datang itu... ya mungkin karena takut dicap terus didata di kepolisian..."*

I, Laki-laki, 33 tahun

### Akses Layanan Metadon

Semua informan menyatakan bahwa akses terhadap layanan metadon adalah mudah. Seperti yang disampaikan informan bahwa lokasi puskesmas dekat dari rumah, dapat ditempuh dengan waktu 20 menit dengan mengendarai sepeda motor dan ti-

dak ada hambatan. Informan lain juga menyatakan jaraknya tidak terlalu jauh, tidak ada kesulitan, bahkan karena dekat dengan rumah maka datang ke puskesmas dengan berjalan kaki. Hal ini senada dengan yang disampaikan oleh informan lain bahwa jarak puskesmas dekat, kurang lebih 500 meter dari rumah, akses mudah dikarenakan Puskesmas Gedong Tengen termasuk dekat dengan pusat kota dan tempatnya sangat strategis.

Semua informan menyatakan tidak takut memanfaatkan layanan metadon di puskesmas karena dianggap obat yang legal dari pemerintah sehingga merasa aman untuk memanfaatkannya. Ada sebagian informan yang menyatakan bahwa merasa kesulitan ketika harus datang setiap hari untuk minum metadon pada jam yang sama, tetapi informan tetap memanfaatkannya karena sudah mengetahui prosedurnya memang seperti itu.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Kurniawan (2009) bahwa jarak pelayanan kesehatan mempengaruhi pemanfaatannya. Menurut Anderson (1995) jarak pelayanan kesehatan dengan rumah akan berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Hasil penelitian di RSKO Jakarta dan RS Sanglah Bali, menyatakan bahwa klien terapi rumatan metadon yang *droup out* sekitar 40-50%, dengan alasan utama karena sulitnya akses menuju tempat layanan.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yang menjadikan pertimbangan untuk menentukan sikap individu memilih sumber perawatan adalah jarak yang ditempuh dan tempat tinggal mereka sampai ke tempat sumber perawatan. Seperti yang terlihat dalam pernyataan informan berikut ini:

*"...Dekat dari rumah...Akses mudah, jarak 20 menit dari rumah... tidak ada hambatan cuma diwajibkan setiap hari ya itu, yang rada mengganggu, kalau buat saya itu sih*

*harus datang setiap hari..."*

D, Perempuan, 34 tahun

*"...Tidak ada kesulitan dan juga mudah tidak sulit, bukan berarti semauanya klien tetap sesuai prosedur... Kadang jalan kaki, pake motor ... dekat..."*

I, Laki-laki, 33 tahun

*"...Akses mudah, apalagi puskesmas ini termasuk dekat dengan kota...dan menurut ku tempat sangat strategis..."*

Y, Laki-laki, 32 tahun

### **Ketersediaan Layanan Metadon**

Puskesmas menyediakan ruang khusus untuk layanan metadon yaitu untuk bertemu dengan dokter. Minum obat dilakukan di ruangan obat umum. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh dokter penanggung jawab layanan *harm reduction* di Puskesmas Gedong Tengen bahwa terdapat ruangan khusus untuk memberikan layanan metadon yang terpisah dengan poli umum. Ketika minum metadon tidak di ruangan tersebut melainkan di ruangan obat umum puskesmas atas dasar pertimbangan keamanan penyimpanan obat karena klinik metadon terpisah dari gedung utama Puskesmas Gedong Tengen dan belum memenuhi keamanan dalam penyimpanan obat.

Berdasar Kemenkes RI No. 350/Menkes/SK/IV/2008 lokasi PTRM berada di sekitar poli rawat jalan dan sebaiknya ditempatkan di area yang tidak terlalu ramai. Sarana layanan terapi rumatan metadon harus memiliki beberapa ruangan yang terdiri dari ruangan untuk ruang tunggu, pemeriksaan kesehatan, konseling individu, konseling kelompok, tempat memberikan obat metadon, penyimpanan sementara dan penyimpanan metadon.

Ruang tempat penyimpanan metadon harus aman dan terjaga, dekat dengan pos petugas keamanan. Ruang atau loket untuk

pemberian dosis hanya memungkinkan satu orang dilayani pada satu saat. Loket tersebut harus ada pengamanan khusus, yaitu adanya pemisah antara pemberi obat dengan penerima metadon. Puskesmas Gedong Tengen sudah menyediakan ruangan yang khusus untuk layanan metadon namun belum memenuhi standar sesuai dengan Kemenkes RI No. 350/Menkes/SK/IV/2008 yaitu belum tersedianya ruang atau loket untuk pemberian dosis yang hanya memungkinkan satu orang dilayani pada satu saat, loket tersebut belum memiliki pengamanan khusus, belum ada pemisah antara pemberi obat dengan penerima metadon.

Sebagian besar informan utama menyatakan bahwa di Puskesmas Gedong Tengen tersedia dokter, perawat dan petugas *outreach*. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh dokter bahwa di Puskesmas Gedong Tengen terdapat satu orang dokter yang merupakan dokter poli umum sekaligus merangkap sebagai penanggung jawab dalam layanan *harm reduction*, dua orang perawat dan petugas *outreach*. Petugas *outreach* menyampaikan bahwa pengguna napza suntik lebih diutamakan dalam mendapatkan layanan *harm reduction* di puskesmas. Pengguna layanan metadon akan langsung mendapatkan pelayanan tanpa harus mengantri.

Semua informan utama menyatakan bahwa prosedur layanan metadon mudah, tidak dipungut biaya untuk yang mempunyai Kartu Tanda Penduduk Kota Yogyakarta sedangkan untuk yang tidak mempunyai KTP Kota Yogyakarta dipungut biaya sebesar Rp 5.000,00. Hal ini menunjukkan keseriusan dari pemerintah Kota Yogyakarta untuk menjalankan layanan *harm reduction* di puskesmas kepada pengguna napza suntik dengan tidak membebankan biaya layanan bagi yang mempunyai KTP Kota Yogyakarta, dengan harapan dapat menekan dan mengurangi kejadian HIV.

Seperti yang terlihat dalam pernyataan informan berikut ini:

*"...Di sini ada, ketemu dokter di ruang, khusus untuk minum obat masih di dalam tempat umum di tempat obat umum...informasi dari temen-temen, temen-temen penjangkau... buka setiap hari walaupun hari besar tetap buka ... waktu terbatas..."*

D, Perempuan, 34 tahun

*"...Ada ruangan khusus untuk metadon, di sana itu dekat laboratorium... Informasi dari temen temen-penjangkau, leflet..."*

Y, Laki-laki, 32 tahun

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Kurniawan (2009) yang menyatakan bahwa ketersediaan fasilitas dan biaya layanan tidak berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Menurut Anderson (1995) ketersediaan layanan termasuk dalam faktor pemungkin (*enabling*) kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Informasi tentang layanan *harm reduction* diperoleh dari petugas *outreach* maupun *leaflet* yang diberikan. Informasi juga diberikan melalui media lain seperti siaran di radio, *website* Puskesmas Gedong Tengen, stasiun televisi (TVRI) serta melalui penyuluhan kepada komunitas pengguna napza suntik masyarakat umum.

### **Kebutuhan Atas Layanan Metadon**

Semua informan menyatakan membutuhkan layanan metadon, karena ingin berhenti dari penggunaan napza atau lepas dari ketergantungan terhadap napza, sudah jenuh dan berharap dengan terapi metadon dapat berhenti menggunakan napza. Sebagian kecil informan menyatakan bahwa membutuhkan layanan metadon ini dikarenakan ingin

berhenti menggunakan heroin tanpa harus merasakan sakit karena gejala putus obat, dan tidak harus khawatir dengan polisi karena metadon merupakan obat yang bersifat legal.

Sebagian kecil informan menyatakan bahwa memanfaatkan layanan metadon merupakan inisiatif sendiri yang pada awalnya hanya karena tidak ada heroin atau sekalipun ada namun heroin dengan kualitas yang kurang bagus tetapi harganya mahal. Hal ini senada dengan penelitian Kumalasari (2010), bahwa faktor yang mempengaruhi terapi metadon pada umumnya informan mengatakan ingin lepas dari menyuntik dan sudah lelah dengan cara hidup mereka selama ini.

Menurut petugas *outreach*, pengguna napza suntik datang ke layanan karena sangat membutuhkan *harm reduction*. Pengguna napza tersebut menyatakan bahwa dirinya terinfeksi HIV AIDS karena tidak paham tentang penyakit tersebut dan untuk mengakses jarum suntik steril mengalami kesulitan sehingga saling tukar menukar jarum suntik dengan sesama pengguna. Menurut Anderson (1995), faktor kebutuhan (*needs*) terhadap layanan kesehatan didasarkan adanya ketidaknyamanan yang dirasakan sehingga individu tersebut akan melakukan atau mencari upaya pelayanan kesehatan tersebut. Seperti yang terlihat dalam pernyataan informan berikut ini:

*"...Inisiatif ... emang udah gimana ya nyari duit susah, ada barang lagi kosong, ada barang jelek terus duit keluar gede, mau gak mau putar balik juga...ini liat brosurnya hari ke empat saya coba...Ada keinginan untuk berhenti..."*

I, Laki-laki, 33 tahun

*"...Ya aku dah jenuh aja, pengen berhenti..."*

Y, Laki-laki, 32 tahun



## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Semua informan yang memanfaatkan layanan metadon menyatakan bahwa kebutuhan mereka atas layanan metadon didasarkan oleh keinginan untuk berhenti dari penggunaan napza suntik. Padahal, dalam konteks pengurangan dampak buruk akibat penggunaan napza suntik tidak hanya berhenti sampai pada ketergantungan napza. Tetapi, tujuan *harm reduction* adalah agar para pengguna tersebut jangan sampai kembali pada perilaku yang berisiko seperti menggunakan napza suntik yang tidak steril ataupun hubungan seksual yang berganti-ganti pasangan tanpa menggunakan kondom.

### Saran

Saran kepada Puskesmas, agar berkoordinasi dengan Komisi Penanggulangan AIDS DIY maupun kota/kabupaten untuk lebih giat melakukan sosialisasi kepada kelompok pengguna napza suntik yang belum memanfaatkan layanan *harm reduction* agar mau untuk memanfaatkannya dengan menggiatkan petugas *outreach*. Memberikan penguatan tentang maksud dan tujuan dari layanan *harm reduction* kepada pengguna napza suntik yang sudah memanfaatkan layanan di puskesmas agar tidak kembali kepada perilaku yang berisiko. Serta diharapkan untuk melakukan penataan ulang ruangan di gedung Puskesmas Gedongtengen terutama untuk layanan metadon dan VCT agar memenuhi standar keamanan.

## DAFTAR RUJUKAN

- Anderson, R.M. 1995. Revisiting The Behavior Model and Acces to Medical Care: Does It Matter, (Online), (*Journal of Health and Social Behavior*, 36 (3): 1-10), diakses 6 Agustus 2012.
- Ditjen PP&PL Kemenkes RI. 2012. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia dilaporkan s.d. Desember 2011*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Komisi Penanggulangan AIDS. 2008. *Pedoman Prosedur Pelaksanaan Program Pengurangan Dampak Buruk bagi Pengguna NAPZA Suntik di Puskesmas*. Jakarta: KPA.
- Kumalasari, T.N. 2010. *Perilaku Pengguna Napza Suntik (Penasun) terhadap Program Terapi Rumatan Metadon di Rumah Sakit Ernaldi Bahar 2010*. Dalam Buku Abstrak Pertemuan Nasional AIDS IV (hlm. 105). Yogyakarta.
- Kurniawan, A., Intiasari, A.D. 2009. Analisis faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Sarana Pelayanan Kesehatan Poliklinik Kesehatan Desa di Kabupaten Purbalingga. *Prosiding Seminar Nasional, JKMFKIK Universitas Jendral Soedirman*.
- Mansrianto, A. 2006. *Mengenal Lebih Dalam tentang Harm Reduction*, (Online), (<http://kabarpositif.blogspot.com/2006/12/mengenal-lebih-dalam-tentangharm.html>), diakses 12 Desember 2011.
- Menteri Kesehatan RI. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.

- Sucahyo P.K., Siagian F. & Sari K. 2001. *Memahami Kebutuhan Aktor dan Penggunaan Narkotika Suntik*. PSKK UGM: Yogyakarta.
- Sutriswanto. 2003. *Perilaku IDU (Intravenous Drug Users) dalam Menghadapi Bahaya HIV/AIDS di Kota Semarang Propinsi Jawa Tengah (Studi Kualitatif)*. Tesis. Diterbitkan. Semarang: FKM Universitas Diponegoro.

## GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR KEPATUHAN DIET LANJUT USIA PENDERITA HIPERTENSI

**Kurnianto Priambodo, Lutfi Nurdian Asnindari**

RSU PKU Muhammadiyah Gamping Sleman

Email: antoxnoyo@gmail.com

**Abstract:** This research aims at identifying the visible image of elderly obedient to the dietary factors in hypertension patients in Margosari, Pengasih, Kulon Progo in 2010. This study used the observational and descriptive method with cross sectional time approach. using a single variable which is elderly diet obedient in hypertension patients. Purposive sampling was used to take the sample. The obedient factors of dietary on hypertension patients based on sex were dominated by 28 female patients (57.1%), 27 patients with under IDR 745.000 monthly income (55.1%), 20 patients graduated from elementary school only (40.8%), and 49 patients suffered complication disease (100%). A number of 46 patients (93.9%) had lost their disease symptoms while 47 patients (95.9%) showed positive attitude toward the health agents. Based on the research, there were many factors that affect hypertension.

**Keywords:** dietary adherence factors, advanced age, hypertension

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi gambaran faktor diet kepatuhan lansia penderita hipertensi pada pasien Margosari Pengasih Kulon Progo 2010. Penelitian ini menggunakan metode observasional dan deskriptif, dengan mengambil satu faktor yaitu variabel kepatuhan diet lansia pasien hipertensi. Pendekatan waktu menggunakan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Faktor kepatuhan diet penderita hipertensi berdasarkan jenis kelamin adalah mayoritas perempuan 28 orang (57,1% ), status sosial ekonomi sebagian besar pendapatan kurang dari Rp745.000 sebanyak 27 orang (55,1% ), 20 orang memiliki tingkat pendidikan dasar (40,8%), keparahan penyakit komplikasi sebanyak 49 orang (100%), hilangnya gejala karena terapi 46 orang (93,9%), penerimaan dan penolakan penyakit 44 orang (89,8%), sikap pasien terhadap petugas kesehatan menunjukkan sikap yang baik 47 orang (95,9 %). Berdasarkan penelitian yang dilakukan banyak faktor yang mempengaruhi hipertensi.

**Kata Kunci:** faktor kepatuhan diet, usia lanjut, hipertensi

## PENDAHULUAN

Pembangunan nasional Indonesia telah berdampak banyak dalam semua bidang ilmu pengetahuan, baik dalam bidang ilmu komunikasi, ekonomi, kemajuan ilmu teknologi dan pengetahuan, terutama dalam bidang kesehatan, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat Indonesia baik yang berumur balita, anak, dewasa, maupun lansia, meningkatkan kualitas kesehatan penduduk serta meningkatkan umur harapan hidup manusia. Akibatnya jumlah penduduk yang berusia lanjut meningkat dan pertumbuhannya cenderung lebih cepat (Nugroho, 2000).

Hipertensi mempunyai kecenderungan menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat. Hipertensi penting untuk diketahui karena penyakit hipertensi dikenal sebagai *silent killer* atau pembunuh berselembunyi karena tidak menunjukkan gejala-gejala seperti penyakit lain dimana penderita merasa sakit sehingga perlu memeriksakan diri ke dokter (Budiyanto, 2001).

Hipertensi juga merupakan penyakit yang banyak diderita penduduk di Indonesia. Menurut WHO, sebanyak 10% penduduk dewasa Indonesia menderita hipertensi. Dari data survei kesehatan rumah tangga 1992, penyebab kematian terbanyak (16,4%) disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah diantaranya adalah hipertensi (Wirakusumah, 1999).

Survei faktor risiko penyakit kardiovaskuler oleh WHO di Jakarta, menunjukkan angka prevalensi hipertensi pada pria adalah 13,6% (1988), 16,5% (1993), dan 12,1% (2000). Pada wanita, angka prevalensi mencapai 16% (1988), 17% (1993), dan 12,2% (2000). Secara umum prevalensi hipertensi pada usia lebih dari 50 tahun berkisar antara 15%-20%.

Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Smeltzer dan

Bare (2002) adalah variabel demografi (seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial ekonomi dan pendidikan), variabel penyakit (seperti keparahan penyakit, hilangnya gejala akibat terapi), variabel program *terapeutik* (seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan), variabel psikososial (seperti intelegensi, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya, *financial* dan lainnya).

Hipertensi merupakan penyakit yang banyak diderita oleh kaum lanjut usia, baik laki-laki ataupun perempuan. Adapun dampak apabila penyakit hipertensi tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan penyakit yang lebih parah. Tekanan darah tinggi yang terus menerus menyebabkan jantung seseorang bekerja ekstra keras, akhirnya kondisi ini berakibat terjadinya kerusakan pada pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata. Penyakit hipertensi ini merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung.

Pada lanjut usia, penyakit-penyakit tersebut sangat rentan, sehingga untuk para lanjut usia dianjurkan untuk dapat mengontrol hipertensi dengan baik, untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah. Sementara prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari populasi pada usia 18 tahun ke atas. Dari jumlah itu, 60% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Data Riskesdas menyebutkan hipertensi sebagai penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, jumlahnya mencapai 6,8% dari proporsi penyebab kematian pada semua umur di Indonesia (Departemen Kesehatan RI).

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan metode deskriptif, yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat

gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Notoatmodjo, 2002).

Pendekatan waktu yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu dengan pengumpulan data yang dilakukan sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), tiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2002).

Populasi adalah keseluruhan responden yang diteliti (Notoatmodjo, 2002). Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Suyono, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita hipertensi lansia yang berada di wilayah Desa Margosari, Pengasih, Kulon Progo, Yogyakarta tahun 2010. Data diperoleh dari Puskesmas Pengasih II, Kulon Progo. Dengan jumlah populasi 54 responden, dan yang patuh terhadap diet hipertensi sebanyak 49 orang.

Pada penelitian ini jumlah responden sebanyak 49 orang, didapat dari skrining responden yang jumlah awalnya sebanyak 54 orang, dan yang patuh terhadap diet hipertensi didapatkan sebanyak 49 orang. Pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling*, karena penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah penderita hipertensi lanjut usia yang patuh terhadap dietnya dan bersedia menjadi responden.

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner yang diberikan pada responden, jawaban ditulis pada kolom yang tersedia. Jenis kuesioner adalah pertanyaan tertutup (*closed ended*) yaitu pada setiap pertanyaan sudah disediakan jawaban sehingga responden tinggal memilih satu jawaban yang sesuai (Notoatmodjo, 2002).

Kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur kepatuhan dietnya serta faktor-faktor kepatuhan diet lanjut usia penderita hipertensi di Desa Margosari, Pengasih, Kulon Progo, Yogyakarta.

Kuesioner kepatuhan diet berisi 20 pertanyaan yang terdiri dari dua macam, yaitu 10 pertanyaan *unfavorable* dan 10 pertanyaan *favorable*. Nilai untuk pertanyaan *unfavorable* adalah 4 untuk tidak pernah (TP), 3 untuk jarang (JR), 2 untuk kadang-kadang (KD), 1 untuk sering (SR) dan 0 untuk selalu (SL). Nilai untuk pertanyaan *favorable* adalah 0 untuk tidak pernah (TP), 1 untuk jarang (JR), 2 untuk kadang-kadang (KD), 3 untuk sering (SR), dan 4 untuk selalu (SL). Sedangkan untuk kuesioner faktor-faktor kepatuhan diet, masing-masing terdiri dari 1 pertanyaan dengan jawaban yang sudah tersedia, responden tinggal memilih jawaban yang dianggap sesuai.

Kriteria dari selalu (SL) adalah setiap hari mengonsumsi lebih dari atau sama dengan 3 kali, sering (SR) adalah mengonsumsi sehari kurang dari 3 kali, kadang-kadang (KD) adalah mengonsumsi 2 hari sekali, jarang (JR) adalah mengonsumsi lebih dari 3 hari sampai 1 minggu sekali, dan tidak pernah (TP) adalah tidak pernah mengkonsumsinya.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini membahas gambaran faktor-faktor kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia di Desa Margosari, Pengasih, Kulon Progo, Yogyakarta tahun 2010. Data penelitian diperoleh dengan cara mengisi angket/kuesioner yang terkait dengan kepatuhan diet yang terdiri dari 20 butir pertanyaan dan 11 butir pertanyaan tentang faktor-faktor kepatuhan diet responden.

Berdasarkan hasil angket/kuesioner dapat dideskripsikan distribusi frekuensi faktor-faktor kepatuhan diet penderita

hipertensi lanjut usia di Desa Margosari, Pengasih, Kulon Progo, Yogyakarta tahun 2010 yang disajikan pada masing-masing tabel berikut ini.

### Faktor Usia

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor usia dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Usia**

Kategori	Frekuensi	Persentase
60-65 th	19	38,8
66-70 th	11	22,4
71-75 th	8	16,3
76-80 th	7	14,3
>80 th	4	8,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet yaitu berusia 60-65 tahun sebanyak 19 orang (38,8%), sedangkan paling sedikit responden yang patuh diet yaitu berusia lebih dari 80 tahun sebanyak 4 orang (8,2%). Hal ini menunjukkan mayoritas responden patuh diet berada pada usia 60-65 tahun.

### Faktor Jenis Kelamin

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor jenis kelamin dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Faktor Jenis Kelamin**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	21	42,9
Perempuan	28	57,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang

patuh diet berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 28 orang (57,1%). Hal ini menunjukkan mayoritas responden perempuan patuh diet penderita hipertensi lanjut usia.

### Faktor Pendapatan

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor pendapatan dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Faktor Pendapatan**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Kurang Rp. 745.000	27	55,1
Lebih Rp. 745.000	22	44,9
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet memiliki pendapatan kurang dari Rp745.000 yaitu sebanyak 27 orang (55,1%). Hal ini menunjukkan mayoritas responden yang memiliki pendapatan rendah patuh diet penderita hipertensi lanjut usia.

### Faktor Pendidikan

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor pendidikan dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Faktor Pendidikan**

Kategori	Frekuensi	Persentase
SD	20	40,8
SLTP	16	32,7
SLTA	9	18,4
Perguruan Tinggi	4	8,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet memiliki tingkat pendidikan SD

yaitu sebanyak 20 orang (40,8%). Hal ini menunjukkan mayoritas responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia memiliki tingkat pendidikan SD.

#### Faktor Penyakit Komplikasi

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor penyakit komplikasi dijelaskan pada tabel 5 sebagai berikut ini.

**Tabel 5. Distribusi Frekuensi Faktor Penyakit Komplikasi**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Tidak Ada	49	100
Ada	0	0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia adalah yang tidak memiliki komplikasi dari penyakit hipertensi yang diderita sekarang sebanyak 49 orang (100%).

#### Faktor Gejala Sakit Berkurang

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor gejala sakit berkurang dijelaskan pada tabel 6 sebagai berikut ini.

**Tabel 6. Distribusi Frekuensi Faktor Gejala Sakit Berkurang**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Berkurang	46	93,9
Tidak Berkurang	3	6,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh dalam menjalankan diet penderita hipertensi lanjut usia adalah yang memiliki gejala sakit berkurang yaitu sebanyak 46 orang (93,9%).

#### Faktor Program Diet

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor program diet dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 7. Distribusi Frekuensi Faktor Program Diet**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Tidak Komplek	43	87,7
Komplek	6	12,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 7 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia, menganggap bahwa diet merupakan program yang tidak rumit atau tidak kompleks. Persentase mereka mencapai 87,8%, yaitu sebanyak 43 orang.

#### Faktor Efek Samping

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor efek samping dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 8. Distribusi Frekuensi Faktor Efek Samping**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Tidak Ada	37	75,5
Ada	12	24,5
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 8 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia menganggap diet tidak memiliki efek samping yang kurang menyenangkan. Prosentase mereka mencapai 75,5%, yaitu sebanyak 37 orang.

#### Faktor Diet Tergolong Mahal/Murah

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor diet tergolong mahal/murah dijelaskan pada tabel 9 berikut di bawah ini.

**Tabel 9. Distribusi Frekuensi Faktor Diet Mahal/Murah**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Murah	45	91,8
Mahal	4	8,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 9 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia menganggap diet yang dilakukan tergolong murah yaitu sebanyak 45 orang (91,8%). Hal ini menunjukkan mayoritas responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia menganggap diet yang dilakukan tergolong murah.

#### **Faktor Menerima Penyakit**

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor menerima penyakit yang diderita dijelaskan pada tabel berikut ini.

**Tabel 10. Distribusi Frekuensi Faktor Menerima Penyakit**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Menerima	44	89,8
Tidak Menerima	5	10,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 10 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh menjalankan diet bagi penderita hipertensi lanjut usia mereka bersikap menerima penyakit yang sedang diderita. Persentase mereka sebanyak 89,8%, yaitu sebanyak 44 orang.

#### **Faktor Sikap Kepada Tenaga Medis**

Kepatuhan diet penderita hipertensi lanjut usia berdasarkan faktor sikap kepada tenaga medis dijelaskan pada tabel 11 sebagai berikut:

**Tabel 11. Distribusi Frekuensi Faktor Sikap kepada Tenaga Medis**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Baik	47	95,9
Kurang Baik	2	4,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 11 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia menunjukkan sikap baik kepada tenaga medis yaitu sebanyak 47 orang (95,9%).

#### **Faktor Usia Penderita Hipertensi pada Lansia**

Penyakit hipertensi maupun diabetes merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Diet atau terapi yang diberikan hanya sebatas untuk mempertahankan kondisi agar tidak terjadi komplikasi penyakit lainya sehingga butuh motivasi dan semangat agar mampu bertahan. Bagi responden yang memiliki penyakit hipertensi diharapkan untuk terus mengikuti program diet agar lebih sehat.

Pengaruh keparahan pada kepatuhan yaitu semakin banyak komplikasi yang ada, maka dapat disimpulkan juga bahwa orang yang menderita hipertensi itu tidak patuh terhadap dietnya. Pengelolaan kepatuhan diet pada lanjut usia sangat dibutuhkan, karena dengan pengelolaan kepatuhan itu sendiri maka dapat meminimalisasi adanya komplikasi yang lebih besar dan penyakit yang diderita para lanjut usia tidak bertambah parah.

Usia merupakan lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2001). Status kesehatan dapat ditentukan oleh faktor usia. Setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap



perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Usia berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk patuh terhadap terapi mengingat dia masih muda, mempunyai harapan hidup yang tinggi, sementara yang tua merasa hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam menjalani terapi.

Menurut penelitian ini, hipertensi merupakan penyakit yang banyak diderita oleh kaum wanita. Adapun dampak penyakit hipertensi apabila tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan penyakit yang lebih parah. Penyakit hipertensi merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung. Pada lanjut usia penyakit-penyakit tersebut sangat rentan dan sering sekali menyerang usia lanjut, sehingga untuk para lanjut usia dianjurkan untuk dapat melaksanakan pengontrolan hipertensi dengan baik, untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah.

Jenis kelamin berpengaruh terhadap kepatuhan dalam menerapkan terapi non farmakologi. Hasil ini didukung hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Riastuti (2005) bahwa responden wanita lebih banyak daripada pria disebabkan karena usia wanita lebih panjang sehingga mengalami proses penuaan yang beresiko pada penyakit kelainan metabolisme pencernaan, salah satunya adalah hipertensi. Tingkat kesadaran perempuan lebih tinggi sehingga lebih banyak yang terdeteksi.

Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan penyakit. Semakin tinggi biaya yang dikeluarkan untuk melakukan diet sedangkan penghasilan yang didapat relatif rendah, maka akan semakin rendah pula kepatuhannya terhadap diet. Sedangkan semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang

biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan, akan secepat mungkin untuk mencari pencegahan agar penyakit dapat diatasi. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya tanpa bingung memikirkan biaya.

Tingkat pendidikan berpengaruh pada status pengetahuan seseorang tentang penyakit hipertensi dapat mempengaruhi kemampuannya dalam memilih dan memutuskan terapi maupun diet yang sesuai dengan kondisinya untuk mereda penyakit yang dialaminya. Status pendidikan dapat mempengaruhi kesempatan dalam memperoleh informasi mengenai pengelolaan penyakitnya. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih mudah mendapatkan informasi dan pengetahuan terkait kesehatan, cenderung lebih mudah mencari tahu terapi yang seharusnya dijalani, sedangkan yang berpendidikan rendah sedikit kesempatan mencari pengetahuan. Hal ini mempengaruhi tingkat kepatuhan diet untuk mengurangi penyakit hipertensi.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Simpulan dari penelitian ini adalah faktor jenis kelamin penderita hipertensi pada lansia sebagian besar responden yang patuh diet berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 orang (57,1%), faktor status sosial ekonomi penderita hipertensi sebagian besar responden yang patuh diet memiliki pendapatan kurang dari Rp745.000 sebanyak 27 orang (55,1%), faktor pendidikan penderita hipertensi sebagian besar responden yang patuh diet memiliki tingkat pendidikan SD sebanyak 20 orang (40,8%), faktor keparahan penyakit penderita hipertensi sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia tidak memiliki komplikasi dari penyakit hipertensi yang

dialami sekarang sebanyak 49 orang (100%).

Faktor hilangnya gejala akibat terapi yang dilakukan sebagian responden yang patuh diet sebanyak 46 orang (93,9%), faktor penerimaan dan penyangkalan terhadap penyakit sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia menerima penyakit yang sedang diderita sebanyak 44 orang (89,8%), faktor sikap penderita terhadap tenaga kesehatan sebagian besar responden yang patuh diet penderita hipertensi lanjut usia menunjukkan sikap baik kepada tenaga medis sebanyak 47 orang (95,9%).

### Saran

Saran yang dapat diberikan bagi masyarakat Desa Margosari khususnya lansia penderita hipertensi lebih memperhatikan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan diet, dan dapat menerapkan diet hipertensi dengan baik.

Bagi peneliti selanjutnya dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai sumber pustaka atau referensi dan meningkatkan pengetahuan tentang faktor-faktor kepatuhan diet lansia penderita hipertensi. Peneliti selanjutnya dapat meneliti beberapa faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan diet lanjut usia penderita hipertensi, seperti faktor pekerjaan, aktivitas, tempat tinggal, faktor konsumsi makanan, kurang olahraga, obesitas, kebiasaan merokok, riwayat keluarga hipertensi, diabetes mellitus, suku bangsa, intelegensi, budaya, dan agama.

Bagi Puskesmas Pengasih II agar dapat memberikan konseling dan pemantauan bagi para penderita hipertensi lanjut usia di Desa Margosari, agar mereka dapat mengelola dietnya dengan baik dan benar.

### DAFTAR PUSTAKA

Budiyanto, MAK. 2001. *Dasar - Dasar Ilmu Gizi*. UMM Press: Malang.

Departemen Pendidikan dan Kebudayaan/ Pusat Bahasa. 2001. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi 3. Balai Pustaka: Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Rineka Cipta: Jakarta.

Nugroho, W. 2000. *Keperawatan Gerontik*. EGC: Jakarta.

Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan. *Hindari Hipertensi, Konsumsi Garam 1 Sendok Teh per Hari*. Disajikan dalam Seminar Hipertensi dan Deteksi Dini Faktor Risikonya, (Online), (<http://depkes.go.id/index.php?vw=2&id=263>), diakses 15 Juni 2010.

Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan. *Hipertensi Kematian Nomor 3*. Disampaikan dalam Kegiatan *The 4th Scientific Meeting*, (Online), (<http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=810>), diakses 15 Juni 2010.

Riastuti, M.N.D.P. 2005. *Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Kepatuhan Diet dan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tidak Tergantung Insulin Rawat Jalan di RS dr Sardjito Yogyakarta*, (Online), (<http://linfolib.med.ugm.pdf>), diakses 15 Juni 2010.

Smeltzer, Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner dan Suddart*. EGC: Jakarta.

Suyono, Slamet. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*. Edisi 4. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK-UI: Jakarta.

Wirakusumah, ES. 1999. *Perencanaan Menu Anemia Gizi Besi*. Trubus Agriwirya: Jakarta.

# PENGARUH STATUS KEPEGAWAIAN TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP

Muhammad Saefulloh

STIKes Indramayu

E-mail: mumet\_plumbon@yahoo.co.id

**Abstract:** This research aims at obtaining the differences between civil servant and non-civil servant performance in Indramayu Regional Hospital. This research is a comparative research study. The sampling technique used in this research was total population sampling technique. A number of 119 respondents were taken as the sample of this research. The statistics showed that there were 63.03% civil servant nurses while the others (36,97%) were not civil servants. The data on this research were taken by using nurse self-assessment performance in giving their service. The result of independent t-test showed value at 0.05. The result of the statistics test showed  $p$ -value = 0.520 ( $\alpha$  0.05). In conclusion, there was no meaningful different performance between civil servant nurses and non-civil servant nurses in Indramayu Regional Hospital in 2012.

**Keywords:** nurses performance, personnel status

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kinerja perawat PNS dengan Non PNS di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu. Desain penelitian menggunakan studi komparasi. Teknik sampling menggunakan total populasi dengan jumlah responden sebanyak 119 orang. Data diambil menggunakan kuesioner *self assesment* kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Analisis statistik menggunakan *independent t-test* dengan tingkat kemaknaan 0,05. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 63,03% perawat berstatus PNS dan 36,97% berstatus non PNS. Hasil uji statistik menunjukkan  $p$ -value=0,520 ( $\alpha$  0,05) artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat PNS dengan non PNS di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu. Hal ini dapat disebabkan perawat yang berstatus non PNS memiliki tanggung jawab yang sama dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Kesimpulan penelitian adalah tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang berstatus PNS dengan non PNS di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu Tahun 2012.

**Kata Kunci:** kinerja perawat, status kepegawaian

## PENDAHULUAN

Jumlah sumber daya manusia bidang keperawatan di berbagai rumah sakit pada umumnya mencapai 40–60% dari jumlah sumber daya manusia secara keseluruhan di rumah sakit tersebut (Gillies, 2000). Kondisi tersebut menyebabkan pelayanan yang diberikan oleh perawat selama 24 jam akan berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit secara keseluruhan pula. Hal tersebut akan nampak pada kinerja rumah sakit yang dapat diukur dengan pencapaian tujuan rumah sakit.

Kinerja adalah apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh karyawan yang mempengaruhi seberapa banyak mereka memberikan kontribusi kepada organisasi, seperti kuantitas *output*, kualitas *output*, jangka waktu *output*, kehadiran di tempat kerja dan sikap kooperatif (Mathis & Jackson, 2002). Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen, dan memberikan kontribusi pada ekonomi (Wibowo, 2009). Dengan demikian kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan oleh seseorang dalam suatu organisasi dan bagaimana cara mengerjakannya, serta hasil yang dicapai dari pekerjaan tersebut sehingga tercapai tujuan organisasi.

Kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan (As'ad, 2003). Kinerja suatu organisasi, misalnya rumah sakit, bukan hasil penampilan satu individu namun merupakan hasil penampilan seluruh individu yang ada di organisasi tersebut. Kinerja perawat adalah tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat dalam suatu institusi pelayanan kesehatan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing-masing, standar praktek serta memperhatikan aspek etik legal. Kinerja perawat pada hakekatnya

adalah terlaksananya asuhan keperawatan terhadap pasien melalui proses keperawatan yaitu berupa aktivitas yang dilakukan secara sistematis melalui lima tahap yakni pengkajian, diagnosis, perencanaan tindakan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Perawat di rumah sakit memiliki peran sebagai perawat klinik (PK), perawat manajer (PM), perawat pendidik (PP) dan perawat riset (PR) (PPNI, 2002). Di rumah sakit, perawat dominan berperan sebagai perawat klinik yaitu pemberi asuhan keperawatan sehingga apabila kita akan melihat kinerja perawat maka yang dilihat adalah hasil yang dicapai oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hasil kinerja perawat di rumah sakit dapat dilakukan melalui pengamatan langsung yaitu proses pemberian asuhan keperawatan (proses asuhan keperawatan) atau laporan dan catatan pasien (dokumentasi) asuhan keperawatan yang telah diberikan (hasil asuhan keperawatan).

Oleh karena itu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2000 telah menetapkan standar praktik keperawatan yang mengacu pada proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien di ruang rawat inap merupakan kegiatan pokok yang sering menjadi barometer tentang baik atau buruknya suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini disebabkan di ruang rawat inap merupakan tempat kontak antara perawat dengan pasien paling sering atau terlama terjadi.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Indramayu dan merupakan rumah sakit pemerintah yang menjadi pusat rujukan kesehatan di tingkat kabupaten. RSUD Kabupaten Indramayu sudah terakreditasi tipe B dengan lima pelayanan

(bidang Administrasi, Pelayanan, Keperawatan, Unit Gawat Darurat dan *Medical Record*) dan masuk kategori BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) sejak tahun 2011.

Visi RSUD Kabupaten Indramayu adalah terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu kepada seluruh lapisan masyarakat Kabupaten Indramayu menuju ke arah kesehatan yang lebih baik. Misinya adalah memberikan pelayanan kesehatan spesialistik yang optimal, menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan untuk wilayah Indramayu, meningkatkan sumber daya manusia, meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit, dan meningkatkan kesejahteraan pegawai (Profil RSUD Kabupaten Indramayu, 2012).

**Tabel 1. Indikator Kinerja Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu**

Indikator	2010	2011	2012 (s.d. Juli)
BOR ( <i>Bed Occupancy Rate</i> )	75,19	86,75	84,6
LOS ( <i>Length of Stay</i> )	3	3	3
BTO ( <i>Bed Turn Over</i> )	85	98	58
TOI ( <i>Turn Over Interval</i> )	1	0	1

Tabel 1 menggambarkan sampai dengan bulan Juli tahun 2012 nilai BOR (*Bed Occupancy Rate*) atau tingkat pemanfaatan tempat tidur rata-rata sebesar 84,6%, LOS (*Length of Stay*) atau lamanya hari perawatan di rumah sakit rata-rata selama 3 hari, BTO (*Bed Turn Over*) atau rata-rata satu tempat tidur terpakai dalam satu tahun sebanyak 58 kali per tahun dan angka TOI (*Turn Over Interval*) atau interval waktu tempat tidur tidak ditempati selama 1 hari.

Instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu memiliki jumlah perawat 149 orang dan kapasitas tempat tidur 177 buah, terdiri dari 9 ruang perawatan yang masing-masing ruangan dipimpin oleh kepala ruangan. Ruang rawat inap tersebut adalah Ruang VIP A (Paviliun Kidang Kencana), Ruang VIP B, Ruang Kelas Satu, Ruang Penyakit Dalam, Ruang Penyakit Bedah, Ruang Penyakit Anak, Ruang ICU (*Intensive Care Unit*), Ruang Bersalin (nifas) dan Ruang Perinatologi.

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu ditemukan data bahwa seluruh perawat RSUD Kabupaten Indramayu baik yang Pegawai Negeri Sipil (PNS) maupun Non PNS (Bukan Pegawai Negeri Sipil) mencatat hasil kegiatan harian pada buku catatan pelaksanaan kegiatan, namun pencatatannya belum rutin dilakukan setiap hari. Secara rutin diadakan penilaian kinerja perawat, khusus untuk perawat yang berstatus PNS penilaian kinerja ditambah menggunakan format Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3) meliputi kesetiaan, prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran, kerjasama, prakarsa dan kepemimpinan. Nilai rata-rata DP3 perawat di RSUD Kabupaten Indramayu adalah 80,00% (kategori baik). Sedangkan untuk perawat yang Non PNS tiak ada penilaian DP3.

Hasil observasi peneliti terhadap sepuluh dokumentasi asuhan keperawatan dari tanggal 28 September–3 Oktober 2012 pada salah satu ruang rawat inap, delapan dokumen sudah diisi tetapi ada dua dokumen diisi setelah tiga hari perawatan. Wawancara peneliti kepada perawat di ruang tersebut menyatakan bahwa penundaan pencatatan dokumen asuhan keperawatan ini disebabkan perawat menerima lebih dari satu pasien baru dalam satu shift.

Perawat mendahulukan pelaksanaan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien atau menghindari keluhan pasien dan keluarga pasien. Dari hasil wawancara didapatkan data ada anggapan bahwa perawat dengan status PNS memiliki tanggungjawab lebih besar daripada non PNS sehingga dalam bekerja harus lebih baik. Hal ini akan terlihat dari cara kerja perawat tersebut.

Menurut Kopelmen (1981) dalam Ilyas (2002) terdapat dua faktor yang mempengaruhi kinerja pegawai yaitu motivasi dan kemampuan. Semakin tinggi motivasi kerja dan kemampuan staf maka semakin tinggi pula kinerja yang dihasilkan, sebaliknya semakin rendah motivasi dan kemampuan staf maka semakin rendah pula kinerjanya. Berkaitan dengan perawat yang bekerja di rumah sakit, motivasi kerja seorang perawat dapat mempengaruhi pelaksanaan pelayanan keperawatan kepada pasien.

Motivasi kerja perawat timbul dari dalam diri perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan. Apabila motivasi kerja perawat baik maka kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan akan baik pula. Sebaliknya apabila motivasi kerja perawat menurun maka akan menimbulkan permasalahan dalam pelayanan keperawatan seperti menurunnya kinerja perawat yang berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Teori motivasi menurut Frederick Herzberg (1950) dalam Robbins (1998), Hasibuan (2001), Munandar (2004) yang dikenal dengan teori dua faktor menjelaskan bahwa ada dua faktor yang akan mempengaruhi motivasi seseorang dalam melaksanakan pekerjaannya yaitu faktor motivator dan faktor *hygiene*. Kedua faktor tersebut tidak berdiri sendiri namun akan selalu berkaitan. Faktor motivator meliputi prestasi, pengakuan, pekerjaan itu sendiri,

tanggung jawab, kemajuan dan pertumbuhan. Faktor ini merupakan faktor yang secara konsisten berkaitan dengan kepuasan kerja. Apabila faktor-faktor tersebut terpenuhi maka seseorang akan merasakan kepuasan, sehingga akan mendorong untuk meningkatkan motivasi kerjanya.

Faktor motivator merupakan faktor intrinsik, artinya faktor yang timbul dari dalam diri individu (Robbins, 1998). Faktor *hygiene* meliputi kebijakan dan administrasi perusahaan, supervisi, hubungan dengan supervisor, gaji, hubungan dengan rekan kerja, kehidupan pribadi, hubungan dengan bawahan, status dan keamanan. Faktor ini merupakan yang berkaitan dengan ketidakpuasan. Apabila faktor-faktor tersebut terpenuhi maka seseorang merasa terpenuhi kepuasannya (tidak ada ketidakpuasan) sehingga akan mendorong untuk meningkatkan motivasi kerjanya. Faktor *hygiene* merupakan faktor ekstrinsik, artinya faktor yang timbul dari luar diri individu (Robbins, 1998).

Berdasar analisis terhadap fenomena di atas maka diperlukan informasi spesifik yang menjelaskan perbedaan kinerja perawat pelaksana antara PNS dengan non PNS, sehingga masalah penelitian yang dirumuskan adalah “Apakah ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana PNS dan Non PNS di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu?”

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian komparasi. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 119 responden. Status kepegawaian dikelompokkan menjadi PNS dan non PNS. Data kinerja diambil menggunakan kuesioner *self assessment* kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Kuesioner

yang dipakai telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) M.A. Sentot di PatroI Kabupaten Indramayu terhadap 30 responden. Data dianalisis secara univariat dan bivariat (Sabri & Hastono, 1999).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Data hasil penelitian dikelompokkan berdasarkan status kepegawaian PNS dan non PNS. Selanjutnya, berdasarkan status kepegawaian tersebut data karakteristik responden dikelompokkan menjadi data numerik dan kategorik.

Hasil analisis data pada tabel 2 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Indramayu berdasarkan jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin perempuan (70,59%) dan berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan DIII keperawatan (82,35%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Indramayu berdasarkan umur memiliki rata-rata umur 31 tahun dengan umur termuda 24 tahun dan umur tertua 42 tahun (95%CI, 29,93 – 32,06 tahun), sedangkan berdasarkan lama kerja memiliki lama kerja rata-rata 5,58 tahun dengan lama kerja terendah 0 tahun dan tertinggi 23 tahun (95%CI, 4,29 – 6,86 tahun)

Tabel 4 menunjukkan bahwa perawat yang berstatus PNS sebanyak 75 responden memiliki kinerja rata-rata 85,54 dengan simpang deviasi 10,27. Ini menunjukkan bahwa secara kuantitas kinerja perawat yang berstatus PNS memiliki kategori baik bila distandarkan dengan DP3 (Daftar Penilaian Prestasi Pegawai) yang selama ini diberlakukan untuk PNS. Untuk perawat yang berstatus non PNS sebanyak 44 responden memiliki kinerja rata-rata 84,32 dengan simpang deviasi 9,62. Ini menunjukkan pula bahwa secara kuantitas kinerja perawat yang berstatus non PNS memiliki kategori baik bila distandarkan dengan DP3 (Daftar Penilaian Prestasi Pegawai) yang selama ini diberlakukan untuk PNS.

Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,520 ( $\alpha$  0,05) sehingga hipotesis nol diterima yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat PNS dengan non PNS di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu. Hasil ini menunjukkan pula baik perawat yang berstatus PNS maupun non PNS memiliki kinerja dengan kategori baik.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu berusia rata-rata 31 tahun. Ini menunjukkan bahwa meskipun perawat

**Tabel 2. Distribusi Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Pada Kelompok PNS dan Non PNS Di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu Tahun 2012**

Variabel	Kelompok PNS		Kelompok Non PNS		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki Laki	21	28,0	14	31,8	35	29,41
Perempuan	54	72,0	30	68,2	84	70,59
<b>Tingkat pendidikan</b>						
D III Keperawatan	59	78,7	39	88,6	98	82,35
Ners	16	21,3	5	11,4	21	17,65

**Tabel 3. Distribusi Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur dan Lama Kerja Pada Kelompok PNS dan Non PNS Di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu Tahun 2012**

Variabel	Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Umur	PNS	75	34,75	34	4,92	26 – 48	33,61 – 35,87
	Non PNS	44	27,25	26,50	3,80	22 – 36	26,25 – 28,24
<b>Total</b>		<b>119</b>	<b>31</b>	<b>30,25</b>	<b>4,10</b>	<b>24 - 42</b>	<b>29,93 – 32,06</b>
Lama Kerja	PNS	75	8,25	9	5,63	0 – 25	6,95 – 9,55
	Non PNS	44	2,91	1,50	4,19	0 – 21	1,63 – 4,18
<b>Total</b>		<b>91</b>	<b>5,58</b>	<b>5,25</b>	<b>4,91</b>	<b>0 – 23</b>	<b>4,29 – 6,86</b>

**Tabel 4. Analisis Perbedaan Kinerja Perawat PNS dan Non PNS Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu 2012**

Status Pegawai	n	Mean	Med	SD	Min – Max	p value
PNS	75	85,54	89,00	10,27	61 – 96	0,520
Non PNS	44	84,32	87,00	9,62	61 – 96	

di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu memiliki umur rata-rata yang masih muda namun sudah memiliki semangat kerja yang tinggi. Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Gordon (1993) yang menjelaskan semakin tua umur seseorang seharusnya semakin tinggi pula keinginan untuk membuktikan *existence* di tempat kerjanya.

Namun, hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Gibson (1997) dalam Ilyas (2002) bahwa umur berefek tidak langsung terhadap kinerja. Di usia muda biasanya individu ingin berprestasi dan mencari pengalaman yang sebanyak-banyaknya, hal ini dimungkinkan menjadi pendorong kinerja. Meskipun usia masih muda namun tidak menghalangi untuk memiliki kinerja yang baik.

Berdasarkan lama kerja, hasil penelitian menunjukkan bahwa lama kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu rata-rata 5,58 tahun. Robbins (1998) menjelaskan senioritas atau lama kerja seseorang menunjang kinerja pegawai. Hal ini tidak terjadi di RSUD Kabupaten

Indramayu, dimana meskipun lama kerja belum lama (masih junior) namun sudah berkinerja baik.

Berdasarkan jenis kelamin, hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 70,59% berjenis kelamin perempuan. Dengan kondisi lebih dari setengah berjenis kelamin perempuan ternyata memiliki nilai kinerja yang baik. Gibson (1997) dalam Ilyas (2002) menjelaskan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan langsung dengan kinerja. Robbins (1998) menjelaskan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara laki-laki dan perempuan dalam kinerja. Jenis kelamin bukan faktor determinan dalam kinerja. Seorang yang berjenis kelamin laki-laki dapat berkinerja baik atau kurang baik tergantung dari faktor pendorongnya. Begitu pula sebaliknya dengan seorang perempuan.

Berdasarkan tingkat pendidikan, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan perawat di ruang rawat inap RSUD Indramayu sebanyak 82,35% berpendidikan D-III Keperawatan. Dengan



pendidikan tinggi diharapkan perawat memiliki ilmu dan ketrampilan yang cukup dalam bekerja. Sehingga dimungkinkan hal ini menjadi pendorong kinerja yang baik pada diri perawat di RSUD Kabupaten Indramayu.

Berdasarkan status pegawai, hasil penelitian menunjukkan bahwa status pegawai perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu yang berstatus PNS sebanyak 63,03% dan berstatus non PNS sebanyak 36,97%. Perawat PNS memiliki kinerja rata-rata 85,54 dan perawat non PNS memiliki kinerja rata-rata 84,32. Selisih kinerja antara perawat PNS dengan non PNS adalah 1,22 poin. Berdasarkan analisis lanjutan didapatkan *p value* 0,52 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan kinerja antara perawat yang berstatus PNS dengan non PNS ( $\alpha$  0,05; 95% CI).

Hasil uji statistik tersebut dapat dipahami karena secara kuantitas perbedaan kinerja antara PNS dan non PNS sebesar 1,22 poin dalam rentang nilai 0–100 tentu saja tidak berarti karena hanya berbeda 1,22% dan secara kualitas berdasarkan nilai DP3 skor 85,54 dan 84,32 berada pada kategori yang sama yaitu kategori baik.

PNS merupakan salah satu perangkat negara yang diangkat oleh pemerintah dengan tugas memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kehidupan PNS dijamin oleh negara dalam hal pemenuhan kehidupan yang layak bagi kehidupan manusia meliputi sandang, pangan, dan papan untuk seluruh anggota keluarga inti.

Jaminan negara untuk PNS meliputi juga untuk pendidikan lanjutan dalam rangka peningkatan kompetensi yang dapat menunjang kinerjanya. Dengan jaminan tersebut diharapkan PNS dapat melayani masyarakat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. PNS merupakan abdi masyarakat sehingga tertuntut untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat sebagai konsumen. Halnya dengan pera-

wat, salah satu konsumennya adalah pasien sehingga perawat memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan yang terbaik sesuai standar praktek yang telah dikeluarkan oleh PPNI.

Perawat PNS merupakan bagian dari PNS yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan kepada masyarakat khususnya di instansi pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit yang diselenggarakan oleh pemerintah. Sama dengan PNS pada umumnya, perawat PNS oleh negara diberikan hak antara lain gaji pokok, tunjangan jabatan (fungsional atau struktural), tunjangan istri/suami dan anak, tunjangan kesehatan, tunjangan bantuan uang muka rumah, tunjangan pensiun, dan fasilitas-fasilitas lain yang diterima misalnya cuti sakit, cuti tahunan, dan cuti melahirkan.

Hak-hak tersebut diberikan oleh negara sebagai timbal balik atas kesediaannya menjalankan kewajiban sebagai abdi masyarakat, sehingga sudah seharusnya seorang perawat PNS memiliki kinerja yang baik yang diwujudkan saat pemberian pelayanan keperawatan. Bahkan di beberapa rumah sakit milik pemerintah, selain hak tersebut perawat mendapat tunjangan tambahan dari rumah sakit. Halnya dengan perawat non PNS, mereka mendapatkan hak dari rumah sakit yang kuantitasnya hampir sama seperti PNS namun tidak sebesar dan selengkap PNS. Di beberapa rumah sakit, baik perawat PNS maupun non PNS mendapat fasilitas tambahan yaitu bebas biaya perawatan bagi dirinya dan anggota keluarga inti bila dirawat di rumah sakit dimana yang bersangkutan bekerja.

Meskipun hak yang diterima antara perawat PNS dan non PNS tidaklah sama namun tidak menghalangi perawat non PNS untuk memberikan kinerja yang terbaik untuk rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Meskipun berdasarkan tingkat pendidikan ada perbedaan wewenang dalam

pemberian pelayanan keperawatan namun berdasarkan umur, lama kerja dan jenis kelamin seluruh perawat harus memberikan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan. Seluruh perawat wajib memberikan pelayanan yang berkualitas di unit kerjanya masing-masing, misal bagian penyakit dalam, penyakit bedah, bagian perawatan anak atau unit yang lainnya.

Adanya kesamaan kewajiban perawat dalam pemberian pelayanan kepada pasien harus dapat menjadi dorongan bagi rumah sakit agar dapat mempertahankan kondisi lingkungan yang dapat meningkatkan kinerja perawat terutama yang menjadi ujung tombak dalam pemberian pelayanan terhadap pasien karena semakin tinggi kinerja staf maka semakin tinggi pula produktivitas yang dihasilkan, sebaliknya semakin rendah kinerja maka semakin rendah pula produktivitasnya, yang pada akhirnya akan berimbas pada produktivitas rumah sakit. Upaya tersebut misalnya melalui persamaan perlakuan antara perawat PNS dan non PNS, mengembangkan modul rekrutmen perawat dengan status non PNS.

Terlepas dari hasil penelitian, dalam studi pendahuluan ditemukan fenomena penundaan pencatatan dokumen asuhan keperawatan. Penting untuk mendapatkan perhatian yang serius dan pengelolaan yang lebih baik dari rumah sakit, mengingat beberapa resiko dan dampak yang dapat timbul berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Seperti yang diungkapkan oleh Nursalam (2001) bahwa dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Melalui dokumentasi, seluruh kegiatan perawat yang diberikan kepada pasien akan terlihat dan

dapat menjadi bukti di mata hukum. Dengan demikian menjadi hal yang penting bagi suatu organisasi termasuk rumah sakit untuk dapat menciptakan suatu upaya meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan karena kualitas dokumentasi dapat menjadi gambaran hasil kinerja perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat yang berstatus PNS dengan non PNS. Hasil penelitian ini menyimpulkan pula kedua kelompok memiliki kinerja yang baik dalam pemberian asuhan keperawatan.

### Saran

Peneliti menyarankan kepada rumah sakit agar tetap memberikan perlakuan yang sama dan tidak ragu-ragu apabila akan melakukan rekrutmen perawat dengan status non PNS. Bagi perawat pelaksana agar selalu mempertahankan kinerja yang sudah baik. Bagi peneliti lain disarankan melakukan penelitian lanjutan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana baik perawat yang berstatus PNS maupun non PNS. Bagi keilmuan manajemen keperawatan yaitu mengembangkan modul rekrutmen perawat sehingga dapat memperoleh perawat yang memiliki kinerja baik dalam pemberian asuhan keperawatan.

## DAFTAR RUJUKAN

- As'ad, M. 2003. *Psikologi industri*. Liberty: Yogyakarta.
- Gillies, Dee Ann. 2000. *Manajemen Keperawatan sebagai Suatu Pendekatan Sistem*. Yayasan IAPKP: Bandung.
- Gordon, Judith R. 1993. *Organizational behavior: A Diagnostic Approach*

- to Organizational Behavior*. Needham Height: Allyn and Bacon.
- Hasibuan, M. 2001. *Manajemen sumber daya manusia*. Ed revisi. Bumi Aksara: Jakarta.
- Ilyas, Y. 2002. *Kinerja teori, penilaian dan penelitian*. Cetakan Ketiga. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI: Depok.
- Mathis, R.L., Jackson, J.H. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Buku 2. Salemba Empat: Jakarta.
- Munandar, A.S. 2004. *Psikologi industri dan organisasi*. Edisi Keenam. Universitas Indonesia: Jakarta.
- Nursalam. 2001. *Proses & Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Salemba Medika: Jakarta.
- PPNI. 2000. *Standar praktek keperawatan*. PPNI: Jakarta.
- \_\_\_\_\_. 2002. *Pedoman umum penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan bagi perawat*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia: Jakarta.
- Robbins, S. 1998. *Perilaku organisasi: Konsep Kontroversi, Aplikasi. Versi Bahasa Indonesia*. PT Prenhalindo: Jakarta.
- RSUD Kabupaten Indramayu. 2012. *Profil RSUD Kabupaten Indramayu*. Indramayu.
- Sabri, L. & Hastono, S.P. 1999. *Modul Mata Ajar Biostatistik dan Statistik Kesehatan*. FKM UI: Depok.
- Wibowo. 2009. *Manajemen Kinerja*. Rajawali Pres: Jakarta.

## **PENGALAMAN ORANG DENGAN HIV/AIDS MENDAPATKAN PERAWATAN KELUARGA: STUDI FENOMENOLOGI**

**Suratini, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari**  
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta  
Email: anisa\_tini@yahoo.com

**Abstract:** The purpose of this study is to reveal the meaningful experience of people with HIV/AIDS who had a care treatment in their family. This research is a qualitative research design with phenomenological descriptive approach. The data collected by interviewing nine respondents in Kulon Progo Regency and analyzed by using Collaizi technique. The result of the study revealed 13 themes, those who declined and those who accepted their HIV/AIDS in front of their family. Based on these inventions of the themes above, it was expected for the district nurses community to provide holistic family interpersonal skills course to the families of people living with HIV/AIDS so that they could treat the people with HIV emphatically.

**Keywords:** people with HIV/AIDS, family care

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini adalah memahami arti dan makna pengalaman orang dengan HIV/AIDS mendapatkan perawatan keluarga. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara pada sembilan partisipan di wilayah Kabupaten Kulon Progo. Analisis data menggunakan tehnik *Collaizi*. Hasil penelitian ditemukan 13 tema yaitu orang dengan HIV memiliki respon menolak saat terkena HIV/AIDS dan respon menerima terhadap penyakit HIV/AIDS. Berdasarkan tema tersebut disarankan agar perawat komunitas dapat memberikan pelatihan ketrampilan asuhan keperawatan secara holistik kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan HIV/AIDS sehingga mampu merawat dengan empati.

**Kata kunci:** orang dengan HIV/AIDS, perawatan keluarga

## PENDAHULUAN

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Penyakit infeksi HIV/AIDS hingga saat ini merupakan masalah kesehatan darurat global karena angka kejadian dan kematian yang masih tinggi (Nasronudin, 2007). Perjalanan penyakit HIV sangat progresif merusak kekebalan tubuh. Kebanyakan orang dengan HIV akan meninggal dalam beberapa tahun setelah tanda pertama AIDS muncul dan tidak mendapatkan pelayanan serta terapi yang tepat (Departemen Kesehatan RI, 2010).

Menurut Judarwanto (2008) di seluruh dunia lebih dari 20 juta orang meninggal sementara 40 juta orang telah terinfeksi. Fakta yang lebih memprihatinkan adalah di seluruh dunia setiap hari virus HIV menular kepada sekitar 2.000 anak di bawah 15 tahun, terutama berasal dari penularan ibu-bayi, menewaskan 1.400 anak di bawah 15 tahun dan menginfeksi lebih dari 6.000 orang muda dalam usia produktif antara 15 sampai dengan 24 tahun yang juga merupakan mayoritas dari orang-orang yang hidup dengan HIV dan AIDS.

AIDS menduduki peringkat ke-4 penyebab kematian pada orang dewasa di seluruh dunia. AIDS juga menyebabkan usia harapan hidup turun lebih dari 10 tahun di beberapa negara (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2009). Menurut UNAIDS (2001) dan Departemen Kesehatan RI (2010) upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dilakukan dengan *prevention of mother to child transmission* (PMTCT). Program pencegahan HIV/AIDS di masyarakat saat ini adalah *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) yang terbukti efektif bagi pencegahan HIV dan memudahkan orang mengakses berbagai pelayanan kesehatan yang dibutuh-

kan. Menurut Judarwanto (2008) tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lambat dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang dan membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan dan biaya yang dibutuhkan semakin besar.

ODHA mengalami masalah sosial antara lain dianggap sebagai benda asing tetapi menarik bagi kebanyakan masyarakat. Menurut Dermatoto (2008) ODHA diperlakukan berbeda dengan orang lain, dalam pergaulan dikucilkan oleh teman bahkan oleh keluarganya sendiri. Ketakutan diperlakukan berbeda membuat ODHA membatasi diri dengan orang lain. ODHA takut membagi pengalamannya, takut menyatakan bahwa dirinya sakit dan membutuhkan pertolongan orang lain.

Abdullah (2008) mengemukakan bahwa keyakinan diri yang rendah pada penderita HIV/AIDS akan menyebabkan penderita mengalami *hipochondria*, penderita seringkali memikirkan kehilangan, kesepian dan perasaan berdosa atas segala yang dilakukannya sehingga menyebabkan mereka kurang menitik beratkan langkah-langkah penjagaan kesehatan dan kerohanian mereka.

Hasil penelitian Nasution (2000) memaparkan begitu individu terinfeksi AIDS, penderita mengalami *shock*. Penderita mengalami depresi berat, sehingga menyebabkan penyakit makin lama makin berat, timbul berbagai infeksi oportunistik, penderita makin tersiksa. Biaya pengobatan tambah besar, jenis penyakit bertambah banyak, obat yang dikonsumsi harus tambah banyak, dengan berbagai efek samping, yang memperparah keadaan penderita.

Ollich (2007) mengidentifikasi infeksi HIV saat ini belum ditemukan pengo-

batannya, sehingga sangat memungkinkan bagi pasien yang tidak mempunyai koping individu efektif akan mengalami kecemasan dan depresi. Dari 15 orang penderita HIV/AIDS yang di rawat inap, yang tidak depresi ada 2 orang (13,33%), depresi ringan 6 orang (40,00%), depresi sedang 5 orang (33,34%) dan depresi berat 2 orang (13,33%).

Peran keluarga sangat besar dalam memberikan dukungan terhadap upaya meningkatkan kualitas hidup klien HIV/AIDS, terutama dalam memenuhi kebutuhan akan perawatan hidup sehari-hari. Fungsi perawatan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga memberikan arti penting terhadap kehidupan penderita HIV/AIDS dalam mengatasi keluhan-keluhan akibat penyakit yang dideritanya. Keluarga sangat berpengaruh besar terhadap kesehatan fisik anggota keluarganya (Campbell, 2000 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010).

## METODE PENELITIAN

Menurut Streubert dan Carpenter (2003), metode fenomenologi deskriptif dapat menggali, menganalisa dan menjelaskan fenomena dari pengalaman yang nyata secara rinci, luas dan mendalam. Siegelberg (1975) dalam Streubert & Carpenter (2003) menyatakan ada tiga langkah dalam fenomenologi deskriptif yaitu *intuiting, analyzing and describing*.

Realitas perawatan orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan keluarga di Kabupaten Kulon Progo merupakan suatu hal yang sangat subyektif dan interpretatif sehingga pendekatan fenomenologi deskriptif dapat digunakan dalam penelitian ini. Penelitian ini melibatkan sembilan partisipan, menggunakan wawancara tidak terstruktur (wawancara mendalam) dan observasi dengan menggunakan *field note* sebagai alat pengumpulan data. Analisis data dalam studi kualitatif didasarkan pada penafsiran data.

Peneliti menafsirkan setiap informasi yang didapatkan dari partisipan dan mencoba menyimpulkan beberapa informasi yang sesuai dengan tujuan dari penelitian. Peneliti mengumpulkan sejumlah data yang sangat besar yang kemudian dikurangi menjadi suatu pola tertentu, kategori atau tema (Creswell, 1998).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah sembilan orang dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak lima orang dan perempuan sebanyak empat orang. Usia partisipan bervariasi, yaitu antara usia 32 sampai dengan 47 tahun.

Tingkat pendidikan partisipan sangat bervariasi mulai dari Sekolah Dasar empat orang, Sekolah Menengah Pertama dua orang, Sekolah Menengah Atas atau Kejuruan dua orang dan satu orang lulusan Perguruan Tinggi. Pekerjaan partisipan adalah buruh satu orang, petani empat orang, wiraswasta tiga orang dan ibu rumah tangga yang tidak bekerja satu orang. Partisipan berasal dari suku Jawa delapan orang dan suku Melayu satu orang.

Lamanya partisipan terdeteksi HIV/AIDS mulai dari tiga bulan sampai dengan lima tahun. Seluruh partisipan tinggal dan hidup bersama keluarga dan yang berpartisipasi merawat adalah istri, suami, anak, orang tua, mertua. ODHA yang tinggal bersama keluarga besar (*extended family*) ada tujuh orang sedangkan yang tinggal dengan keluarga inti (*nuclear family*) ada dua orang. Adapun hasil penelitian dapat dilihat dari hasil analisis tematik sebagai berikut.

### Analisis Tematis

Pada penelitian ini ditemukan 13 tema yang terkait dengan arti dan makna pengalaman orang dengan HIV/AIDS mendapatkan

perawatan keluarga sebagai berikut.

Respon partisipan terdiagnosis HIV/AIDS akan memberikan gambaran tentang situasi yang berhubungan dengan perilaku pada saat pertama kali partisipan didiagnosis menderita HIV/AIDS. Respon ini menunjukkan bagaimana seorang individu yang pada awalnya sehat, akhirnya didiagnosis sebagai menderita HIV/AIDS. Respon saat didiagnosis HIV/AIDS menolak ataupun menerima tergantung dari kondisi partisipan saat itu.

### **Tema 1. Respon Menolak Pasien (Menyangkal, Depresi dan Tawar Menawar)**

Respon menolak dapat diungkapkan partisipan dengan respon terkejut dan tidak percaya ketika terkena HIV/AIDS sebagai berikut:

*“saya benar tidak menyangka saya kan tidak pernah selingkuh dan berbuat seks selain dengan suami-ku kok bisa ya kena HIV?”(P.5)*

Partisipan ketika tahu terkena HIV/AIDS mengalami depresi berupa putus asa, kekhawatiran dan kesedihan yang mendalam. Ungkapan partisipan dapat dilihat sebagai berikut:

*“kayaknya tidak ada harapan di masa depan”(P.7)*

*“saya merasa berat dunia ini terasa berat kayak mau kiamat” (P.2)*

### **Tema 2. Respon Menerima Terhadap HIV/AIDS**

Adapun respon penerimaan tersebut terungkap dari ungkapan partisipan melalui kepasrahan dan ketegaran. Hal tersebut dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

*“saya benar-benar ingin memperbaiki diri saya ke jalan Tuhan”( P.7)*

*“setelah diketahui saya menjadi membuka diri ya berubah hidupnya menjadi lebih baik” (P.3)*

### **Tema 3. Masalah Fisik**

Masalah fisik yang sering dialami oleh orang dengan HIV/AIDS antara lain penyakit sistem gastrointestinal, sistem integumen, sistem pernafasan dan penyakit kelamin. Partisipan yang menderita sistem gastro intestinal biasanya terkena sariawan melalui ungkapan sebagai berikut.

*“bibir dalam itu kering ada banyak luka kekuning kuningan sakit banget tuk makan dan banyak banget tidak kunjung sembuh” (P.6)*

Selain itu partisipan juga ada yang mengalami diare yang terungkap sebagai berikut.

*“diare terus dan tidak pernah sembuh padahal lebih dari satu bulan” (P.4)*

Pada sistem pernafasan mengalami TBC dan depresi pernafasan. Hal tersebut dapat dilihat dari ungkapan sebagai berikut.

*“batuk-batuk berdahak kental selama lebih satu bulan minum obat batuk tidak sembuh-sembuh juga, lama banget” (P.6)*

Sedangkan untuk penyakit kelamin yang dialami ODHA adalah herpes dan gonorrhoe, hal tersebut dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“kencingnya banyak nanahnya sakit dan badannya demam tinggi” ( P.7)*

### **Tema 4. Masalah Psikososial**

Masalah psikososial yang dialami ODHA antara lain menarik diri, harga diri rendah dan menyalahkan diri. Ungkapan partisipan yang menarik diri adalah sebagai berikut.

*“saya banyak menyendiri gak mau bergaul ama teman-teman dan tetangga juga saudara”(P.5)*

Sedangkan ungkapan partisipan yang merasa harga dirinya rendah (minder) dapat diungkapkan sebagai berikut.

*“saya tu merasa gak percaya diri saat bergaul dengan tetangga sejak kena sakit B 20” ( P.8)*

### Tema 5. Masalah Sosial

Masalah sosial yang dialami ODHA berasal dari sikap lingkungan dan keluarga yang kurang mendukung antara lain tidak bersahabat, curiga, dan mengisolasi. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“menyindiri kalau aku ketemu di jalan... dia bilang ke orang-orang jangan dekat dekat entar ketularan” ( P.8)*

*“waktu sakit itu mereka juga bertanya saya diet apa dan minum obat apa kenapa kok jadi hitam dan kurus badanmu”(P.4)*

Sikap keluarga yang tidak mendukung meliputi sedih, marah, dan malu. Hal tersebut terlihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“Istri saya marah dia ngomelin saya setiap hari kenapa saya pakai tato sambil menangis” ( P.3)*

### Tema 6. Masalah Ekonomi

Masalah ekonomi yang dialami ODHA antara lain tidak memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan, sumber keuangan dan kecukupannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ungkapan partisipan yang berkaitan dengan keberatan biaya sebagai berikut.

*“untuk biaya pengobatan ya akhirnya jual tanah bagian saya” (P.6)*

Sedangkan ungkapan partisipan yang berkaitan dengan sumber keuangan yang berasal dari keluarga sebagai berikut.

*“saya gak punya duit, saudara-saudara saya yang kasih duit tuk berobat ke RS dr Sardjito” ( P.1)*

### Tema 7. Spiritual Orang dengan HIV/AIDS

Spiritualitas teridentifikasi dari menjalankan ibadah dan tidak menjalankan ibadah. ODHA menjalankan ibadah dengan baik selama sakit yang meliputi menjalankan

sholat, puasa, zakat, sholat sunah, banyak berdoa. ODHA yang beragama Islam lebih taat dalam menjalankan sholat wajib hal ini terungkap dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“saya sekarang sholatnya lebih taat dan selalu menjalankan sholat lima waktu”(P.8)*

*“setiap hari hanya berdoa dan berdoa dan menangis tobat semuanya” ( P.5)*

Akan tetapi ada ODHA yang selama sakit tidak pernah menjalankan ibadah baik sholat maupun puasa. Hal tersebut terlihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“saya selama ini tidak pernah menjalankan sholat lima waktu” ( P.6)*

### Tema 8. Kepatuhan ARV

ODHA dalam penelitian ini secara rutin menjalani pengobatan HIV/AIDS dengan mendapatkan obat ARV (*Anti Retro Viral*). Pemberian ARV diberikan pada setiap bulan dan bisa diakses di rumah sakit dengan *Care Support Treatment* di masing-masing daerah.

Dalam menjalani pengobatan ODHA patuh minum obat walaupun terkadang efek sampingnya sangat banyak dalam kehidupan sehari-harinya. Partisipan patuh dalam minum obat baik waktu maupun pengambilannya. Hal ini terungkap melalui pernyataan partisipan berikut.

*“harus tertib obatnya ya kalau jam 6 pagi maka yang sore harus diminum jam 6 sore tepat” ( P.1, P.2, P.4 dan P.9).*

*“sekarang setiap bulan sekali harus mengambil obat ARV ke rumah sakit Sardjito” ( P.1, P.2, P.3, P.4, P.5).*

### Tema 9. Stigma Masyarakat

Stigma ODHA sangat mengganggu aktivitas partisipan dalam kehidupan sehari-



harinya yang berupa perlakuan tidak baik akibat takut tertular dan membuang pakaian.

*“Masyarakat bersikap seperti ini tetangga ada yang hajatan akan tetapi saya tidak diundang, pas seribu hari kematian suami saya tetangga tidak ada yang mau datang karena takut tertular melalui makanan”* (P.2)

Masyarakat juga takut tertular melalui pakaian ODHA sehingga partisipan disuruh membuang semua pakaian suaminya. Hal tersebut terungkap dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“Sadis-sadis yang orang sekitar rumahku ini katanya penyakit menular ada yang menyuruh buang pakainnya buang kasurnya disuruh buang ya saya buang di sungai, semua yang dipakai suamiku saya buang”* ( P.5)

### **Tema 10. Diskriminasi Pelayanan Kesehatan**

Partisipan merasakan adanya diskriminasi dalam pelayanan kesehatan antara lain perlakuan yang berbeda, tidak mau merawat dan mencemooh partisipan. Perlakuan berbeda dirasakan partisipan berdampak ketidakpuasaan dan sakit hati, seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut.

*“sewaktu saya sakit, saya tidak dapat kamar, katanya semua bangsal penuh dan disuruh pulang. Padahal saya sudah ambruk di depan poliklinik tidak bisa berdiri tetapi petugas kesehatan tidak ada yang peduli”* ( P.2)

### **Tema 11. Perawatan yang Dilakukan Keluarga Sesuai Dengan Tugas Kesehatan Keluarga**

Pada tema ini ditemukan keluarga mengenali masalah kesehatan, mengambil

keputusan, merawat klien dengan HIV/AIDS, melakukan modifikasi lingkungan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Keluarga juga dapat melakukan perawatan kepada ODHA dengan optimal. Kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan memberikan dampak psikologis yang besar terhadap ODHA selama sakit. Hal tersebut terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut.

*“Mandi di mandiin dengan dilap ditempat tidur”* ( P.6)

*“mereka ingatkan minum obat jika saatnya minum obat belum minum obat”* ( P.4)

### **Tema 12. Bersikap Empati**

ODHA sangat menginginkan tindakan perawatan yang dilakukan oleh keluarga penuh ketanggapan, kesabaran, perhatian dan tidak membeda-bedakan. Ini terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut.

*“ya otomatis kalau kakak saya sakit kakakku dah ribut ayo tak anter periksa ya, kalau sakit ya langsung dianter ke rumah sakit”* ( P.1)

*“orang tua saya merawat dengan penuh kesabaran dan kasih sayang”* (P.4)

ODHA mengharapkan mendapatkan motivasi untuk memberikan semangat agar dapat menjalani hidup walaupun sudah terkena HIV/AIDS. Hal tersebut terungkap melalui ungkapan partisipan sebagai berikut.

*“keluarga saya sesudah sakit justru memberikan semangat tuk bekerja lebih keras, menabung untuk hari tua, berobat rutin, menghindari seks bebas dan segera untuk menikah”* (P.4)

### **Tema 13. Dukungan Keluarga**

Makna pengalaman orang dengan HIV/AIDS mendapatkan perawatan keluarga di wilayah Kabupaten Kulon Progo

teridentifikasi melalui dukungan yang diberikan oleh keluarga. Bentuk dukungan keluarga berupa dukungan instrumental, penghargaan dan emosi. Dukungan keluarga sangat membantu partisipan dalam menjalankan fungsi dan perannya dalam kehidupan bermasyarakat. Hal tersebut terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut.

*“keluargaku dah tahu betul kebutuhanku jadi semua dah disiapkan ya uang dan kebutuhan lainnya” (P.1)*

*“trus keluarga yang lain bisa kasih saya bantuan uang sekedarnya untuk berobat karena saat ini saya dah tidak punya uang” (P.8)*

Dukungan emosi sangat dibutuhkan ODHA berupa perhatian dan semangat. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut

*“Perhatian dan kesabaran waktu merawat sehingga saya termotivasi untuk bertahan dengan keadaan sakit HIV” (P.9)*

Kubler-Ross (1969) dalam Suliswati (2005) menyatakan bahwa reaksi pertama individu terhadap kehilangan adalah terkejut, tidak percaya, merasa terpukul dan menyangkal. Secara sadar maupun tidak sadar seseorang yang berada dalam tahap ini menolak semua fakta, informasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan hal yang dialaminya. Individu merasa hidupnya tidak berarti lagi.

Dalam penelitian ini ditemukan masalah fisik yang dialami meliputi masalah pada sistem gastrointestinal, masalah pada sistem pernafasan, masalah pada sistem integumen, masalah pada sistem penglihatan dan penyakit kelamin. ODHA mengalami infeksi oportunistik sesuai dengan stadium/ fase penyakit.

Hasil penelitian Agustriadi dan Suta (2008) di Rumah Sakit Sanglah Bali didapatkan infeksi pada sistem pernafasan

yang tersering adalah 65% penderita AIDS mengalami komplikasi *pulmonal* dimana *Pneumonia Caranii* merupakan infeksi oportunistik tersering, diikuti infeksi *Mycobacterium Tuberculosis*, pneumonia bakterial dan jamur, sedangkan pneumonia viral lebih jarang terjadi.

Hasil penelitian Sasanti, Irmagita dan Indriasti (2006) terdapat sekitar 30-50% *candida albican* pada rongga mulut orang dewasa sehat, 45% pada neonatus, 45-65% pada anak-anak sehat, 50-65% pada pasien yang memakai gigi palsu lepasan, 65-88% pada orang yang mengkonsumsi obat-obatan jangka panjang, 90% pada pasien leukemia akut yang menjalani kemoterapi dan 95% pada pasien HIV/AIDS.

Pada penelitian ini ditemukan masalah psikososial antara lain adalah harga diri rendah pada ODHA. ODHA mengalami berbagai bentuk beban yang dialami diantaranya adalah dikucilkan keluarga, dihentikan dari pekerjaan, tidak mendapat layanan medis yang dibutuhkan, tidak mendapat ganti rugi asuransi sampai menjadi bahan pemberitaan di media massa.

Hasil penelitian Kodja (2010) menunjukkan bahwa sebagian besar klien di BPRS Dadi Makassar yang mengalami gangguan konsep diri adalah harga diri rendah 60% dan yang mengalami kerusakan interaksi sosial dengan menarik diri 70%. Ada hubungan yang bermakna antara gangguan konsep diri (harga diri rendah) dengan kerusakan interaksi sosial (menarik diri) pada klien di BPRS Dadi Makassar. Stuart dan Sundeen (1998) menyatakan menarik diri adalah suatu keadaan pasien yang mengalami ketidakmampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain atau dengan lingkungan di sekitarnya secara wajar.

Respon sosial dan emosional yang maladaptif sering sekali terjadi dalam kehidupan sehari-hari, khususnya sering dialami pada ODHA menarik diri. Sikap

lingkungan dalam penelitian ini setelah terkena HIV/AIDS adalah tidak bersahabat, ada yang berkata-kata menyakitkan, ada yang mendiamkan dengan tidak menegur dan menyapa, curiga dan mengisolasi ODHA. Adanya stigma-stigma itu memunculkan sikap-sikap diskriminatif. Akibatnya, hak-hak orang dengan HIV/AIDS menjadi tidak terpenuhi. Banyak yang tidak mau bergaul dengan mereka. Enggan berdekatan, tidak mau berjabat tangan, tidak mau memeluk mereka, semua dengan alasan takut tertular.

Masalah spiritualitas pada orang dengan HIV/AIDS meliputi peningkatan ibadah yang dilakukan oleh ODHA dengan menjalankan sholat lima waktu, puasa, zakat, puasa sunah dan banyak berdoa. Spiritualitas adalah sebuah konsep pribadi sikap dan keyakinan yang terkait dengan Allah (O'Brien, 2003).

Pada penelitian ini ditemukan makna perawatan orang dengan HIV/AIDS adalah dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap ODHA. Bentuk dukungan yang didapat dalam keluarga berupa dukungan instrumental, penghargaan dan dukungan emosional. Saronson (1991) menerangkan bahwa dukungan sosial dapat dianggap sebagai sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya.

Menurut Heardman (1990) keluarga merupakan sumber dukungan sosial, karena didalam keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai diantara anggota keluarga. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan bilamana individu sedang mengalami permasalahan.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Kehidupan ODHA merupakan suatu penderitaan baginya. Penderitaan tersebut disebabkan karena tidak menginginkan penyakit HIV/AIDS ada dalam dirinya. Respon yang dominan adalah menolak. Penyakit HIV/AIDS menyebabkan banyak masalah kesehatan baik fisik, sosial, ekonomi, psikososial dan spiritual pada diri ODHA. Masalah kesehatan pada ODHA menyebabkan berbagai keterbatasan, sehingga membutuhkan orang lain yang membantu untuk mengatasi masalahnya. ODHA memaknai pengobatan ARV harus dijalankan dengan penuh kepatuhan terutama waktu minum obat walaupun banyak menimbulkan efek samping pada ODHA.

Penyakit HIV/AIDS menyebabkan penderitanya mengalami masalah stigma dan diskriminasi. Stigma dan diskriminasi yang dirasakan ODHA membuat dirinya menutup diri terhadap orang lain. ODHA mengalami gangguan dalam berinteraksi sosial yang berasal dari dirinya sendiri maupun dari orang lain disekitar dirinya. ODHA yang tinggal bersama keluarga dilakukan perawatan secara maksimal oleh keluarga. Kemampuan keluarga merawat ODHA sangat tergantung dari keluarga dapat mengenal masalah kesehatan dalam keluarga, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

### Saran

Harapan orang dengan HIV/AIDS pada penelitian ini adalah mendapatkan perawatan oleh keluarga yang penuh dengan empati. Perawatan yang penuh empati merupakan bentuk dukungan sosial dari keluarga. Makna perawatan orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan oleh keluarga adalah dengan memberikan dukungan

berupa dukungan instrumental, emosi dan penghargaan pada ODHA, yang memegang peranan penting dalam kehidupannya.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Abdullah, A. F. 2008. *Membangun Positive Thinking Secara Islam*. Gema Insani: Jakarta.
- Agustriadi, O., Sutha B.I. 2008. Aspek Pulmonologis Infeksi Oportunistik pada Infeksi HIV/AIDS. *Jurnal Ilmu Penyakit Dalam*, 9 (3).
- Creswell, W.J. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design*. Sage Publication.Inc: California.
- Depertemen Kesehatan RI. 2010. *Strategi Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007*. Jakarta: Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat.
- Dermatoto, A. 2008. *ODHA Masalah Sosial pada Pemecahannya*. Publikasi Ilmiah Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Surakarta : Universitas Sebelas Maret.
- Friedman, M.M., Bowden,R.V & Jones, G.E. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktik*. Edisi 5. EGC: Jakarta.
- Heardman. 1990. *Apa Itu Dukungan Sosial*, (Online), (<http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-dukkungan-sosial.html>), diakses 22 Juni 2011.
- Judarwanto,W. 2008. *HIV dan AIDS Mengancam Gerenasi Muda*, (online), (<http://www.wikimu.com/News/Print.aspx?id=11946>), diakses 20 Januari 2011.
- Kodja. B. 2010. Hubungan Gangguan Konsep Diri dengan Kerusakan Interaksi Sosial Menarik Diri Klien Gangguan Jiwa di BPRS Dadi Makasar. *Media kesehatan*, IV (2).
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2009. *HIV dan AIDS Sekilas Pandang*. Edisi 2. KPAN: Jakarta.
- Nasronudin. 2007. *HIV/AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Nasution, Rizali, dkk. 2000. *AIDS Kita Bisa Kena, Kita Bisa Cegah (10 Esai Terbaik Kelompok Perguruan Tinggi dan SMU/Kejuruan)*. Manora: Jakarta.
- O'Brien M. E. 2003. *Spirituality in Nursing: Satnding on Holy Ground*. Edisi 2. Jones and Bartlet: Boston.
- Ollich.J. 2007. *Derajat Depresi Penderita HIV/AIDS yang Dirawat Inap di RS Wahidin Sudirohusodo Periode bulan Mei 2007*, (online), ([www.pdskjijaya.org/abstrak/Free%20Paper%20V.doc](http://www.pdskjijaya.org/abstrak/Free%20Paper%20V.doc)), diakses 25 Desember 2010.
- Saronson. 1991. *Apa Itu Dukungan Sosial*, (Online), (<http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-dukkungan-sosial.html>), diakses 22 Juni 2011.
- Sasanti, A., Irmagita & Indriasti W. 2006. *Oral Health Profile of Person with HIV at Pokdisus AIDS-RSCM*, (online), (Preliminary report.<http://staff.ui.ac.id/internal/130611236/material/IHVCB-UI290107.pdf3>), diakses 26 Juni 2011.
- Stuart, W & Sundeen, J. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3. EGC: Jakarta.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. 2003. *Qualitative Research in Nursing. Advancing The Humanistic Imperative*. Edisi 3. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Suliswati dkk. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC: Jakarta.

UNAIDS. 2001. *The Impact of Voluntary Caounseling and Testing: A Global Review of The Benefit and Challenges*, (online), (<http://www.uniads.org>), diakses 28 Januari 2011.

## HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN POSYANDU DENGAN FREKUENSI KUNJUNGAN IBU BALITA

**Rahmi Nur Fitri Handayani, Tenti Kurniawati**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: tenti\_a@yahoo.com

**Abstract:** This study aims at determining the correlation between the quality of *Posyandu* health care service and mothers visit at *Posyandu* XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta. This research used the analytical correlation survey method with the cross-sectional approach. The sampling technique used in this research was total sampling technique. The respondents, therefore, were the total number of mothers who regularly visits the *Posyandu* (44 mothers). The data analyzed by *Kendall-Tau*. The result showed that the  $\tau$  value was 0.471 at the significant level of  $\alpha = 0.05$  resulted the value of  $\rho = 0.001$ , it meant  $\rho < \alpha$ . A number of 28 mothers (63.6%) were categorized into high visit frequency, while 22 others (50.0%) were categorized as fairly regular visit. The conclusion is there was a correlation between the quality of *Posyandu* health care and the frequency of mothers visit at *Posyandu* XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta.

**Keywords:** maternal & child health center, health care service quality, visit frequency

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan metode survei analitik korelatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel penelitian sebanyak 44 ibu balita yang diambil dengan menggunakan teknik total sampling. Analisis data menggunakan uji korelasi *Kendall Tau* menunjukkan bahwa nilai  $\tau=0,471$  pada tingkat signifikan  $\alpha = 0,05$  menghasilkan nilai  $\rho = 0,001$ , yang berarti  $\rho < \alpha$ . Sebanyak 18 ibu (63,6%) dikategorikan mempunyai frekuensi kunjungan teratur dan sebanyak 22 ibu (50,0%) memiliki frekuensi kunjungan cukup teratur. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi ibu balita yang berkunjung di Posyandu XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta.

**Kata kunci:** posyandu, kualitas pelayanan kesehatan, frekuensi kunjungan

## PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan dilaksanakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat. Peran serta masyarakat dalam berbagai upaya pembangunan kesehatan antara lain dapat dilihat dari Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang berkembang dengan pesat baik dalam bentuk Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Obat Desa (POD) maupun Dana Sehat. Rasio posyandu terhadap desa pada tahun 1999 sudah melebihi 90%, artinya hampir setiap desa telah mempunyai sebuah posyandu yang berfungsi untuk mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat (Wijayanti, 2009).

Posyandu adalah salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk pemberdayaan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Departemen Kesehatan RI, 2006). Posyandu menjadi ujung tombak perbaikan gizi anak. Posyandu diasumsikan sebagai salah satu pendekatan yang tepat untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status gizi balita (Adisasmito, 2008).

Posyandu setiap bulannya melakukan kegiatan penimbangan berat badan balita dan hasilnya dicatat dalam buku KIA atau KMS. Catatan KIA bertujuan untuk mengetahui hasil penimbangan apakah garis pertumbuhannya naik, tidak naik atau di bawah garis merah (BGM). Dengan penimbangan anak balita yang dilaksanakan setiap bulan dapat diketahui kecenderungan status gizi seorang anak (Sulistiyorini, 2010). Posyandu memiliki lima kegiatan pokok yaitu keluarga berencana (KB), kesehatan ibu dan anak (KIA), pemantauan gizi anak,

imunisasi dan penanggulangan diare. Semua program posyandu memiliki peran yang penting dalam menurunkan angka kematian bayi (AKB).

Kebijakan pemerintah melalui Surat Edaran Menteri dalam Negeri dan otonomi Daerah Nomor 411.3/1116/SJ tanggal 13 Juni 2001 tentang Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu merupakan acuan upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan dasar dan peningkatan status gizi masyarakat (Sulistiyorini, 2010). Dasar pelaksanaan posyandu yaitu Surat Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri, Menteri Kesehatan dan Kepala BKKBN no.23 tahun 1985, 21/Men.Kes/Inst.B./IV 1985, 112/HK-011/A/1985 tentang penyelenggaraan posyandu (Hikmawati, 2008).

Sekarang ini tercatat sekitar 235 ribu posyandu di seluruh Indonesia. Jumlah posyandu ini diharapkan akan semakin bertambah banyak, sehingga berbagai program kesehatan yang diselenggarakan pemerintah bisa menjangkau warga masyarakat di desa-desa (Ma'sum, 2007). Jumlah posyandu pada tahun 2006 di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta berjumlah 5.572 posyandu, dengan persentase posyandu purnama dan mandiri sebesar 50,47%. Angka ini lebih besar dari target standar minimal yang telah ditetapkan yaitu sebesar 25% (Dinkes DIY, 2007).

Pada data Susenas 2001 ditemukan bahwa 40% balita dilaporkan dibawa ke posyandu dalam satu tahun terakhir dan sekitar 28% balita tidak pernah dibawa ke posyandu sama sekali. Sedangkan 32% balita jarang melakukan kunjungan ke posyandu, atau hanya beberapa kali saja dalam setahun. Fakta ini menunjukkan bahwa, walaupun lebih dari 90 persen desa telah memiliki posyandu yang telah tersebar, namun hanya 40 persen balita yang memanfaatkan pelayanan posyandu secara rutin setiap bulannya (Depkes RI, 2006). Apabila

perilaku berkunjung ke posyandu semakin berkurang maka dapat mengakibatkan tahap tumbuh kembang anak akan terganggu, status gizi anak tidak terpantau dengan baik, dan tujuan dari posyandu itu sendiri juga tidak akan tercapai sehingga sampai menyebabkan angka kecacatan, kematian, serta kesakitan balita akan meningkat.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketidakaktifan ibu balita sehingga tidak berkunjung ke posyandu antara lain faktor keluarga meliputi tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, umur balita, kepercayaan, status pekerjaan, tingkat pendapatan dan sikap (Notoatmodjo, 2003). Faktor lingkungan meliputi keterjangkauan (letak dan jarak), sarana dan fasilitas posyandu (Hikmawati, 2008). Faktor kualitas pelayanan kesehatan posyandu meliputi kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, efisiensi, kontinuitas, keamanan, hubungan antar manusia, kenyamanan (Pohan, 2007). Sedangkan menurut Wijono (2000) kualitas dipengaruhi oleh struktur, proses dan *outcome*.

Posyandu XI adalah salah satu Posyandu aktif dari 15 Posyandu di Desa Sidoluhur, Godean, Sleman. Posyandu ini berada di Dusun Serangan, Sidoluhur Godean, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Dari hasil studi pendahuluan, diperoleh data jumlah balita yang ada di Posyandu XI ada 40 anak, jumlah yang hadir (berkunjung) 21 anak sedangkan yang tidak hadir 19 anak. Data penimbangan berat badan yang mengalami kenaikan ada 10, yang mengalami penurunan ada 5 dan yang tetap ada 6, sedangkan berat badan dibawah garis merah tidak ada.

Berdasarkan hasil survei tanya jawab dengan salah satu ibu mengatakan bahwa kader kesehatan yang ada di Posyandu XI terbatas, hanya ada 3 kader kesehatan yaitu kader yang bertugas di meja pendaftaran, kader di meja penimbangan dan kader di

meja pemberian makanan tambahan. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi penurunan kunjungan di Posyandu XI yaitu kurangnya ketrampilan yang dimiliki kader kesehatan, karena ketrampilan merupakan hal penting dalam memantau status kesehatan. Pemantauan kunjungan dari petugas kesehatan Puskesmas yang kurang teratur, rendahnya minat masyarakat untuk mengikuti kegiatan posyandu, kurangnya kemampuan kader kesehatan dalam mengelola dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan posyandu.

Melihat jumlah kunjungan posyandu balita masih kurang, maka penulis tertarik melakukan penelitian mengenai "Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan Posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta".

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian survei analitik korelatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel pada penelitian ini adalah 44 responden, artinya semua ibu yang mempunyai anak balita usia 1-5 tahun di wilayah kerja Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dengan bentuk pertanyaan tertutup (*closed ended*).

Kuesioner terbagi menjadi 3 bagian yaitu kuesioner A mengenai data identitas responden, kuesioner B mengenai data pernyataan tentang kualitas pelayanan kesehatan posyandu yang berjumlah 24 pernyataan dan kuesioner C mengenai data perilaku berkunjung ke posyandu dengan melihat buku KMS atau KIA dalam kurun waktu satu tahun terakhir secara berturut-turut. Analisis data menggunakan uji korelasi *Kendal Tau (t)*.



## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

**Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Pekerjaan Responden**

Usia Responden	Frekuensi	Persentase
< 20 tahun	1	2,3%
20-35 tahun	32	72,7%
> 35 tahun	11	25%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>
Jenis Pekerjaan		
IRT	28	63,6%
PNS	3	6,8%
Karyawan/Swasta	12	27,3%
Wiraswasta	1	2,3%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden adalah ibu dengan rentang usia 20-35 tahun yaitu sebanyak 32 orang (72,7%). Sebagian besar responden adalah ibu yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 28 orang (63,6%).

**Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Sumber Informasi Posyandu**

Sumber Informasi	Frekuensi	Persentase
Penyuluhan	38	86,4%
Tetangga	6	13,6%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 2 di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 38 responden (86,4%) memperoleh informasi mengenai Posyandu XI melalui penyuluhan.

**Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan**

Pendidikan Responden	Frekuensi	Persentase
SD	1	2,3%
SLTP	3	6,8%
SLTA/SMK	30	68,2%
PT	10	22,7%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden adalah ibu yang memiliki pendidikan terakhir SLTA/SMK yaitu sebanyak 30 orang (68,2%).

**Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jarak dari Rumah dan Frekuensi Kunjungan ke Posyandu**

Jarak dari rumah ke Posyandu	Frekuensi	Persentase
< 0,5 km	14	31,8%
0,5-1 km	11	25,0%
> 1 km	19	43,2%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>
Frekuensi Kunjungan ke Posyandu		
Teratur	18	40,9%
Cukup teratur	22	50,0%
Tidak teratur	4	9,1%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 19 responden (43,2%) memiliki jarak dari rumah ke Posyandu adalah lebih dari 1 km. Sebagian besar responden atau sebanyak 22 orang (50,0%) cukup teratur melakukan kunjungan ke Posyandu (8-11 kali dalam setahun).

## Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu

**Tabel 5. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu**

Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu	Frekuensi	Persentase
Baik	9	20,5%
Cukup baik	28	63,6%
Kurang baik	7	15,9%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 28 orang (63,6%) menganggap atau menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu cukup baik.

## Hubungan antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman

Berdasarkan uji statistik *kendall tau* didapatkan nilai  $\tau$  sebesar 0,471 dengan taraf signifikan atau  $p = 0,001$  lebih kecil dari nilai  $\alpha = 0,05$  atau  $p < \alpha$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman Yogyakarta.

## Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 22 orang (50,0%) cukup teratur melakukan kunjungan ke Posyandu (8-11 kali dalam setahun). Hal ini dapat dipengaruhi beberapa faktor antara lain tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, umur balita, status pekerjaan, jarak tempat tinggal

dan jumlah anak (Notoatmodjo, 2003). Sedangkan menurut Pohan (2007) menyebutkan faktor yang dapat mempengaruhi kunjungan ibu balita ke posyandu yaitu kualitas pelayanan kesehatan.

Faktor tingkat pendidikan ibu sebagaimana terlihat dalam tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah ibu yang memiliki pendidikan terakhir SLTA/SMK yaitu sebanyak 30 orang (68,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian Ngastiyah (2005) yang menjelaskan bahwa faktor tingkat pendidikan menentukan tinggi rendahnya seseorang dalam memahami pengetahuan tentang kegiatan posyandu. Semakin baik tingkat pendidikan orang tua, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak dan manfaat kegiatan posyandu. Dalam penelitian ini, tingkat pendidikan dikendalikan dengan memilih ibu yang memiliki tingkat pendidikan terakhir minimal SD.

Faktor tingkat pengetahuan ibu sebagaimana terlihat dalam tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 38 responden (86,4%) memperoleh informasi mengenai Posyandu XI melalui penyuluhan. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang banyak mempengaruhi perilaku individu, dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan seorang ibu tentang manfaat posyandu, maka semakin tinggi pula tingkat kesadaran untuk berperan serta dalam program kegiatan posyandu. Pengetahuan tentang posyandu yang rendah akan menyebabkan rendahnya tingkat kesadaran ibu untuk berkunjung ke posyandu.

Faktor usia balita mempengaruhi kunjungan balita ke posyandu karena masa balita adalah masa pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan selanjutnya. Menurut teori Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa faktor usia balita merupakan faktor yang

paling berpengaruh terhadap kunjungan ke posyandu, dengan rentang umur 12–35 bulan dan umur 36–59 bulan.

Pada penelitian ini rata-rata balita yang teratur melakukan kunjungan ke posyandu yaitu umur 1–4 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai balita mendekati umur 5 tahun sudah merasa tidak perlu lagi berkunjung ke posyandu. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Trisnawati (2011) yang menjelaskan bahwa ibu yang mempunyai balita berusia lebih dari 35 bulan tidak perlu lagi hadir ke posyandu, karena ibu merasa balitanya sudah mendapatkan imunisasi lengkap.

Soetjiningsih (2000), menyatakan bahwa jumlah anak yang banyak pada keluarga akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang terhadap balitanya. Penelitian ini juga didukung oleh teori Hurlock (2005) yang menyatakan bahwa semakin besar keluarga maka semakin besar juga permasalahan yang akan muncul terutama untuk mengurus anak mereka, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kehadiran seorang ibu dan balitanya untuk berkunjung ke posyandu.

Pada penelitian ini sebagian besar ibu yang berkunjung ke posyandu memiliki jumlah anak satu, sehingga ibu yang memiliki jumlah anak satu lebih teratur berkunjung daripada ibu yang memiliki jumlah anak lebih dari satu. Hal ini dikarenakan ibu yang memiliki jumlah anak satu lebih fokus dalam mengurus balitanya. Dalam penelitian ini faktor jumlah anak telah dikendalikan dengan memilih ibu yang memiliki anak balita maksimal 4 anak, karena pembatasan jumlah anak inilah faktor jumlah anak dapat diabaikan pengaruhnya dalam pengaruh kunjungan balita ke posyandu.

Faktor terakhir yang mempengaruhi frekuensi kunjungan adalah faktor kualitas pelayanan kesehatan. Depkes RI (2003) mengatakan bahwa kualitas merupakan kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dapat menimbulkan kepuasan, serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Sehingga jika kualitas pelayanan kesehatan posyandu baik, maka kunjungan ibu balita juga akan baik dan rutin. Tetapi sebaliknya jika kualitas pelayanan kesehatan posyandu

**Tabel 6. Tabulasi Silang Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman Yogyakarta**

Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu	Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu						Jumlah	
	Baik		Cukup baik		Kurang baik		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Teratur	7	15,9%	11	25,0%	0	0,0	18	40,9%
Cukup teratur	2	4,5%	15	34,1%	5	11,4%	22	50,0%
Tidak teratur	0	0,1%	2	4,5%	2	4,5%	4	9,1%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>20,5%</b>	<b>28</b>	<b>63,6%</b>	<b>7</b>	<b>15,9%</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

kurang baik maka kunjungan ibu balita untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan posyandu juga kurang baik. Faktor inilah yang digali hubungannya dengan tingkat frekuensi kunjungan ibu balita di posyandu.

### **Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman**

Berdasarkan tabel 6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 28 orang (63,6%) menganggap atau menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu dalam kategori cukup baik, mayoritas 15 responden (34,1%) memiliki frekuensi kunjungan ke posyandu cukup teratur pula yaitu melakukan kunjungan 8-11 kali dalam satu tahun. Hasil uji statistik *kendall tau* didapatkan nilai  $\tau$  sebesar 0,471 dengan taraf signifikan atau  $p = 0,001$  lebih kecil dari nilai  $\alpha = 0,05$  atau  $p < \alpha$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman.

Responden yang menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu cukup baik dan melakukan kunjungan cukup teratur (34,1%) menunjukkan bahwa ada keterkaitan antara kualitas pelayanan dengan frekuensi kunjungan. Hal ini dapat disebabkan karena responden merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan (kader kesehatan posyandu).

Pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan mereka dan diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung sesuai sumber daya yang dimiliki, sehingga ibu-ibu balita termotivasi untuk melakukan kegiatan kunjungan kembali ke posyandu secara rutin setiap sebulan sekali.

Hasil penelitian ini didukung oleh teori Pohan (2007) yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan memiliki pengaruh terhadap frekuensi kunjungan ibu balita di posyandu. Semakin baik kualitas pelayanan kesehatan posyandu maka semakin baik pula frekuensi kunjungan ibu balita ke Posyandu.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik dapat diukur dengan delapan dimensi. Menurut teori Tjiptono (2007) menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan terdiri dari delapan dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang meliputi kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, efisien, kontinuitas, keamanan, hubungan antar manusia, kenyamanan. Pada penelitian ini dimensi-dimensi pelayanan kesehatan yang digunakan untuk mengukur standar pelayanan di Posyandu XI yaitu dimensi akses pelayanan kesehatan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa standar pelayanan kesehatan di Posyandu XI sudah memenuhi ketiga dimensi tersebut, yaitu dimensi akses pelayanan kesehatan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia. Artinya kualitas pelayanan kesehatan di Posyandu XI sudah cukup baik, sehingga secara langsung dapat meningkatkan frekuensi kunjungan ke posyandu secara rutin.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lestari (2009) yang menyatakan bahwa jika mutu pelayanan baik (sudah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan) maka tingkat kepuasan juga tinggi. Hal itu mendukung tingginya frekuensi kunjungan, karena semakin tinggi tingkat kepuasan maka semakin tinggi pula frekuensi kunjungan ke posyandu. Lestari (2009) berpendapat bahwa ada hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan ibu balita pengguna Posyandu di Desa Trimulyo Sleman, dengan nilai signifikan 0,04.

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 28 orang (63,6%) menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu dalam kategori cukup baik, mayoritas 15 responden (34,1%) juga memiliki frekuensi kunjungan ke posyandu cukup teratur pula. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan mempengaruhi frekuensi kunjungan.

Trisnawati (2011) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi ibu tentang posyandu dengan perilaku kunjungan ibu ke posyandu balita di Posyandu Mawar Dusun Soragan Ngestiharjo Kasihan Bantul 2011, dengan taraf signifikan 0,004.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut bahwa sebagian besar responden memiliki frekuensi kunjungan di posyandu cukup teratur yaitu sebanyak 22 ibu (50,0%), sebagian besar responden menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu cukup baik yaitu sebanyak 28 ibu (63,6%), ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman yang ditunjukkan dengan nilai  $\tau$  sebesar 0,471 dengan taraf signifikan atau  $\rho = 0,001$  lebih kecil dari nilai  $\alpha = 0,05$  atau  $\rho < \alpha$ .

### Saran

Bagi responden yang memiliki frekuensi kunjungan di posyandu dengan kriteria baik agar tetap dipertahankan, sedangkan untuk responden yang memiliki frekuensi kunjungan di posyandu dengan kriteria

cukup baik dan kurang baik disarankan untuk meningkatkan kunjungan ke posyandu setiap sebulan sekali agar status kesehatan balitanya dapat terpantau dengan baik.

Bagi profesi keperawatan khususnya perawat anak dan komunitas agar lebih memperhatikan status kesehatan dan tingkat tumbuh kembang balita serta memberikan dukungan kepada ibu balita agar rutin melakukan kunjungan ke posyandu. Misalnya perawat dan kader kesehatan mendatangi atau melakukan kunjungan ke rumah-rumah ibu balita, terutama balita yang tidak teratur dalam melakukan kunjungan ke posyandu.

Bagi kader posyandu diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan posyandu melalui penyuluhan kesehatan yang bekerjasama dengan petugas kesehatan puskesmas, pemeriksaan kesehatan oleh petugas puskesmas setiap sebulan sekali, konseling, dan mengaktifkan kegiatan posyandu di meja 4 dan 5 agar ibu-ibu balita termotivasi untuk melakukan kunjungan ke posyandu sehingga status kesehatan balita dapat terpantau dengan baik. Selain itu, kualitas pelayanan kesehatan posyandu dapat ditingkatkan melalui menjalin hubungan yang baik dengan ibu-ibu balita misalnya melalui komunikasi yang efektif, mengajak ibu-ibu untuk mengikuti kegiatan posyandu, dan meningkatkan kompetensi teknis dari kader-kader posyandu.

Bagi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian tentang posyandu diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini diantaranya dengan mengembangkan variabel bebasnya, misalnya persepsi ibu tentang manfaat posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita ke posyandu atau persepsi ibu tentang status kesehatan balita dengan frekuensi kunjungan ibu balita ke posyandu.

## DAFTAR RUJUKAN

- Adisasmito, W. 2008. *Sistem Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Pesada: Jakarta.
- DepKes RI. 2003. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Mutu di Puskesmas*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- DepKes RI. 2006. *Buku Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- Dinas Kesehatan DIY. 2007. *Profil Kesehatan Propinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2007*. Dinas Kesehatan DIY: Yogyakarta.
- Hurlock, Elizabeth B. 2005. *Perkembangan Anak*. Erlangga: Jakarta.
- Hikmawati, K. 2008. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Pemantau Pertumbuhan Berat Badan dengan Frekuensi Penimbangan Batita 1-3 Tahun di Posyandu Pakuncen Wirobrajan Yogyakarta 2008*. KTI Tidak diterbitkan. Yogyakarta: STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Lestari, I.D. 2009. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Kepuasan Ibu Balita Pengguna Posyandu di Desa Trimulyo Sleman*. Skripsi Tidak diterbitkan. Yogyakarta: STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Ma'sum, Ma'ruf. 2007. *Bayi (Panduan Lengkap Sejak dalam Kandungan hingga Merawat Bayi)*. Smart Media: Solo.
- Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit*. EGC: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pengantar Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Pohan, I. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan (Dasar-Dasar, Pengertian, dan Penerapan)*. EGC: Jakarta.
- Sulistyorini, C.I. 2010. *POSYANDU (Pos Pelayanan Terpadu) dan Desa Siaga*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Soetjiningsih. 2000. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC: Jakarta.
- Tjiptono, F. 2007. *Service, Quality, Satisfaction edisi 2*. C.V Andi Offset: Yogyakarta.
- Trisnawati. 2011. *Hubungan Persepsi Ibu Tentang Posyandu dengan Perilaku Kunjungan Balita ke Posyandu Mawar di Dusun Soragan Ngestiharjo Kasihan Bantul Yogyakarta Tahun 2011*. Skripsi Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi S1 Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Wijayanti, R. 2009. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Posyandu Balita di Desa Bandung Kecamatan Playen Kabupaten Gunung Kidul Yogyakarta Tahun 2009*. KTI Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi DIII Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Wijono, D. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Vol. 1*. Airlangga University Press: Surabaya.

## **Petunjuk bagi Penulis**

### **JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN**

1. Artikel yang ditulis dalam Jurnal Kebidanan dan Keperawatan meliputi hasil penelitian di bidang kebidanan dan keperawatan. Naskah diketik dengan program Microsoft Word, huruf Times New Roman, ukuran 12 pts, dengan spasi At least 12 pts, dicetak pada kertas A4 sepanjang lebih kurang 20 halaman dan diserahkan dalam bentuk *Print-Out* sebanyak 2 eksemplar beserta softcopynya. Pengiriman file juga dapat dilakukan sebagai Attachment e-mail ke alamat: bp3m\_stikesayo@yahoo.com
2. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Sistematika artikel hasil penelitian adalah judul, nama penulis, abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode penelitian, hasil dan pembahasan, simpulan dan saran, serta daftar pustaka.
3. Judul artikel tidak boleh lebih dari 20 kata. Judul dicetak dengan huruf kapital di tengah-tengah, dengan ukuran huruf 14 poin.
4. Nama penulis artikel dicantumkan tanpa gelar akademik, disertai lembaga asal, dan ditempatkan di bawah judul artikel. Jika naskah ditulis oleh tim, maka penyunting hanya berhubungan dengan penulis utama atau penulis yang namanya tercantum pada urutan pertama. Penulis utama harus mencantumkan alamat korespondensi atau e-mail.
5. Abstrak dan kata kunci ditulis dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Panjang masing-masing abstrak maksimal 150 kata, sedangkan jumlah kata kunci 3-5 kata. Isi abstrak mengandung tujuan, metode, dan hasil penelitian.
6. Bagian pendahuluan berisi latar belakang, konteks penelitian, hasil kajian pustaka, dan tujuan penelitian. Seluruh bagian pendahuluan dipaparkan secara terintegrasi dalam bentuk paragraf-paragraf.
7. Bagian metode penelitian berisi paparan dalam bentuk paragraf tentang rancangan penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, dan analisis yang secara nyata dilakukan peneliti.
8. Bagian hasil penelitian berisi paparan hasil analisis yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Setiap hasil penelitian harus dibahas. Pembahasan berisi pemaknaan hasil dan perbandingan dengan teori dan/atau hasil penelitian sejenis.
9. Bagian simpulan berisi temuan penelitian yang berupa jawaban atas pertanyaan penelitian atau berupa intisari hasil pembahasan. Simpulan disajikan dalam bentuk paragraf. Saran ditulis secara jelas untuk siapa dan bersifat operasional. Saran disajikan dalam bentuk paragraf.
10. Daftar rujukan hanya memuat sumber-sumber yang dirujuk, dan semua sumber yang dirujuk harus tercantum dalam daftar rujukan. Sumber rujukan minimal 80% berupa rujukan terbitan 10 tahun terakhir. Rujukan yang digunakan adalah sumber-sumber primer berupa artikel-artikel penelitian dalam jurnal atau laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi). Artikel yang dimuat di Jurnal Kebidanan dan Keperawatan disarankan untuk digunakan sebagai rujukan.
11. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama akhir, tahun). Pencantuman sumber pada kutipan langsung hendaknya disertai keterangan tentang nomor halaman tempat asal kutipan. Contoh: (Davis, 2003: 47).
12. Daftar rujukan disusun dengan tata cara seperti contoh berikut ini dan diurutkan secara alfabetis dan kronologis.

**Buku:** Smeltzer, Suzane C. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth. Edisi 8. EGC: Jakarta.

**Buku kumpulan artikel:** Saukah, A. & Waseso, M.G. (Eds). 2002. Menulis Artikel untuk Jurnal Ilmiah (edisi ke - 4, cetakan ke-1). Malang: UM Press.

**Artikel dalam buku kumpulan artikel:** Russel, T. 1998. An Alternative Conception: Representing Representation. Dalam P.J. Black & A. Lucas (Eds). *Children's Informal Ideas in Science* (hlm. 62-84). London: Routledge.

**Artikel dalam jurnal atau majalah:** Kansil, C.L. 2002. Orientasi Baru Penyelenggaraan Pendidikan Program Profesional dalam memenuhi Kebutuhan Industri. *Transport*, XX (4): 57-61.

**Artikel dalam koran:** Pitunov, B. 13 Desember, 2002. Sekolah Unggulan atukah Sekolah Pengunggulan, *Jawa Post*, hlm. 4 & 11.

**Tulisan/berita dalam koran (tanpa nama pengarang):** *Jawa Pos*. 22 April, 2006. Wanita Kelas Bawah Lebih Mandiri, hlm. 3.

**Dokumen resmi:** Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa. 1997. Pedoman Penulisan Pelaporan Penelitian. Jakarta : Depdikbud. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 tentang Sistem Pendidikan Nasional. 1990. Jakarta: PT Ammas Duta Jaya.

**Skripsi, tesis, disertasi, laporan penelitian:** Sudyasih, T. 2006. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberculosis Paru Dengan Sikap Orang Tua Anak (0-10 Tahun) Penderita Tuberculosis Paru Selama Menjalani Pengobatan di Puskesmas Piyungan Bantul Tahun 2006. Skripsi Diterbitkan. Yogyakarta: PSIK-STIKES 'ASYIYAH YOGYAKARTA.

**Makalah seminar, lokakarya, penataran:** Waseso, M.G. 2001. Isi dan Format Jurnal Ilmiah. Makalah disajikan dalam Seminar Lokakarya Penulisan Artikel dan Pengelolaan Jurnal Ilmiah, Universitas Lambungmangkurat, Banjarmasin, 9-11 Agustus 2001.

**Internet (karya individual):** Hitchcock, S., Carr, L. & Hall, W. 1996. A Survey of STM Online Journals, 1990-1995: The Calm before the Storm, (Online), (<http://journal.ecs.soton.ac.uk/survey/survey.html>), diakses 12 Agustus 2006.

**Internet (artikel dalam jurnal online):** Kumaidi, 2004. Pengukuran Bekal Awal Belajar dan Pengembangan Tesnya. *Jurnal Ilmu Pendidikan*. (online), Jilid 5, No. 4, (<http://www.malang.ac.id>), diakses 20 Januari 2000.

13. Tata cara penyajian kutipan, rujukan, tabel, gambar pada artikel berbahasa Indonesia menggunakan Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan (Depdikbud, 1987).
14. Semua naskah ditelaah secara anonim oleh mitra bestari (*reviewers*) yang ditunjuk oleh penyunting menurut bidang kepakarannya. Penulis artikel diberi kesempatan untuk melakukan perbaikan (revisi) naskah atas dasar rekomendasi/saran dari mitra bebestari atau penyunting. Kepastian pemuatan atau penolakan naskah akan diberitahukan secara tertulis.
15. Segala sesuatu yang menyangkut perizinan pengutipan atau penggunaan *software* komputer untuk pembuatan naskah atau ihwal lain yang terkait dengan HaKI yang dilakukan oleh penulis artikel, berikut konsekuensi hukum yang mungkin timbul karenanya, menjadi tanggungjawab penuh penulis artikel.
16. Sebagai prasyarat bagi pemrosesan artikel, para penyumbang artikel wajib menjadi pelanggan minimal selama satu tahun (dua nomor). Penulis menerima nomor bukti pemuatan sebanyak 2 (dua) eksemplar dan cetak lepas sebanyak 2 (dua) eksemplar. Artikel yang tidak dimuat tidak akan dikembalikan, kecuali atas permintaan penulis.





