

ISBN : 978-602-97846-3-3



PROCEEDING



Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan

2nd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care
**Aplikasi *Evidence Based Nursing*
dalam Meningkatkan *Patient Safety***

Semarang, 21 Juni 2014

Aula Lantai 3 Gedung A, Dekanat FK UNDIP, Tembalang

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO**

Alamat:

Jln. Prof. H. Soedharto, S.H

Tembalang-Semarang

Telp. 024-76480919 Fax. 024-76486849

Website : www.keperawatan.undip.ac.id



PROCEEDING

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

2nd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care

“Aplikasi Evidence Based Nursing dalam Meningkatkan Patient Safety”



Tim Penyunting:

Ns. Niken Safitri Dyan K, S.Kep., M.Si.Med
Ns. Henni Kusuma, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B

Semarang, 21 Juni 2014

Diselenggarakan oleh:

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
Jl. Prof. H. Soedarto, SH Tembalang, Semarang 50275
Telp. (024) 76480919 Fax. (024) 76486849

PROCEEDING SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN
2nd ADULT NURSING PRACTICE: USING EVIDENCE IN CARE
“Aplikasi *Evidence Based Nursing* dalam Meningkatkan *Patient Safety*”

EDITOR: Niken Safitri Dyan K, Henni Kusuma

LAYOUT EDITOR: Nur Laili Fithriana

DESAIN SAMPUL: Ahmat Pujiyanto

DIPUBLIKASIKAN OLEH PSIK FK UNDIP

JL. PROF H. SOEDARTO SH

TEMBALANG, SEMARANG, JAWA TENGAH 50265

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan
2nd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care
“Aplikasi *Evidence Based Nursing* dalam Meningkatkan *Patient Safety*”

Semarang: PSIK FK UNDIP, 2014

1 eksemplar, xi, 76 halaman, 8.27” x 11.69”

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

2nd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care

“Aplikasi Evidence Based Nursing dalam Meningkatkan Patient Safety”

Kami mengucapkan terima kasih kepada tim *reviewer*:

DR. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes

Suhartini, S.Kp., MNS

Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

Fitria Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr. Wb.

Salam sejahtera untuk kita semua.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, di mana kita dapat bersama-sama meluangkan waktu dan meringankan langkah untuk hadir dalam acara Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan *2nd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care* hari ini dengan tema “Aplikasi *Evidence Based Nursing* dalam Meningkatkan *Patient Safety*”.

Atas nama panitia kegiatan, saya ingin mengucapkan terima kasih atas partisipasinya dan selamat datang kepada Anda sekalian para peserta Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan di Semarang, Jawa Tengah.

Sejalan dengan pesatnya kemajuan teknologi dan informasi, tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas juga semakin meningkat. Perawat sebagai bagian dari petugas kesehatan diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan profesional yang terkini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Perawat juga dituntut untuk selalu berpikir kritis dalam mengambil keputusan perawatan klien, berdasarkan *evidence based practice* atau intervensi keperawatan berbasis pembuktian ilmiah. Dengan memberikan asuhan keperawatan berbasis *evidence* diharapkan dapat menghasilkan perawatan klien yang berkualitas, efektif, efisien, dan terstandar.

Saat ini, keperawatan di Indonesia masih terus meningkatkan kuantitas dan kualitas penelitian dan penerapan *Evidence Based Practice* dalam pemberian layanan asuhan keperawatan. Untuk mendukung hal tersebut, maka Departemen Keperawatan Dewasa, PSIK FK UNDIP menyelenggarakan Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan ini dimana kegiatan ini merupakan kali kedua kami menyelenggarakannya setelah pelaksanaan sebelumnya yang terselenggara pada tahun 2013. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui perkembangan terbaru mengenai aplikasi *Evidence Based Nursing Practice* khususnya di area keperawatan dewasa, sehingga nantinya diharapkan dapat diterapkan dalam kegiatan profesional keperawatan.

Akhir kata, jika ada kekurangan dalam penyelenggaraan seminar ini, kami mohon maaf. Selamat mengikuti seminar dan rangkaian kegiatan pendukungnya. Semoga apa yang kita lakukan hari ini bermanfaat untuk kemajuan keperawatan di masa depan. Amiin YRA.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Semarang, 21 Juni 2014

Ns. Nana Rochana, S.Kep., MN
Ketua Panitia

SUSUNAN PANITIA
SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN
2nd *Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care*
“Aplikasi *Evidence Based Nursing* dalam Meningkatkan *Patient Safety*”

Ketua	: Ns. Nana Rochana, S.Kep., MN
Sekretaris	: Ns. Henni Kusuma, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep.M.B
Bendahara	: Titik Prawitarsih
Sie Ilmiah	: Ns. Niken Safitri Dyan K., S.Kep, M.Si.Med
Sie Acara	: Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.,M.Sc Chandra Bagus R., S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.M.B Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep.,MNS Ns. Doddy Setyawan, S.Kep, M.Kep
Sie Konsumsi	: Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep
Sie Pubdekdok dan Danus	: Ns. Ahmat Pujianto, S.Kep., M.Kep Nur Laili Fithriana, S.Kep Beny Bakhtiar Mukhtar Eka W Debby Agung S Marsha Yoke H Ismi Rofiqoh Dewa Ayu A Linda Riana Putri Luh Juita Amare P Wahyu Indah S Faisal Fachtur A Sandy Iin Cempaka Maria Rizky P Riska
Sie Perlengkapan	: Wakidjo

SUSUNAN ACARA

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN
2nd *Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care*
“Aplikasi *Evidence Based Nursing* dalam Meningkatkan *Patient Safety*”

Semarang, 21 Juni 2014

WAKTU	MATERI	NARASUMBER
07.00 – 08.00	Registrasi	-
08.00 – 08.30	Pembukaan : <ul style="list-style-type: none">• Laporan Kegiatan• Sambutan	Ketua Panitia Dekan FK Undip
08.30 – 10.00	Materi I : Inovasi Tindakan Keperawatan Berbasis Pembuktian Ilmiah dalam Meningkatkan <i>Patient Safety</i> pada Penderita Gangguan Kardiovaskular	- Dr. Rita Sekarsari. S.Kp.,Sp.Kv.,MHSM
10.00 – 10.30	<i>Poster Presentation</i>	Peserta
10.30 – 12.30	<i>Concurrent Session</i>	Peserta
12.30 – 13.30	ISHOMA	-
13.30 – 15.00	Materi 2 : <ul style="list-style-type: none">• <i>Evidence Based Nursing</i> dalam Pengendalian Infeksi• Aplikasi EBN pada IPSPG	Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.,M.Sc Chandra Bagus R, S.Kp, M.Kep, Sp.MB
15.00	Penutup	

DAFTAR ISI

Halaman Judul Luar	i
Halaman Judul Dalam	ii
Kata Pengantar	v
Susunan Panitia	vi
Susunan Acara	vii
Daftar Isi	viii
Materi Pembicara	
A. Dr. Rita Sekarsari, S.Kp., Sp.Kv., MHSM.....	2
Inovasi Tindakan Keperawatan Berbasis Pembuktian Ilmiah dalam Meningkatkan <i>Patient Safety</i> pada Penderita Gangguan Kardiovaskular	
B. Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep, MSc.....	12
<i>Evidence Based Nursing</i> dalam Pengendalian Infeksi	
C. Chandra Bagus R, S.Kp, M.Kep, Sp.MB	22
Aplikasi EBN pada IPST	
Oral Presentation	
01.	29
<i>Social Support “Bezoek” Related to Indonesian Culture as A Effort to Reduce Stress Hospitalization</i> <u>Ns. Atikah Fatmawati, S.Kep, CWCCA</u>	
02.	34
Studi Deskriptif: Respon Psikologis Kehilangan Keluarga Menurut Kubler-Ross Ketika Klien Stroke Terkena Serangan Pertama Kali di RS Tugurejo Semarang <u>Ike Wuri Winahyu Sari, Fitria Handayani</u>	
03.	43
Program <i>Self Management</i> pada Klien dengan Asma: <i>Literature Re- view</i> <u>Ns. Isni Lailatul Maghfiroh, S.Kep</u>	
04.	49
Sosialisasi Pemakaian Masker Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Pasien TB Paru dalam Mencegah Infeksi Silang di Rumah Sakit <u>Dodi Wijaya</u>	
05.	58
Pengaruh Terapi Akupresur terhadap Nyeri: <i>Literature Review</i> <u>Ns. Didi Kurniawan, S.Kep</u>	
06.	64
<i>End of Care</i> di Area Keperawatan Kritis: <i>Literature Review</i> <u>Ns. Hellena Deli, S.Kep</u>	

07.	71
Keselamatan Pasien dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan <u>Ns. Retno Purwandari, S.Kep, M.Kep</u>	
08.	77
Hubungan Frekuensi Senam Lansia dengan <i>Activity of Daily Living</i> pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Psuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014 <u>Nurus Safaah, SSt, M.Kes, Aris Puji Utami, SSt, M.Kes,</u> <u>Ns. Ayu Rahayu, S.Kep</u>	
09.	87
Pengaruh Memandikan dengan <i>Chlorhexidine</i> 2% terhadap Jumlah Bakteri Patogen pada Pasien di Ruang Perawatan Intensif <u>Manangkot, MV</u>	
10.	93
Asuhan Keperawatan Gangguan Istirahat dan Tidur di Area Keperawatan Kritis: Telaah Literatur <u>Ns. Ifa Hafifah, S.Kep</u>	
11.	100
<i>Patient Safety</i> di Area Keperawatan Kritis: <i>Literature Review</i> <u>Ns. Endah Setianingsih, S.Kep</u>	
12.	107
Hubungan Antara Oksigenasi dengan Tingkat Kesadaran pada Pasien Cedera Kepala Non Trauma di ICU RSUD Ulin Banjarmasin <u>Ns. Rina Anggraini I.S, S.Kep, Ns. Ifa Hafifah, S.Kep</u>	
13.	112
Kualitas Hidup Lansia dengan Terapi Komplementer Secara Mandiri <u>Agustina Ari Handayani, S.kep, S.Si, M.Si</u>	
14.	118
Perilaku Orang Tua dalam Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Pada Keluarga di Dusun Nogotirto, Sleman <u>Vivi Leona</u>	
15.	125
Pengaruh <i>Cold Compression Therapy</i> Terhadap Proses Penyembuhan Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah <u>Chandra Bagus Ropyanto</u>	
16.	133
Pengaruh Relaksasi Otot Progresif terhadap Kualitas Tidur Lansia di Balai Perlindungan Sosial Tresna Werdha (BPSTW) Ciparay Jawa Barat <u>Ns. Sulidah, S.Kep, M.Kep</u>	
17.	144
Model Pelayanan Penyakit Kronis <u>Meidiana dwidiyanti, S.Kp, M.Sc</u>	

18.	151
Kemampuan Berkomunikasi dan Berpikir Kritis dalam Mengambil Keputusan dengan Perilaku Seksual Berisiko pada Remaja	
<u>DR. Untung Sujianto, S.Kp, M.Kes</u>	
19.	159
Efektivitas Program Edukasi Predialisis Berbasis <i>Empowerment</i> pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik untuk Meningkatkan Efikasi Diri Pasien dalam Melakukan <i>Self Care</i>	
<u>Ns. Henni Kusuma, S.Kep, Sp.KMB</u>	
20.	166
Pengaruh Bauran Pemasaran Jasa dan Status Akreditasi terhadap Proses Keputusan Mahasiswa Memilih Program Studi S1 Keperawatan di STIK Immanuel Bandung	
<u>Dian Ekawati, H. Nandan Limakrisna, Vanessa Gaffar</u>	
21.	175
<i>Nursing Performance of Diploma and Baccalaureate Graduates in Selected Government Hospitals in Yogyakarta, Indonesia: Basis for An Action Plan</i>	
<u>Vivi Retno Intening</u>	
22.	183
Analysis of Knowledge and Skills Required of Nursing Students in Holistic Nursing at School of Nursing, Diponegoro University	
<u>Suhartini, S.Kp, MNS, Emi Tsuwaibah</u>	
23.	194
Komunikasi dan Kerja Sama Tim sebagai Elemen Penting dalam <i>Patient Safety</i> : Sebuah Kajian Literatur	
<u>Ns. Anisah Ardiana, S.kep, M.Kep</u>	
24.	198
<i>Disaster Management</i> di Area Keperawatan Kritis: <i>Literature Review</i>	
<u>Ns. Tri Sakti Wirotomo, S.Kep</u>	
 <i>Poster Presentation</i>	
01.	204
Tempat Penitipan Anak (TPA) di Kota Semarang	
<u>Meira Erawati, Astiwi Indriani</u>	
02.	210
Peningkatan Potensi Ekonomi Wanita Tidak Mampu melalui Pelatihan <i>Baby Sitter</i> di Kota Semarang	
<u>Sari Sudarmiati, Meira Erawati</u>	
03.	216
Penggunaan <i>Peripherally Inserted Central Catheter (PICC)</i> pada Bayi dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BLSR) dan Neonatus Sakit: <i>Literature Review</i>	
<u>Ns. Lydia, S.Kep</u>	

04.	.....	221
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di Wilayah Kota Yogyakarta 2013 <u>Ns. Lisa Permita Sari, S.Kep, Ns. Tri Wahyuni Ismoyowati, S.Kep</u>	
05.	.....	233
	<i>The Relationship between Mother's Knowledge about Immunization DPT with Handling Fever on Infant Post Immunization DPT in Work Area Community Health Centers od Haliwen, Belu District</i> <u>Yulmira T Tisel, Sulistiyawati, Anida</u>	
06.	.....	241
	Pengaruh Cara Hidup Keluarga terhadap Perkembangan Moral Anak Remaja (Studi pada Keluarga Nelayan dan Petani Kecil) <u>Ns. Sunanita, S.Kep, M.Kes, Ns. Dyah Pitaloka, S.Kep</u>	
07.	.....	251
	RUMPI PENDIAM (Rumah Peduli Penderita Diabetes Melitus) Sebagai Aplikasi Swabantu Menuju Koping Adaptif di Desa Tlogo Kasihan Bantul <u>Zulfa Mahdiatur Rasyida, Sri Ayu Rahayu Paneo, Savira Dhania Mukti Afi Budi Kurniawan, Lia Nurul Latifah</u>	
08	.....	256
	Behaviour of Female Sex Workers towards The/ AIDS in Several Countries: A Review <u>Ns. Ch. Yeni Kustanti, S.Kep, M.Nur, M.Pal.C</u>	
09.	.....	262
	<i>Research Based Nursing Practice (RBNP): Intervensi Musik untuk Menurunkan Kecemasan Pasien pada Setting Perioperatif di Instalasi Bedah Sentral RSUP dr. Kariadi Semarang</i> Veni Puspita Sari, Devi Novita Cahyaningrum, <u>Niken Safitri DK</u>	
10.	.....	269
	Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Melaksanakan <i>Patient Safety</i> di Kamar Bedah RS Tlogorejo Semarang Ni Luh Putu Ariastuti, Ani Margawati, <u>Wahyu Hidayati</u>	
11.	.....	282
	Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kualitas Hidup Anak Talasemia Beta Mayor di Instalasi Kesehatan Anak RSUP dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2013 Sutanti, <u>Nurullya Rachma</u>	
12.	.....	290
	Efek Penggunaan Back Pillow terhadap Insiden dekubitus di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> RSUP dr. Kariadi Semarang Indah Rosita, <u>Sonia Desiriana Putri, Destiya Dwi Pangestika, Ahmat Pujiyanto, Reni Sulung Utami</u>	

13.....	297
Efektivitas BGA Colling Storage untuk Stabilisasi Sampel Blood Gas Analysis (BGA) di Instaasi Gawat Darurat RSUP dr. Kariadi Semarang	
<u>Restyaningsih Ida</u> , Ema Maulina, Nimas Bangkit, Maria Prieska Putri, Dody Setyawan, Nana Rochana	
14.....	303
<i>Quality Improvement Project (QIP): Dorso Foor Board</i> untuk Mencegah Kontraktur Plantar Fleksi	
<u>Aditya Krisna</u> , Dwi Nur PS, Vina Ayu R, Ahmat Pujianto, Reni Sulung Utami	
15.....	308
Efektivitas Terapi Slow Stroke Back Massage terhadap Penurunan Tingkat Fatigue pada Pasien yang menjalani Hemodialisa di RSUD dr. Moewardi Surakarta	
<u>Purwani Oktyantari</u> , Rina Achiriyani, Henni Kusuma	

***Materi Seminar
Jelmiah Nasional
Keperawatan***



Efektivitas Model "PrOMiSe": Integrasi Edukasi dan Konseling Terhadap Perawatan Mandiri, Pengetahuan, Tahap Perubahan, *Readmission* dan atau Kematian Pasien Gagal Jantung

Dr. Ns.Rita Sekarsari, SKp.,Sp KV., MHSM

*) Disampaikan dalam Seminar Nasional Keperawatan,
UNDIP, 21 Juni, 2014, Semarang, Jawa Tengah

Rita Sekarsari

Model "PrOMiSe"

1

Rita Sekarsari

No	Pendidikan
1	AKPER DEPKES RI 1985
2	S1 PSIK UI 1993
3	S2 Monas Uni Melbourne 2001
4	Pengakuan Ns Sp KV 2011
5	S3 FIK UI Doktor Keperawatan 2013

NO	Organisasi saat ini
1	Ketua II PP PPNI 2010-2016
2	President INKAVIN 2012-2017
3	Ketua Kolegium Keperawatan Spesialis Kardiovaskular 2010 - 2016
4	Pengurus MTKI 2011- 2016
5	Pengurus ARSPI 2011 - 2016
6	Pembimbing Akreditasi & Surveyor Akreditasi Rumah Sakit V.2012 KARS (2013 sd>

No	Pekerjaan
1	Koordinator Program Diklat RSJPDHK 2012 -
2	Ketua Sub Komite Keperawatan RSJPDHK 2007 - 2012
3	Ketua Komite Keperawatan & Manajer Instalasi Rawat Inap GP II & Pav Sukaman, RSJPDHK 2001- 2007
4	Ka Ru ICU RSJPDHK 1993 - 2001
5	Supervisor Keperawatan RSJPDHK 1993 - 2009
6	Koordinator DIKLAT POST BASIC 1993 - 2001

Kontak :
ritaakbar@yahoo.com
Ph: 08151626004

2

Latar Belakang



Gagal Jantung

[WHO, 2001](#)

Penyakit Kardiovaskular,
10-18% → *healthy life years lost*

[Asian-HF Registry, 2013](#)

-Masalah utama di seluruh dunia

[AHA, 2013](#)

-Prevalensi rawat tidak berubah thn 2000-2010

[AHA, 2013; ESC, 2008](#)

-50 % meninggal dalam 5 thn walaupun telah th/

-Di Singapore, meningkat 40% → 24% dari seluruh pasien yang dirawat ([Asian-HF Registry, 2013](#)).

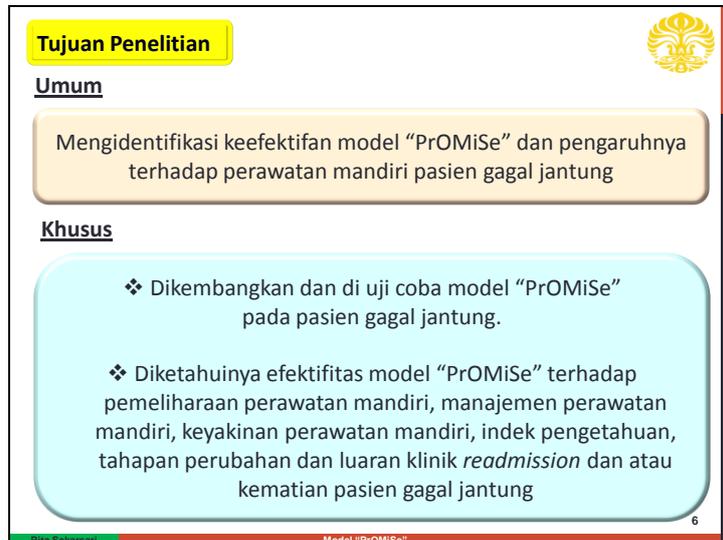
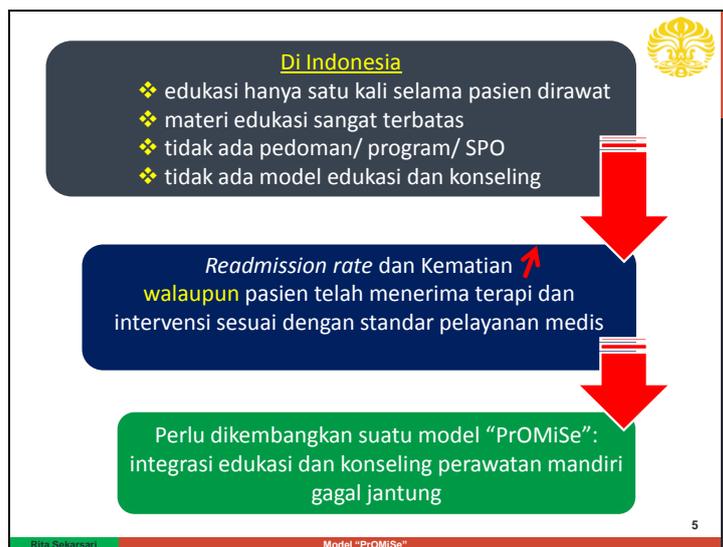
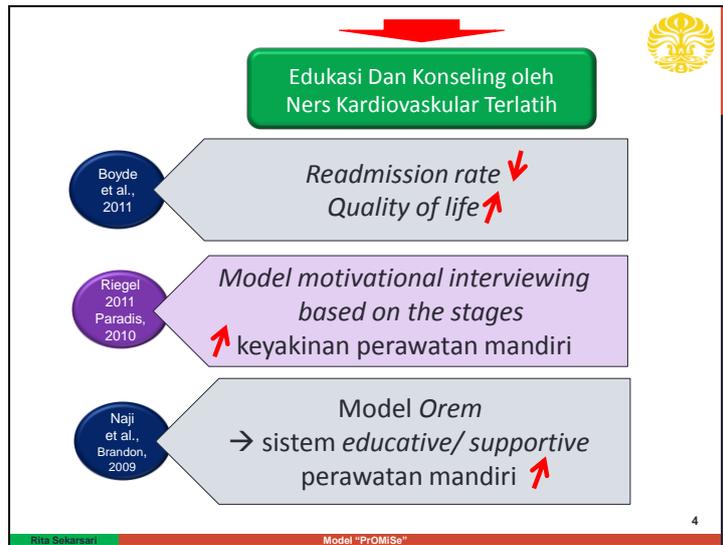
-Di PJNHK ada sekitar 18 % dan 14 % mengalami *readmission* 2-7 kali ([PJNHK, 2008](#)).

- Mortalitas ↑ 6.7% (2007); 12% (2008) di PJNHK ([Siswanto, 2010](#)).

3

Rita Sekarsari

Model "PrOMiSe"



HIPOTESIS PENELITIAN



Hipotesis Mayor

Model "PrOMiSe" Efektif Meningkatkan Perawatan Mandiri pada Kelompok Pasien Gagal Jantung yang Mendapat Perlakuan Dibandingkan Kelompok Pasien Gagal Jantung yang Tidak Memperoleh Perlakuan Model.

7

Rita Setyaningrum

Model "PrOMiSe"

METODE PENELITIAN



Tahap I : Pengembangan Model "PrOMiSe"

Studi Pendahuluan
Studi Literatur

Uji Coba Modul

Tahap II : Uji Coba Model

Desain: Kuasi *Experiment Pre-Post Test With Control Group Desain*
Pre test : 100 ; Post test 1: 98 ; Post test 2 : 87

8

Rita Setyaningrum

Model "PrOMiSe"

Analisa Data



Independent t-test

Uji *Chi-square*

Uji *Mann Whitney*

Regresi Logistik Ganda

Kaplan Meier

Regresi Cox



9

Rita Setyaningrum

Model "PrOMiSe"



Etika Penelitian

Respect for Persons

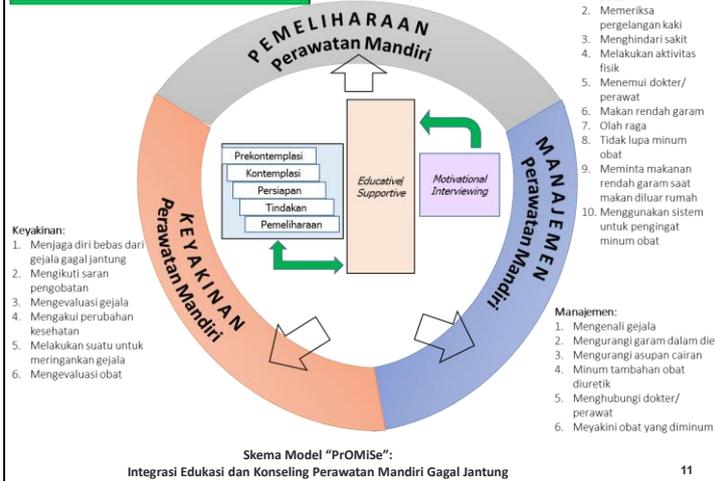


✓ Memenuhi Prinsip *Beneficence, Justice* dan Menghargai martabat manusia

✓ Lulus Kaji Etik:

- Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita, Jakarta

Hasil Penelitian Tahap I



Perangkat Model

Tabel 1. Karakteristik Demografis & Klinis Pasien Gagal Jantung Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Karakteristik	Intervensi (n=50)		Kontrol (n=50)	p*
	Median	Mean ± SD	Mean ± SD	
Usia	Median	55	58,5	0,062
	Mean ± SD	54,90 ± 9,62	58,74 ± 10,65	
Jenis Kelamin	Laki-laki	30 (60,0%)	38 (76,0%)	0,133
	Perempuan	20 (40,0%)	12 (24,0%)	
Status Perkawinan	Kawin	48 (96,0%)	49 (98,0%)	1,000
	Tidak kawin	2 (4,0%)	1 (2,0%)	
Pendidikan	SD/SMP	15 (30,0%)	11 (22,0%)	0,906
	SMU	25 (50,0%)	26 (52,0%)	
	SARJANA	10 (20,0%)	13 (26,0%)	
Pekerjaan	Bekerja	22 (44,0%)	18 (36,0%)	0,541
	Tidak bekerja	28 (56,0%)	32 (64,0%)	
Fraksi Ejeksi	Median	27	24,5	0,083
Tekanan Darah Sistolik	Median	115,00	120,00	0,233
	Median	77,00	76,00	
Tekanan Darah Diastolik	Median	77,00	76,00	0,794
	Mean ± SD	77,65 ± 14,57	76,90 ± 14,02	
Kelas Fungsional Gagal Jantung NYHA	NYHA Kelas II	20 (40,0%)	17 (34,0%)	0,679
	NYHA Kelas III	30 (60,0%)	33 (66,0%)	
Komorbiditas	Tanpa Komorbiditas	13 (26%)	11 (22%)	0,815
	Ada Komorbiditas	37 (74%)	39 (78%)	
Penyebab	HHD	34 (68%)	39 (78%)	0,368
	CAD	16 (32%)	11 (22%)	

*Uji Mann-Whitney, Uji t independen, & Uji Chi-Square

Tabel 2. Indeks Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung Sebelum dan Sesudah Intervensi Model "PrOMiSe" pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Indek Perawatan Mandiri Gagal Jantung	Sebelum	Sesudah (3 bulan)	Sesudah (6 bulan)
	n (50)	n (49)	n (47)
Intervensi			
Kontrol	n (50)	n (49)	n (40)
Pemeliharaan Perawatan Mandiri			
Intervensi	21,86 ± 4,21	31,92 ± 2,94	33,83 ± 3,44
Kontrol	23,14 ± 3,38	22,33 ± 2,90	23,23 ± 2,88
Nilai p*	0,133	<0,001	<0,001
Manajemen Perawatan Mandiri			
Intervensi	15,14 ± 3,06	20,24 ± 1,84	21,00 ± 2,05
Kontrol	15,52 ± 2,43	15,14 ± 2,65	15,53 ± 2,25
Nilai p*	0,881	<0,001	<0,001
Keyakinan Perawatan Mandiri			
Intervensi	17,16 ± 1,63	19,92 ± 1,92	21,15 ± 2,23
Kontrol	16,58 ± 2,64	17,06 ± 5,06	16,03 ± 2,29
Nilai p*	0,249	<0,001	<0,001

*Uji Mann-Whitney

Tabel 3. Pengaruh Model "PrOMiSe" Terhadap Pemeliharaan Perawatan Mandiri pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Variabel	B	S.E.	P	95% C.I. for EXP(B)		
				Exp(B)	Lower	Upper
Tipe Kelompok(1)	8.356	2.038	0	4255.306	78.327	231180.6
Usia	0.015	0.063	0.817	1.015	0.897	1.147
Tekanan Darah Sistolik	0.038	0.037	0.302	1.039	0.966	1.116
Constant	-	6.785	0.164	0		
	9.434					

*-2LL = 17.808; X2 = 102.236; df = 3; p = < 0,001

Chi-square	df	P*
6.133	8	0.632

*Hosmer and Lemeshow Test

*Uji Regresi Logistik Ganda, menunjukkan model bermakna dengan nilai p < 0.001, Kemampuan prediksi model sebesar 97,70%. R² = 0.924

Tidak terdapat Usia*TD S dengan nilai p = 0.788 Variabel pengganggu yang paling berpengaruh → TD Sistolik (OR= 58.44), namun tidak bermakna

Tabel 4. Pengaruh Model "PrOMiSe" Terhadap Manajemen Perawatan Mandiri pada Kelompok Kontrol dan Intervensi



Variabel	B	S.E.	P	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
					Lower	Upper
Tipe Kelompok(1)	6.010	1.224	.000	407.632	36.994	4491.698
Fraksi Ejeksi	-.027	.037	.468	.974	.906	1.046
Constant	-1.210	1.078	.262	.298		

*2LL = 39.254; X2 = 78.755; df = 2; p = <0,001

Chi-square	df	P*
2.838	8	0.944

*Hosmer and Lemeshow Test

*Uji Regresi Logistik Ganda, menunjukkan model bermakna dengan nilai p <0.001. Kemampuan prediksi model sebesar 93.1%. R² = 0.802

Tidak terdapat Usia*TD S dengan nilai p =0 .788
Variabel pengganggu →Fraksi Ejeksi (OR=12.14)

Tabel 5. Pengaruh Model "PrOMiSe" Terhadap Keyakinan Perawatan Mandiri pada Kelompok Kontrol dan Intervensi



Variabel	B	S.E.	p	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
					Lower	Upper
Tipe Kelompok(1)	4.448	1.064	.000	85.429	10.620	687.218
Constant	-.619	.331	.062	.538		

*2LL= 61.475; X2 = 46.267; df = 1; p = < 0,001

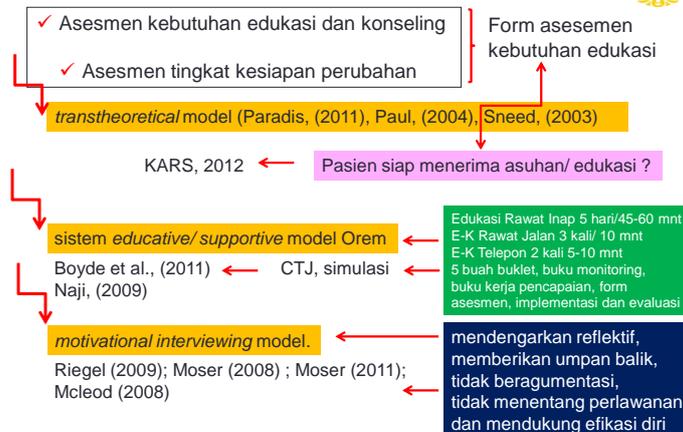
Chi-square	df	P*
2.731	8	.950

*Hosmer and Lemeshow Test

*Uji Regresi Logistik Ganda, menunjukkan model bermakna dengan nilai p <0.001. Kemampuan prediksi model sebesar 82.80 %. R² = 0.581

Tidak ditemukan variabel pengganggu (confounder)

Implementasi Model "PrOMiSe"



Pemeliharaan Perawatan Mandiri

- Penimbangan Berat Badan (66%) vs (0%) ← ESC, 2008
- Penimbangan BB / hari hanya pada minggu pertama setelah pasien pulang ← Evangelista, 2000
- Cek pembengkakan kaki (68%) vs (0%)
- Patuh berobat (51%) vs (3%)
- Masalah biaya (18%), tdk mengerti (57%), obat sama (68%) ← Moser, 2005
- Menghindari makanan tinggi garam (43% vs)%(0%) ← Diskstein et al., 2008
- Latihan fisik (13 %) vs (0%) ← Yanci et al., (2013)
- Uji berjalan 6 menit ≤ 240 meter pada saat pulang rawat harus menunggu hingga kondisi mereka stabil, minimal 1 bulan ← Radi,(2012).

19

Manajemen Perawatan Mandiri

- melakukan tindakan saat gejala terjadi
 - ✓ sodium 2-3 gram sehari ← Diskstein et al., 2008
 - Readmission ↓ ← Paterna et al., 2008
- restriksi cairan < 2 liter sehari ← Diskstein et al., 2008
- Manfaat klinik kurang, Traver 2007

Keyakinan Perawatan Mandiri

- ✓ Sangat percaya dgn pengobatan (62%) vs (0%) ← Moser, 2005
- ✓ Sangat percaya obat berfungsi baik (43% vs 5%)
- 19% kurang yakin obat baik

20

Tabel 6. Luaran Klinis Ketahanan Hidup Pasien Gagal Jantung Selama Waktu Penelitian Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi (n=100)

Kelompok Perlakuan	Meninggal dan atau Readmission		Waktu Survival		p*
	n (%)	n (%)	Mean	SE	
Intervensi	22 (40%)	28 (56%)	125,42	9,65	0,037
Kontrol	33 (60%)	17 (34%)	107,40	9,51	
Total	55 (55%)	45 (45%)	116,86	6,80	

* Uji Log Rank

Grifik 4.1 Fungsi Survival

Tabel 7. Luaran Klinis Peluang Readmission dan atau Kematian Pasien Gagal Jantung Selama Waktu Penelitian (6 Bulan)

	B	SEB	p	RR	95% CI HR
Intervensi ¹	-.566	.276	0,040	0,568	.33 - .975

¹Kontrol sebagai pembanding

21



Brandon (2009) intervensi melalui hubungan telepon
→ *Readmission* ↓

Sridhar (2004) intervensi edukasi
✓ Peluang *readmission* 0.79 kali
(95% CI 0.68-0.91).

✓ Kematian (*relative risk* 0.98 ;
95% CI, 0.72-1.34; p=0.90).

Boyde (2011) 4/19 studi → *Readmission* ↓

22



Tabel 8. Indeks Pengetahuan Pasien Gagal Jantung Sebelum dan Sesudah Intervensi Model "PrOMiSe" pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Indek Pengetahuan	Sebelum	Sesudah (3 bulan)	Sesudah (6 bulan)
Intervensi			
Range	9,06 - 72,64	59,02 - 95,34	63,56 - 95,34
Median	40,86	77,18	81,72
Mean ± SD	39,80 ± 16,26	78,67 ± 9,19	82,30 ± 7,43
Kontrol			
Range	4,54 - 68,18	13,63 - 68,18	13,63 - 68,18
Median	45,45	45,40	45,43
Mean ± SD	41,63 ± 14,05	44,50 ± 14,46	46,32 ± 12,35
Nilai p*	0,346	<0,001	<0,001

*Uji Mann-Whitney

23



Model "PrOMiSe"

- Edukasi terstruktur 4 sesi → 45-60 menit/sesi/hari, tatap muka satu per satu, ceramah, diskusi aktif-partisipasif, latihan keterampilan.

- Materi edukasi mengacu 5 buklet petunjuk praktis perawatan mandiri gagal jantung

(Clark, 2004; Reily, 2009; Clarke, 2011; Boyde, 2011).

Pendekatan *motivasional interviewing* berdasarkan tahap kesiapan berubah:

- selama pasien dirawat
- minggu ke 3-4, ke 7-8 dan ke 12 di klinik rawat jalan
- minggu ke 5-6 dan ke 9-10 melalui telepon 5-10 menit

Paradis (2010) dan Riegel (2006).

24



Tabel 9. Tahapan Perubahan Pasien Gagal Jantung Sebelum dan Sesudah Intervensi Model "PrOMiSe"

Tahapan Perubahan	Sebelum	3 bulan	6 bulan
Intervensi			
Pra Kontemplasi	4 (8,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Kontemplasi	32 (64,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Persiapan	14 (28,0%)	5 (10,2%)	1 (2,1%)
Tindakan	0 (0,0%)	36 (73,5%)	20 (42,6%)
Pemeliharaan	0 (0,0%)	8 (16,3%)	26 (55,3%)
Kontrol			
Pra Kontemplasi	4 (8,0%)	2 (4,1%)	1 (2,5%)
Kontemplasi	27 (54,0%)	26 (53,1%)	13 (32,5%)
Persiapan	19 (38,0%)	21 (42,9%)	24 (60,0%)
Tindakan	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,0%)
Pemeliharaan	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Nilai p*	0,553	<0,001	<0,001

*Uji Chi Square

25



Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian tidak dapat dilakukan secara randomisasi
2. Tindakan lanjut edukasi dan konseling melalui telepon sebagian besar dilakukan oleh peneliti sendiri yang juga sebagai ners kardiovaskular terlatih.

26



Implikasi Penelitian

1. Terhadap Perkembangan Ilmu & Penelitian Keperawatan

- ❖ Pelopor bagi perkembangan keilmuan keperawatan di Indonesia.
- ❖ Dapat digunakan sebagai materi pembelajaran konsep, teori dan model keperawatan

2. Terhadap Pelayanan Keperawatan

- ❖ Standar Pemberian Edukasi Dan Konseling.
- ❖ Pelatihan model "PrOMiSe" sebagai upaya peningkatan kompetensi perawat.

27

Simpulan, Model "PrOMiSe" Terbukti Bermakna:



1. Meningkatkan pemeliharaan perawatan mandiri, manajemen perawatan mandiri dan keyakinan perawatan mandiri gagal jantung dan teruji sebagai *good model fit*.
2. Menurunkan peluang terjadinya *readmission* dan atau kematian pasien gagal jantung.
3. Meningkatkan indek pengetahuan pasien tentang gagal jantung.
4. Meningkatkan tingkat tahapan perubahan tentang perawatan mandiri gagal jantung.

28

Rita Sekarsari

Model "PrOMiSe"

Saran



- 1. Aplikasi Keperawatan Kardiovaskular**
 - Kepada pemerintah menetapkan kebijakan.
 - Organisasi profesi : PPNI
 - Institusi penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan kardiovaskular.
 - Perawat pelaksana
- 2. Pengembangan Keilmuan Keperawatan**
 - Institusi pendidikan tinggi keperawatan
 - Hasil penelitian sebagai *best practices*
- 3. Penelitian selanjutnya**

29

Rita Sekarsari

Model "PrOMiSe"

Serangkai harapan untuk
pasien gagal jantung



Terimakasih

30

Rita Sekarsari

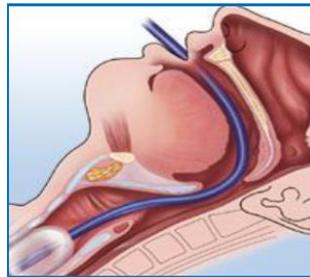
Model "PrOMiSe"

PREVENTING VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA

Ns. RENI SULUNG UTAMI, M.Sc
DEPARTEMEN KEPERAWATAN DEWASA
PSIK FK UNDIP

INTRODUCTION

- DEFINITION
- PATHOFISIOLOGY
 - RISK FACTORS
- PREVENTION
- CONCLUSION



DEFINITION

- **Hospital acquired pneumonia (HAP)**
 - 48 hours or more after admission
- **Ventilator associated pneumonia (VAP)**
 - Type of HAP developing > 48 hours after intubation
 - Early vs Late
- **10%-20% pasien yang terpasang ventilator mendapatkan VAP**

RISK FACTORS

- **Host related**

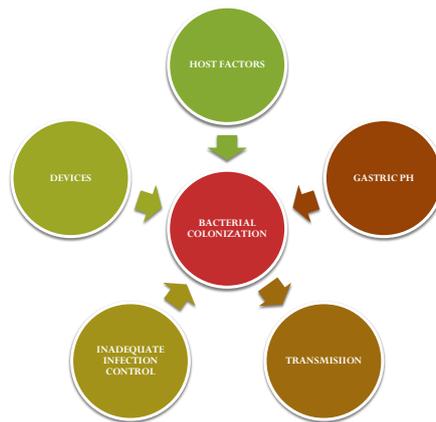
- Age
- Lung disease/ ARDS
- Immunosuppression
- Unconsciousness
- Body position
- Chest surgery
- Re-intubation/ prolonged intubation

- **Device related**

- Prolong Intubation
- Ventilator circuit
- Orogastric and nasogastric tube

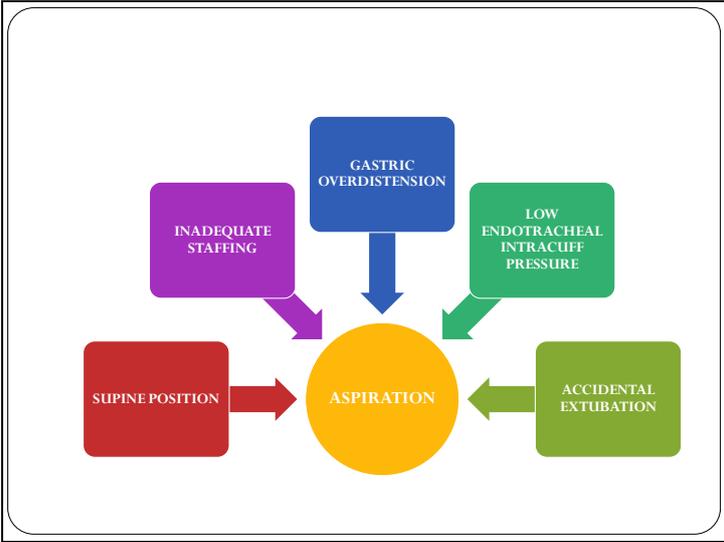
- **Personnel related**

- Hand washing, Noncompliance



PLACEMENT OF an ETT

- Negates the effective cough reflex to protect the airway from invasive pathogens
- Impedes the mucociliary clearance of secretions
- Depresses the epiglottic reflexes.
- The entry of virulent bacteria pools and leaks around the ETT cuff (Vincent, 2004) infiltrating the lungs causing pneumonia.



PATHOFISIOLOGY

- Oral airways, ETTs, bite blocks, and feeding tubes → keep the patient's mouth continually open → Xerostomia (a dry oral mucosa) is enhanced by the stress response that accompanies critical illness (Al-Hashimi, 1994).
- Patients who are intubated cannot counteract xerostomia because their natural oral immunity (i.e., the saliva's ability to remove dental plaque and microorganisms from the oral cavity) is impeded (Fitch et al., 1999).
- Colonization of the aerodigestive tract by gram-negative bacteria found in the nares, oropharynx, sinus cavities, and the bacteria found on dental plaque (Kunis & Puntillo, 2003)
- Direct microaspiration of colonized secretions from the upper respiratory tract into the patient's lungs (Kunis & Puntillo, 2003)

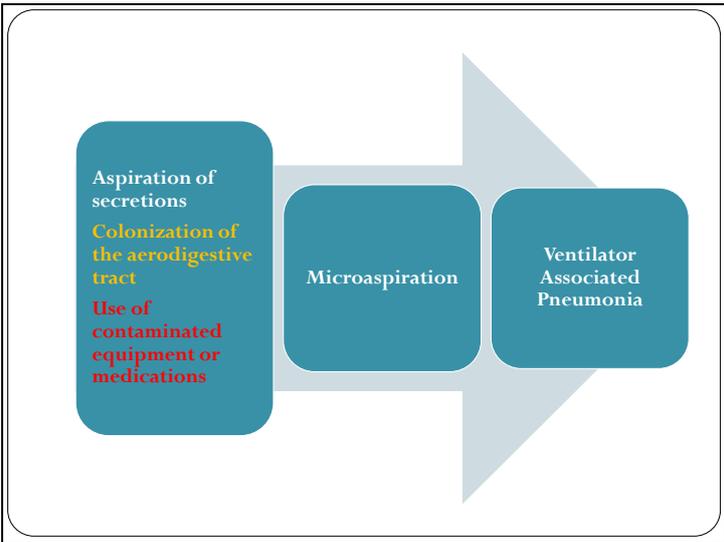


Table 1. Common pathogenic organisms in ventilator-associated pneumonia according to presence or absence of risk factors for multidrug-resistant organisms^{1/18}

Risk factors	Commonly isolated organisms
No risk factors	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> Antibacterial-sensitive enteric Gram-negative bacilli <i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Enterobacter</i> spp. <i>Proteus</i> spp. <i>Serratia marcescens</i>
Late onset (>5 days) or one of the following risk factors: antimicrobial therapy in preceding 90 days, current hospitalization of ≥5 days, high frequency of antibacterial resistance in the community or in the specific hospital unit, presence of risk factors for HCAP (hospitalization for ≥2 days in the preceding 90 days, residence in a nursing home or extended care facility, home infusion therapy [including antibacterials], chronic dialysis within 30 days, home wound care, family member with multidrug-resistant pathogen), immunosuppressive disease and/or therapy	As above plus: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>K. pneumoniae</i> (ESBL) <i>Acinetobacter</i> spp. Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>

ESBL = extended-spectrum β-lactamase; HCAP = healthcare-associated pneumonia.

IMPACTS...

- Prolongs periods of mechanical ventilation
- Extended length of ICU stay and length of hospital stay
- Increased utilization of healthcare cost and excess cost
 - VAP adds an estimated cost of \$40,000 to a typical hospital admission.
- Increased patient morbidity and mortality.
 - The mortality attributable to VAP may exceed 10%.



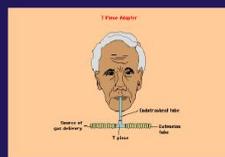
GENERAL STRATEGIES

- Adequate staffing
- Conduct active surveillance for VAP.
 - VAP risk assessment
 - Audit compliance with VAP bundles
 - Monitor incidence of VAP
- Adhere to hand-hygiene guidelines.
- Use noninvasive ventilation whenever possible.
- Minimize the duration of ventilation.
- Perform daily assessments of readiness to wean and use weaning protocols.
- Educate healthcare personnel who care for patients undergoing ventilation about VAP.

Minimize Duration of Invasive Ventilation



Spontaneous Awakening Trial (SAT)



Spontaneous Breathing Trial (SBT)

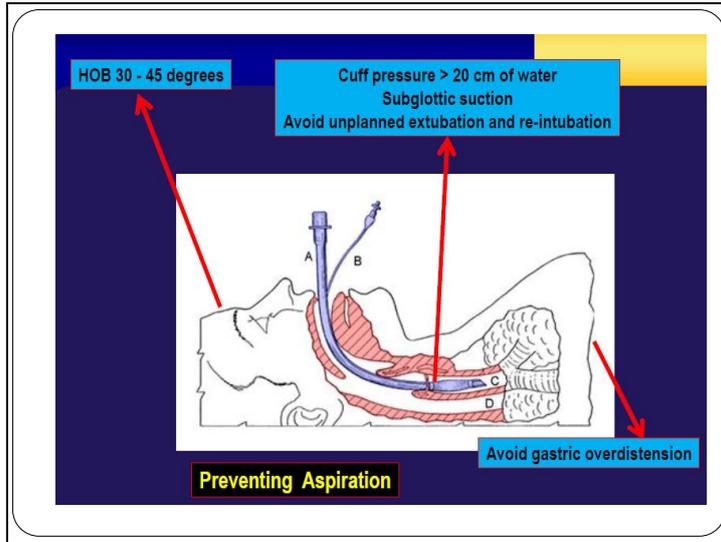


Consider Extubation to NIV

?Tracheostomy

STRATEGIES TO PREVENT ASPIRATION...

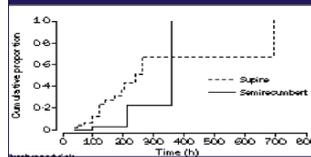
- Maintain patients in a semirecumbent position (30°-45° elevation of the head of the bed) unless there are contraindications.
 - Experimental trials have demonstrated that backrest elevation is associated with a reduced risk of pulmonary aspiration.
 - Multivariable analysis of risk factors associated with VAP found up to a 67% reduction in VAP among patients maintained in semirecumbency during the first 24 hours of mechanical ventilation.
- Avoid gastric overdistention.
- Avoid unplanned extubation and reintubation.
- Use a cuffed endotracheal tube with in-line or subglottic suctioning.
 - Meta-analysis demonstrated that subglottic secretion drainage was effective in preventing early-onset VAP.
- Maintain an endotracheal cuff pressure of at least 20 cm H₂O.



ELEVATION HEAD of BED 30-45 °

- Decreased VAP by reduction gastroesophageal reflux and subsequent aspiration of gastrointestinal, oropharyngeal, and nasopharyngeal secretions

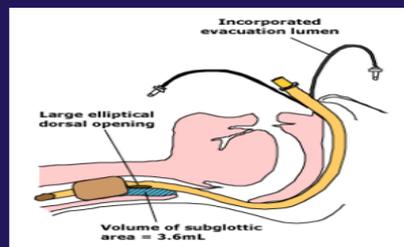
Supine position increases risk and frequency of VAP



Drakulovic MB et al.
Lancet 1999

SUBGLOTTIC SUCTION

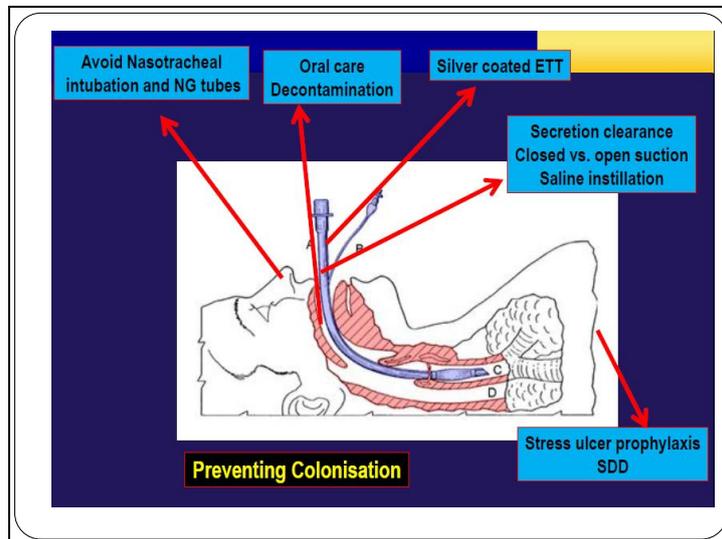
Drainage of subglottic secretions decreases aspiration and VAP



Muscedere J et al.
Crit Care Med. 2011

STRATEGIES TO REDUCE COLONIZATION

- Orotracheal intubation is preferable to nasotracheal intubation.
 - Nasotracheal intubation increases the risk of sinusitis, which may increase the risk for VAP.
- Avoid histamine receptor 2 (H₂)–blocking agents and proton pump inhibitors for patients who are not at high risk for developing a stress ulcer or stress gastritis.
 - Acid-suppressive therapy may increase the colonization density of the aerodigestive tract with potentially pathogenic organisms.
 - Seven meta-analyses have yielded inconsistent results regarding the magnitude of risk associated with the colonization of the aerodigestive tract. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee Guidelines identified the preferential use of sucralfate or H₂-blocking agents as an unresolved issue.
 - A single retrospective study of children undergoing ventilation found that the rate of VAP did not vary according to the strategy used to prevent gastrointestinal bleeding.
- Perform regular oral care with an antiseptic solution. The optimal frequency for oral care is unresolved.



- The composition of the oropharyngeal flora changes within 48 hours of hospital admission from gram-positive streptococci to a gram-negative flora, which potentiates the development of virulent organisms in the oral cavity (Fitch et al., 1999).
- Poor oral hygiene has been found to contribute to the colonization of oral flora that precedes pulmonary colonization that leads to gram-negative NIs (Fitch et al., 1999).

STRATEGIES TO MINIMIZE CONTAMINATION OF EQUIPMENT..

- Use sterile water to rinse reusable respiratory equipment.
- Remove condensate from ventilatory circuits. Keep the ventilatory circuit closed during condensate removal.
- Change the ventilatory circuit only when visibly soiled or malfunctioning.
- Store and disinfect respiratory therapy equipment properly.

Table 1
Randomized controlled trials of interventions to prevent ventilator-associated pneumonia

	Subjects	Impact on				
		VAP rates	Ventilator LOS	ICU LOS	Hospital LOS	Mortality
Elevation of the head of the bed						
Drakulovic, et al., 1999 (8)	221	NS	NS	NS	-	NS
van Nieuwenhoven, et al., 2006 (48)	221	NS	NS	NS	-	NS
Oral care						
Chlorhexidine						
DeRoo, et al., 1996 (40)	353	NS	NS	-	NS	80% ↓
Fournier, et al., 2000 (11)	60	69% ↓	NS	NS	-	NS
Gleason, et al., 2001 (2)	95	37% ↓	NS	NS	NS	-
Houston, et al., 2002 (47)	561	NS	NS	-	-	-
Fournier, et al., 2005 (48)	228	NS	NS	NS	-	NS
Koumans, et al., 2006 (3)	257	NS	NS	NS	NS	NS
Segers, et al., 2006 (49)	954	50% ↓	-	NS	8% ↓	NS
Taniguchi, et al., 2008 (50)	297	NS	-	-	-	NS
Chan, et al., 2007 (4) (meta-analysis)	2,144	44% ↓	NS	NS	-	NS
Oral topical antibiotics						
Laggans, et al., 1994 (51) (gentamicin)	67	NS	NS	-	-	NS
Bergmans, et al., 2001 (52) (gentamicin, colistin, vancomycin)	226	57%-68% ↓	NS	NS	NS	NS
Kollef, et al., 2006 (53) (sepiagen)	709	NS	-	-	-	NS
Chan, et al., 2007 (4) (meta-analysis)	1,098	NS	NS	NS	-	NS
de Smet, et al., 2008 (54) (tobramycin, colistin, amphotericin B)	3,894	-	NS	NS	NS	14% ↓
Deep vein thrombosis prophylaxis						
Siemans, et al., 1999 (54)	1,102	-	-	-	-	NS
Fraisse, et al., 2000 (55)	223	-	-	-	-	NS
Leizorovic, et al., 2004 (56)	3,706	-	-	-	-	NS
Maki, et al., 2006 (57)	2,474	-	-	-	-	NS
Stress ulcer prophylaxis						
Proffers, et al., 1984 (58)	348	NS	-	-	-	NS
Burden, et al., 1995 (59)	141	NS	-	-	-	NS
Yildizdas, et al., 2002 (60)	160	NS	-	-	-	NS
Kontorovs, et al., 2004 (61)	397	NS	NS	NS	-	NS
Cook, et al., 1996 (10) (meta-analysis)	7,218	NS	-	-	-	NS
Continuous aspiration of subglottic secretions						
Valles, et al., 1999 (6)	153	37% ↓	-	NS	-	NS
Kollef, et al., 1999 (62)	343	30% ↓	NS	NS	NS	NS
Simuders, et al., 2002 (63)	150	75% ↓	NS	NS	NS	NS
Lorente, et al., 2007 (64)	280	64% ↓	NS	NS	-	NS
Bouza, et al., 2008 (39)	690	NS	NS	NS	NS	NS
Silver-coated endotracheal tubes						
Kollef, et al., 2008 (8)	2,003	36% ↓	NS	NS	NS	NS

ICU, intensive care unit; LOS, length of stay; NS, not statistically significant; VAP, ventilator-associated pneumonia; Ventilator LOS, duration of mechanical ventilation.

Table 1 Summary of recommendations for ventilator-associated pneumonia prevention

Physical strategies	
Route of endotracheal intubation	We recommend that the orotracheal route of intubation should be used when intubation is necessary
Systematic search for maxillary sinusitis	We make no recommendation
Frequency of ventilator circuit changes	We recommend new circuits for each patient, and change if the circuits become soiled or damaged, but no scheduled ventilator circuit changes
Type of airway humidification	We make no recommendation
Frequency of change of airway humidification	We recommend changes of heat and moisture exchangers with each patient every 5-7 days and as clinically indicated
Type of endotracheal suctioning system (open vs. closed)	We recommend the use of closed endotracheal suctioning system
Frequency of change of endotracheal suctioning system	We recommend that closed endotracheal suctioning system should be changed for each patient and as clinically indicated
Subglottic secretion drainage	We recommend the use of subglottic secretion drainage in patients expected to be mechanically ventilated for >72h.
Timing of tracheostomy	We make no recommendation
Bacterial filters	
We do not recommend	
Positional strategies	
Rotating beds	The use of rotating beds should be considered
Semirecumbent positioning	We recommend that the head of the bed should be elevated to 45°. When this is not possible, attempts to raise the head of the bed as much as possible should be considered
Prone positioning	We make no recommendation
Pharmacological strategies	
Prophylactic antibiotics	
Aerosolized antibiotics	We make no recommendation
Nasal antibiotics	We make no recommendation
Intravenous antibiotics alone	We make no recommendation
Topical/oral and intravenous antibiotics	We make no recommendation
Oral antiseptic	
Chlorhexidine	The use of the oral antiseptic, chlorhexidine, should be considered
Povidone-iodine	The use of the oral antiseptic, povidone-iodine, should be considered in patients with severe head injury
Isoegan	We do not recommend
Prevention of maxillary sinusitis	We make no recommendation

Adapted with permission from [6**].

VAP Guidelines Committee and the Canadian Critical Care Trials Group, 2008

Table 1. Pharmacological and nonpharmacological measures to prevent ventilator-associated pneumonia.

Nonpharmacological Measures	Evidence grade	Pharmacological Measures	Evidence grade
Standard precautions	Level I	Oral decontamination	Level II
Hand hygiene	Level I	Selective digestive decontamination	Level II
Staff to patient ratio	Level II	Silver-coated endotracheal tube	Level I
Semiseated position	Level I	Daily sedation breaks	Level II
Adequate Endotracheal cuff pressure	Level II		
Drainage of subglottic secretions	Level II		
Avoidance of circuit manipulation	Level II		
Early extubation	Level I		

Evidence Grade
 Level I (high): evidence comes from well-conducted, randomized controlled trials.
 Level II (moderate): evidence comes from well-designed, controlled trials without randomization (including cohort patient series and case-control studies) and systematic analysis not collected in a randomized fashion.
 Level III (low): evidence comes from case studies and expert opinion.

TABLE. Strength of Recommendation and Quality of Evidence

Category/grade	Definition
Strength of recommendation	
A	Good evidence to support a recommendation for use
B	Moderate evidence to support a recommendation for use
C	Poor evidence to support a recommendation
Quality of evidence	
I	Evidence from ≥ 1 properly randomized, controlled trial
II	Evidence from ≥ 1 well-designed clinical trial, without randomization; from cohort or case-control analytic studies (preferably from >1 center); from multiple time series; or from dramatic results from uncontrolled experiments
III	Evidence from opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees

NOTE. Adapted from the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination.¹⁵

Table 5. Overall adherence

Strategy	Nurse Adherence, %	Physician Adherence, % ^a	p Value
Use of protective gowns and gloves	96.8	76.7	<.05
Provision of adequate nutritional support	96.0	95.1	NS
Dedicated use of disposable suction catheters	90.1	93.1	NS
Adequate hand-washing between patients	90.1	85.0	NS
Maintenance of adequate pressure in endotracheal tube cuff	90.1	90.0	NS
Chest physiotherapy	88.5	83.3	NS
Avoidance of gastric overdistention	88.2	100	<.05
Removal of nasogastric tube as soon as clinically feasible	88.2	100	<.05
Humidification with heat and moisture exchanger	84.3	77.2	NS
Routine changes of ventilator circuit	84.3	71.2	<.05
Postural changes	82.3	88.1	NS
Humidification with heat and moisture exchanger with bacteriologic filter	80.3	70.0	NS
Semirecumbent positioning of the patient	76.4	91.8	<.05
Daily changes of heat and moisture exchangers	74.5	58.9	<.05
Chlorhexidine oral rinse	72.5	55.4	<.05
Use of a formal infection control program	64.7	78.3	<.05
Routine changes of in-line suction catheter	62.7	70.9	NS
Scheduled drainage of condensate from ventilator circuits	58.8	75.4	<.05
Continuous subglottic suctioning	17.6	11.7	NS

NS, not significant.

^aData obtained from Ref. 7.

Table 6. Reasons for nonadherence

Nonadherence	Nurses, %	Physicians, %	OR (95% CI)
Unavailability	37.0	43.0	0.77 (0.44-1.37)
Patient discomfort	8.2	1.8	4.87 (2.90-8.18)
Disagreement with the results	7.8	23.9	0.26 (0.20-0.35)
Adverse effects	5.8	1.8	3.36 (1.96-5.74)
Costs	3.4	16.0	0.18 (0.12-0.27)
Other	21.9	13.4	1.81 (1.43-2.29)

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

*Data calculated from Ref. 7.

TERIMA KASIH



APLIKASI EBN PADA IPSG (INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOAL)

CHANDRA BAGUS ROPYANTO

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

APAKAH PERLUNYA IPSG ?



IPSG BERKAITAN DENGAN :

- Safety : derajat dimana pengembangan organisasi, peralatan, bersikap tidak membahayakan, atau mengurangi resiko pada pasien staff, atau pengunjung
- Patient safety : pencegahan untuk tidak merugikan pasien
- Kualitas keperawatan : derajat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan untuk individu maupun populasi yang ditentukan dari outcomes kesehatan dan konsisten berdasarkan penilaian pengetahuan profesional

QUALITY

DOING THE RIGHT THING

RIGHT FIRST TIME

RIGHT EVERYTIME

BAGAIMANA UPAYA YANG DILAKUKAN UNTUK
MENDUKUNG KESIAPAN PADA PELAYANAN
KEPERAWATAN DI INDONESIA ?



TABLE 1. TEN NEW RULES FOR CARE

1. Continuous healing relationships
2. Customization based on patient needs, values
3. Patient as source of control
4. Shared knowledge/free flow of information
5. Evidenced-based decision making
6. Safety as system property
7. Transparency
8. Anticipation of patient needs
9. Continuous decrease in waste
10. Cooperation among clinicians

PERLUNYA MERUBAH PARADIGMA PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PELAYANAN KEPERAWATAN

KONVENSIONAL

EBN

- Instuisi
- Pengalaman klinis
- Rasional patofisiologi

Kombinasi keahlian klinis yang terintegrasi evidence terbaik, nilai dan pilihan pasien, serta kondisi klinis

KEKUATAN EVIDENCE

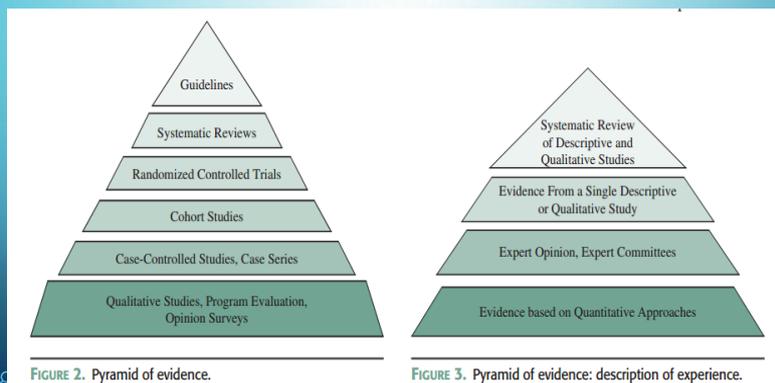
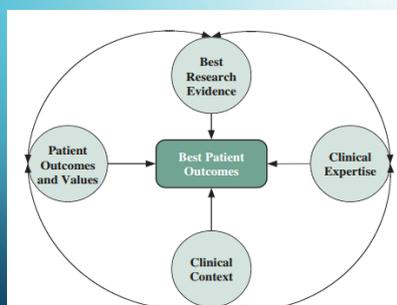


FIGURE 2. Pyramid of evidence.

FIGURE 3. Pyramid of evidence: description of experience.

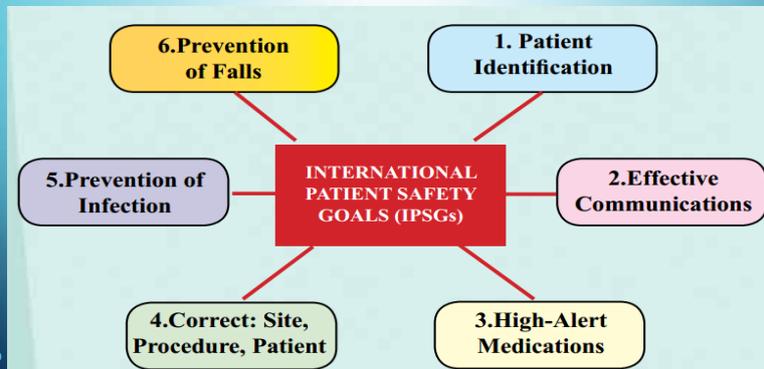
LANGKAH-LANGKAH YANG DILAKUKAN UNTUK MENGAPLIKASIKAN EBN DALAM IPSG



- Mengkaji kebutuhan praktik keperawatan
- Menghubungkan masalah intervensi dengan outcome
- Sintesis evidence terbaik
- Desain perubahan praktik keperawatan
- Implementasi dan evaluasi perubahan praktik
- Integrasikan dan jaga perubahan EBN

Holleman et al (2006)

KAJIAN PERAN PERAWAT DALAM PENERAPAN EBN PADA IPSG



International Patient Safety Goals (IPSG)

1	Identify Patients Correctly
---	-----------------------------



- Mengelola identitas berkaitan dengan medikasi, darah, atau produk darah
- Mengelola identitas sebelum melakukan tindakan dan prosedur

International Patient Safety Goals (IPSG)

2	Improve Effective Communications
---	----------------------------------

Leaders ensure effective and efficient communication among clinical and nonclinical departments, services, and individual staff members.

Joint Commission International

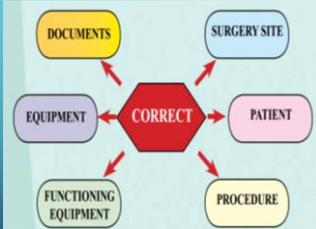
- Komunikasi antar tenaga kesehatan
- Komunikasi kepada pasien dalam melakukan tindakan dan prosedur

International Patient Safety Goals (IPSG)	
3	Improve the Safety of High-Alert Medications



- Peran perawat dalam memberikan medikasi
- Prinsip pemberian medikasi

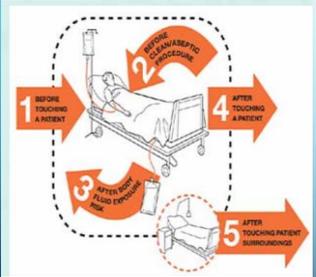
International Patient Safety Goals (IPSG)	
4	Ensure Correct Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery



Peran perawat pra operasi :

- Check : benar pasien, benar prosedur, dan benar area pembedahan
- Persiapan pasien
- Pendidikan kesehatan

International Patient Safety Goals (IPSG)	
5	Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections



- Cuci tangan dilakukan perawat, pasien, keluarga, dan pengunjung
- Kepatuhan cuci tangan pasien, keluarga, dan pengunjung
- Pencegahan dan pengendalian infeksi oleh perawat dalam melakukan tindakan dan prosedur

International Patient Safety Goals (IPSG)	
6	Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls



Fall risk symbol

Pengelolaan resiko jatuh :

- Pengkajian dengan instrumen yang tepat
- Intervensi dan implementasi
- Monitoring

**PATIENT SAFETY
FROM LEARNING TO ACTION**



**SEKIAN
DAN
TERIMA KASIH**



Oral Presentation



JUDUL	<i>Social Support “Bezoek” Related to Indonesian Culture as An Effort to Reduce Stress Hospitalization</i>
PRESENTER	Atikah Fatmawati
AUTHOR (S)	Atikah Fatmawati
INSTITUSI	STIKES Majapahit Mojokerto

ABSTRACT

Hospitalization would cause a person to get out of the routine of daily activities. Moreover, long-term hospitalization. The effects one of which is stress that occurred because people feel the changing role that doesn't like his daily routine, and that the financial factor of the disease will also add to the stressor. Behavioral and emotional responses to stress can be bridged one of them is to use a support system. The purpose of this study was to analyze the effectiveness of social support on stress reduction due to hospitalization.

Articles were collected through electronic databases CINAHL and Proquest using keywords hospitalization, stress, and social support. The inclusion criteria were studies to journals published in the period between the years 2007-2013.

The results of this study were social support can affect the stress response due to hospitalization, because the patient can communicate and socialize with their network.

Adequate and routine health education of hospitalization and the effects of social support needs to be given to patients and families.

Keywords: *hospitalization, stress, social support*

PENDAHULUAN

Saat seseorang mengalami perubahan kondisi kesehatan maka perawatan kesehatan yang salah satunya adalah hospitalisasi menjadi sangat penting. Terlebih pada pasien dengan kasus penyakit kronis yang terkadang harus menjalani hospitalisasi dalam jangka waktu lama. Bagi sebagian orang, menjalani perawatan inap di rumah sakit atau pelayanan kesehatan lain dapat memicu timbulnya berbagai efek psikologis yang negatif, diantaranya stress, cemas, depresi, bahkan harga diri rendah (Gammon, 1998).

Hospitalisasi dapat menyebabkan seseorang keluar dari rutinitas sehari-harinya. Misalnya pasien yang mengalami rawat inap/hospitalisasi dalam jangka waktu yang lama atau karena pembedahan, hal itu akan menyebabkan pasien keluar dari rutinitas hariannya, seperti kerja atau sekolah. Perubahan kebiasaan tersebut yang dapat memicu munculnya stress (DeLaune & Ladner, 2002). Hal tersebut diduga terjadi karena individu merasakan adanya perubahan peran yang tidak seperti rutinitas hariannya, dan yang tidak kalah penting adalah faktor keuangan akibat penyakit juga akan menambah stressor. Respon perilaku dan emosional terhadap stress dapat dijumpai salah satunya adalah dengan menggunakan sistem pendukung. Dikatakan bahwa sistem pendukung dapat mengurangi reaksi stress dan meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental (Revenson & Majerovitz, 1991). Sistem pendukung seperti keluarga, teman, dan rekan kerja yang akan mengunjungi, mendengarkan, dan memberikan nasihat dan dukungan emosional akan bermanfaat bagi seseorang yang mengalami stress.

Menurut Taylor (2006), dukungan sosial dapat mengurangi tekanan psikologis dan akibat yang ditimbulkannya. Dukungan sosial dianggap sebagai bentuk dukungan yang penting ketika menghadapi kondisi tekanan psikologis, salah satunya adalah stress

(Olsen, Dysvik, & Hansen, 2009). Hasil yang dapat diperoleh dari dukungan sosial salah satunya adalah motivasi. Dikatakan bahwa pencapaian atau penilaian primer seseorang terhadap sesuatu yang terjadi pada dirinya adalah dipengaruhi oleh tujuan pribadi dan komitmen atau motivasi (Lazarus, 1991). Selain itu, dukungan sosial pun memiliki peran dalam kepatuhan seseorang terhadap suatu regimen pengobatan (Warner et al., 2013). Dengan adanya dukungan sosial di lingkungan pasien menjalani perawatan, maka pasien dimungkinkan untuk mendapatkan pengalaman dari kerabat, teman, keluarga, ataupun sahabat tentang pengobatan yang pernah mereka jalani sebelumnya, dan hal tersebut akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat dikatakan bahwa perawat sebagai salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan pada masyarakat dituntut untuk lebih sensitive dan waspada terhadap adanya perbedaan budaya dalam respons stress atau mekanisme coping pasien. Salah satu contoh adalah pasien dari suku Afrika-Amerika mungkin lebih menyukai untuk mendapatkan dukungan sosial dari anggota keluarga daripada bantuan profesional (Murata, 1994). Tujuan dari telaah jurnal ini adalah untuk menganalisa efektifitas dukungan sosial pada penurunan stress akibat hospitalisasi.

METODOLOGI

Metode yang digunakan dalam telaah jurnal ini adalah mengumpulkan dan menganalisis artikel-artikel penelitian mengenai dukungan sosial pada perawatan di rumah sakit. Artikel dikumpulkan melalui database elektronik CINAHL dan Proquest dengan menggunakan kata kunci hospitalisasi, stress, dan dukungan sosial. Kriteria inklusi pada telaah jurnal ini adalah penelitian dengan jurnal yang diterbitkan dalam kurun waktu antara tahun 2007-2013.

PEMBAHASAN

Salah satu budaya yang dianggap sebagai suatu kearifan lokal oleh masyarakat Indonesia adalah budaya *bezoek*. Dalam bahasa Belanda, *bezoek* diartikan sebagai berkunjung atau mengunjungi. Di Indonesia budaya saling mengunjungi merupakan budaya yang sudah tidak asing lagi. *Moment* untuk melakukan budaya saling mengunjungi dapat bermacam-macam, antara lain saat ada kerabat yang dirawat di rumah sakit, saat ada kerabat yang meninggal, atau saat ada kerabat yang baru saja melahirkan. Budaya *bezoek* tersebut dapat dipandang sebagai suatu bentuk dukungan sosial. Hal tersebut dapat membawa pengaruh positif dan negatif bagi pasien. Pengaruh positifnya yaitu pasien akan merasa tidak sendiri dan tidak kesepian akibat hospitalisasi. Kesepian tersebut dapat terjadi akibat berkurangnya jaringan hubungan sosial seseorang baik dari segi kualitatif maupun kuantitatif (Peplau, 1985).

Dalam budaya Jawa, terdapat suatu budaya dimana jika terdapat salah seorang sanak saudara atau keluarga yang sakit dan dirawat di rumah sakit, maka mereka akan mengumpulkan sanak saudara dan keluarga untuk bersama-sama mengunjungi anggota keluarga yang sakit. Karena budaya Jawa masih sangat kental memegang prinsip "*mangan ora mangan, sing penting kumpul*", artinya makan tidak makan, yang penting kumpul. Dapat dikatakan bahwa dalam budaya Jawa memiliki nilai hubungan kebersamaan yang kuat dan menghormati orang yang lebih tua, serta memiliki kecenderungan untuk mencari dukungan sosial dan emosional dari lingkungan sekitarnya (Rarasati, Hakim, & Yuniarti, 2012).

Sifat dari dukungan sosial dan pengaruhnya pada penurunan atau penyelesaian masalah psikologis telah diteliti secara intensif dan telah terbukti sebagai moderator stress kehidupan yang efektif (Smeltzer & Bare, 2001). Terdapat tiga kategori rasa memiliki informasi sebagai hasil dari dukungan sosial (Cobb, 1976). Kategori pertama yaitu dapat membuat orang percaya bahwa dirinya dicintai. Hal ini dapat muncul dalam hubungan dua orang atau lebih dimana kepercayaan dan keterikatan mereka ditunjukkan dengan saling menolong dan memenuhi kebutuhan bersama. Dalam pelaksanaan di masyarakat Indonesia, seringkali teman, kerabat, atau tetangga dianggap sebagai orang pertama yang dapat dimintai pertolongan, sehingga dengan kehadiran mereka untuk berkunjung di rumah sakit dapat menunjukkan rasa kasih sayang di antara individu.

Kategori kedua yaitu dapat menyebabkan seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai. Hal ini berhubungan dengan harga diri seseorang. Ketika pasien menjalani perawatan di rumah sakit dan mendapat kunjungan dari teman dan kerabat, pasien akan merasa bahwa dirinya dianggap ada oleh lingkungan sosial dimana kesehariannya berada, dengan begitu harga diri klien akan kembali seperti semula, bahkan memiliki motivasi untuk segera sembuh dan keluar dari rumah sakit.

Kategori ketiga yaitu dapat membuat seseorang merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan. Komunikasi dan budaya adalah dua hal yang saling terikat (Giger & Davidhizar, 1995). Dengan datangnya teman dan kerabat pasien ke rumah sakit akan memungkinkan bagi mereka untuk bertukar informasi terbaru. Dampak yang ditimbulkan adalah terciptanya jaringan komunikasi dan adanya perasaan saling ketergantungan.

Penelitian terkait dukungan sosial antara lain penelitian yang berjudul *Considerations for Psychosocial Support Following Burn Injury – A Family Perspective*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan kebutuhan dukungan psikososial pada keluarga dengan luka bakar. Penelitian dilakukan di unit perawatan luka bakar di beberapa rumah sakit di Inggris. Hasilnya adalah dengan adanya dukungan psikososial tersebut keluarga pasien akan dapat memiliki respon yang dapat dikontrol terkait kejadian luka bakar, keluarga pasien dapat memperoleh informasi, nasihat, dan dukungan terkait dengan luka bakar yang didapat dari teman atau kerabat, keluarga akan dapat menerima kemungkinan potensial yang akan timbul di lingkungan sosial terkait luka bakar (Phillips, Fussell, & Rumsey, 2007).

Artikel lain yang membahas tentang dukungan sosial adalah artikel yang berjudul *The Intensive Care Unit Family Meeting : Making It Happen*. Dalam artikel ini membahas tentang keluarga dan kerabat sangat ingin berada di samping orang yang mereka sayangi yang sedang dirawat dengan penyakit kritis. Mereka ingin agar dapat mengakses ruang ICU untuk mengunjungi dan berpartisipasi dalam hal komunikasi dengan pasien. Pasien pun mengekspresikan rasa nyaman dengan kehadiran keluarga dan kerabatnya (Gay, Pronovost, Bassett, & Nelson, 2009).

Bagaimanapun, dukungan sosial lebih banyak memberikan pengaruh positif. Hal tersebut dikarenakan pengaruh psikologis yang dialami oleh pasien dengan datangnya orang-orang dari lingkungan sosialnya. Pasien dapat merasa lebih diperhatikan, memiliki motivasi untuk sembuh sehingga dapat berkumpul kembali dengan lingkungan sosialnya. Akan tetapi budaya mengunjungi pasien di rumah sakit tersebut jangan sampai mengganggu pelayanan keperawatan dan kesehatan di rumah sakit. Haruslah ada peraturan yang jelas mengenai jam berkunjung, ruangan mana saja yang boleh untuk dikunjungi, dan peraturan saat mengunjungi pasien di rumah sakit.

Implikasi dalam bidang keperawatan antara lain perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan di rumah sakit harus bisa tegas dalam menerapkan jam berkunjung ke rumah sakit, khususnya ke ruangan di mana tempat dia bertugas. Selain itu sebagai aplikasi dari manajemen keperawatan, perawat dituntut untuk memberikan penjelasan sejelas-jelasnya tentang aturan perawatan termasuk aturan berkunjung bagi kerabat pasien. Penjelasan itu haruslah diberikan saat pasien pertama kali masuk rumah sakit. Implikasi lain yaitu penting bagi perawat untuk tetap menjalankan salah satu fungsinya yaitu sebagai *educator* atau pendidik yang memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, misalnya tentang infeksi nosokomial yang mungkin terjadi di rumah sakit.

KESIMPULAN

Penerapan jam berkunjung di rumah sakit adalah salah satu bentuk atau cara untuk tetap menghargai dan melestarikan kearifan budaya lokal. Akan tetapi hal tersebut tentu saja membutuhkan pengaturan yang lebih sistematis dan terstruktur agar resiko-resiko negatif yang ditimbulkan dapat diminimalisir, dan dampak positifnya dapat digunakan untuk menunjang dan meningkatkan tingkat kesembuhan pasien di rumah sakit.

Saran yang dapat diberikan adalah agar pihak rumah sakit dan manajemennya dapat membuat regulasi yang jelas tentang aturan berkunjung di rumah sakit, menyediakan *hand rubs* di tempat-tempat yang mudah dijangkau oleh pengunjung, dan tidak lupa untuk selalu memberikan pendidikan kesehatan bagi seluruh pasien, keluarga, dan pengunjung tentang tata cara berkunjung di rumah sakit.

REFERENSI

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/981490>
- Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International journal of nursing practice*, 4(2), 84–96. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9748937>
- Gay, E. B., Pronovost, P. J., Bassett, R. D., & Nelson, J. E. (2009). The intensive care unit family meeting: making it happen. *Journal of critical care*, 24(4), 629.e1–12. doi:10.1016/j.jcrc.2008.10.003
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (1995). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention* (Second.). St. Louis, Missouri: Mosby- Year Book.
- Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *The American psychologist*, 46(4), 352–67. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2048794>
- Murata, J. E. (1994). Family Stress, Social Support, Violence, and Sons' Behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 16(2), 154–168. doi:10.1177/019394599401600203
- Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 25(4), 190–8. doi:10.1016/j.iccn.2009.04.004
- Peplau, L. A. (1985). *Social Support: Theory, Research, and Applications*.

- Phillips, C., Fussell, A., & Rumsey, N. (2007). Considerations for psychosocial support following burn injury--a family perspective. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 33(8), 986–94. doi:10.1016/j.burns.2007.01.010
- Rarasati, N., Hakim, M. A., & Yuniarti, K. W. (2012). Javanese Adolescents ' Future Orientation and Support for its Effort : An Indigenous Psychological Analysis, 597–601.
- Revenson, T. a, & Majerovitz, S. D. (1991). The effects of chronic illness on the spouse. Social resources as stress buffers. *Arthritis care and research : the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 4(2), 63–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11188591>
- Warner, L. M., Schüz, B., Aiken, L., Ziegelmann, J. P., Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2013). Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. *Social science & medicine* (1982), 87, 23–30. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.012

JUDUL	Studi Deskriptif: Respon Psikologis Kehilangan Keluarga Menurut Kubler Ross Ketika Klien Stroke Terkena Serangan Pertama Kali di RS Tugurejo Semarang
PRESENTER	Ike Wuri Winahyu
AUTHOR (S)	Ike Wuri Winahyu, Fitria Handayani
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRACT

A sudden stroke is a traumatic condition causing emotional response to their family identified as the psychological response of post-traumatic incident. The Kubler-Ross approach describes the stages of psychological response of loss on family toward the sudden stroke incident of the client i.e. denial, anger, bargaining, depression, and acceptance. Identification of the stages after losing incident increase the understanding of how people process to the loss emotionally and cognitively. This research aimed to identify the percentage of respondents on each stage of psychological response of loss on family based on Kubler-Ross approach when the first time client of stroke was attacked in Tugurejo Hospital Semarang. This study involved 30 respondents by using purposive sampling technique. This research was descriptive quantitative by using univariate analysis to analyze each variable study. The data were collected by using a questionnaire. The result of this study showed that denial was suffered by 16,7% (5 respondents), there was no respondent suffered from anger; bargaining was suffered by 96,7% (29 respondents), depression was suffered by 30% (9 respondents), and acceptance was suffered by 96,7% (29 respondents). The study concluded that the most widely experienced responses of family were bargaining and acceptance since 100% (30 respondents) were Javanese who embraced the teaching "silent is gold" and "acceptance". They did not speak orally but they retained an unpleasant feeling and even traumatic in their mind. Acceptance of Javanese respondents made them considered that everything coming to their life were a matter that must be accepted as it was.

Keywords: *the psychological response of family's loss Based on Kubler-Ross Approach, first attacked of stroke*

ABSTRAK

Serangan stroke yang tiba-tiba merupakan kejadian traumatik yang dapat menimbulkan respon secara emosional pada keluarga yang diidentifikasi sebagai respon kehilangan pasca kejadian traumatik. Pendekatan Kubler-Ross menggambarkan tahapan respon psikologis kehilangan pada keluarga terhadap kejadian serangan stroke yang dialami klien, yaitu menolak (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan menerima (*acceptance*). Identifikasi dari tahapan setelah kehilangan meningkatkan pemahaman tentang bagaimana rata-rata orang memproses kehilangan itu secara kognitif dan emosional. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi persentase jumlah responden pada tiap tahapan dari respon psikologis kehilangan keluarga ketika klien stroke terkena serangan pertama kali di Rumah Sakit Tugurejo Semarang. Penelitian ini melibatkan 30 responden dan diambil dengan teknik *purposive sampling*. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan menggunakan analisis univariate untuk menganalisis tiap variabel penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Hasil dari penelitian ini adalah respon menolak (*denial*) dialami oleh 16,7% (5 responden), tidak ada responden yang mengalami respon marah (*anger*), respon tawar-menawar (*bargaining*) dialami oleh 96,7% (29 responden), respon depresi (*depression*) dialami oleh 30% (9 responden), dan respon menerima (*acceptance*) dialami oleh

96,7% (29 responden). Respon yang paling banyak dialami oleh keluarga klien adalah tawar-menawar (*bargaining*) dan menerima (*acceptance*) karena 100% (30 responden) bersuku Jawa yang menganut ajaran “diam itu emas” dan *nrimo*. Mereka secara lisan tidak bicara, tetapi di dalam hati tetap menyimpan perasaan yang tidak menyenangkan bahkan traumatik. Sikap *nrimo* pada responden yang bersuku Jawa membuat mereka menganggap bahwa segala sesuatu yang datang pada dirinya merupakan hal yang sudah menjadi sebuah keharusan untuk diterima apa adanya.

Kata kunci: respon psikologis kehilangan keluarga menurut Kubler-Ross, klien stroke pertama kali

PENDAHULUAN

Stroke merupakan manifestasi klinik dari gangguan serebral yang berlangsung dengan cepat dan timbul tiba-tiba (Harsono, 2007; Staf Pengajar Departemen FKUI, 2007). Serangan stroke pada klien yang tiba-tiba dapat menimbulkan respon perilaku maupun emosional yang beragam pada keluarga (Seltzer, 1996). Respon secara emosional ini teridentifikasi sebagai respon kehilangan pasca kejadian traumatik saat klien stroke mengalami perubahan kondisi dari sehat menjadi sakit (Wortman, 1989). Pendekatan Kubler-Ross dapat menggambarkan rentang respon keluarga terhadap kejadian serangan stroke klien, yaitu menolak (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan akhirnya menerima (*acceptance*) (Suseno, 2005; Wartonah, 2006; Mubarak, 2007).

Respon kehilangan pada setiap orang tidak selalu harus sama baik untuk urutan ataupun jumlah tahapannya. Persepsi individu, agama, budaya, jenis kelamin, hubungan kekeluargaan, dan tahap perkembangan berpengaruh terhadap respon individu dalam menghadapi proses kehilangan (Mubarak, 2007; Wortman, 1989). Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa identifikasi dari tahapan setelah kehilangan dapat meningkatkan pemahaman tentang bagaimana orang memproses kehilangan dari anggota keluarganya secara kognitif dan emosional (Maciejewski, 2007).

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi karakteristik keluarga klien dengan stroke dan mengidentifikasi persentase jumlah responden pada tiap tahapan dari respon psikologis kehilangan keluarga ketika klien stroke terkena serangan pertama kali. Manfaat penelitian ini bagi perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan secara menyeluruh pada keluarga klien yang terkena serangan pertama kali. Bagi mahasiswa Ilmu Keperawatan dapat dijadikan sebagai tambahan ilmu pengetahuan mengenai respon psikologis kehilangan. Bagi keluarga dapat meningkatkan pemahaman tentang bagaimana memproses kehilangan dari anggota keluarganya secara kognitif dan emosional. Bagi peneliti dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam jenis riset deskriptif dan dapat menambah pengetahuantentang respon psikologis kehilangan.

BAHAN/ SUBJEK DAN CARA KERJA

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan variabel penelitian tunggal, yaitu respon psikologis kehilangan keluarga. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 responden yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, agama, suku, dan hubungan dengan klien; serta kuesioner respon psikologis kehilangan keluarga yang terdiri dari 23 pernyataan dan telah teruji validitas dan

reliabilitasnya. Analisa data menggunakan analisis univariat untuk menganalisis tiap variabel penelitian

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 21 Februari 2011 sampai tanggal 25 Maret 2011 di Rumah Sakit Tugurejo Semarang adalah sebagai berikut:

A. Karakteristik Responden

1. Usia responden

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Usia Responden
di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Usia	Frekuensi	Persentase
1	20 – 37 tahun	15	50
2	38 – 55 tahun	12	40
3	56 – 73 tahun	3	10
Total		30	100

2. Jenis kelamin responden

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden
di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki-laki	13	43,3
2	Perempuan	17	56,7
Total		30	100

3. Agama responden

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Agama Responden
di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Agama	Frekuensi	Persentase
1	Islam	29	96,7
2	Kristen/ Katholik	1	3,3
3	Budha	0	0
4	Hindu	0	0
5	Lain-lain	0	0
Total		30	100

4. Suku responden

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Suku Responden
di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Suku	Frekuensi	Persentase
1	Jawa	30	100
2	Sunda	0	0
3	Batak	0	0
4	Madura	0	0
5	Lain-lain	0	0
Total		30	100

5. Hubungan responden dengan klien

Tabel 5

Distribusi Frekuensi Hubungan Responden dengan Klien di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Hubungan dengan Klien	Frekuensi	Persentase
1	Suami/ Istri	12	40
2	Orangtua	0	0
3	Kakak/ Adik	1	3,3
4	Anak	17	56,7
Total		30	100

B. Respon Psikologis Kehilangan Keluarga Menurut Kubler Ross

1. Respon Menolak (*Denial*)

Tabel 6

Distribusi Frekuensi Respon Menolak (*Denial*) di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Respon	Frekuensi	Persentase
1	Tidak mengalami respon menolak	25	83,3
2	Menolak (<i>Denial</i>)	5	16,7
Total		30	100

2. Respon Marah (*Anger*)

Tabel 7

Distribusi Frekuensi Respon Marah (*Anger*) di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Respon	Frekuensi	Persentase
1	Tidak mengalami respon marah	30	100
2	Marah (<i>Anger</i>)	0	0
Total		30	100

3. Respon Tawar-menawar (*Bargaining*)

Tabel 8

Distribusi Frekuensi Respon Tawar-menawar (*Bargaining*) di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Respon	Frekuensi	Persentase
1	Tidak mengalami respon tawar-menawar	1	3,3
2	Tawar-menawar (<i>Bargaining</i>)	29	96,7
Total		30	100

4. Respon Depresi (*Depression*)

Tabel 9

Distribusi Frekuensi Respon Depresi (*Depression*)
di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Respon	Frekuensi	Persentase
1	Tidak mengalami respon depresi	21	70
2	Depresi (<i>Depression</i>)	9	30
Total		30	100

5. Respon Menerima (*Acceptance*)

Tabel 10

Distribusi Frekuensi Respon Menerima (*Acceptance*)
di Rumah Sakit Tugurejo Semarang Tahun 2011 (n=30)

No	Respon	Frekuensi	Persentase
1	Tidak mengalami respon menerima	1	3,3
2	Menerima (<i>Acceptance</i>)	29	96,7
Total		30	100

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

1. Suku responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Rumah Sakit Tugurejo Semarang 100% (30 responden) bersuku Jawa. Mayoritas penduduk Jawa Tengah adalah bersuku Jawa dan dikenal sebagai pusat budaya Jawa (*Indonesia's Population*, 24 Mei 2003). Sebuah penelitian menyebutkan bahwa indeks kebahagiaan kota Semarang mencapai 48,75 melebihi indeks rata-rata Indonesia, yaitu 47,96 karena orang Semarang sebagian besar bersuku Jawa yang bersikap *nrimo* sehingga hidup mereka lebih rileks (Wijayanti, 2010).

2. Hubungan responden dengan klien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Rumah Sakit Tugurejo Semarang dari 30 responden, 40% (12 responden) adalah suami/istri dari klien stroke, 3,3% (1 responden) adalah kakak dari klien stroke, dan sisanya sebesar 56,7% (17 responden) adalah anak dari klien stroke. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian tentang pengalaman *caregiver* pada klien pasca stroke yang menyajikan data bahwa dari 97 responden, 60% (57 responden) adalah istri dari penderita stroke, 38% (38 responden) adalah anak dewasa dari penderita stroke dan lain-lain 2% (2 responden) (Carole, 2003). Karakteristik hubungan keluarga dikaitkan dengan respon seseorang terhadap kehilangan karena hubungan keluarga mempengaruhi respon dan ekspresi kesedihan

B. Respon Psikologis Kehilangan Keluarga Menurut Kubler Ross

1. Respon Menolak (*denial*)

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa di antara 1 – 6 bulan pasca kehilangan, respon menolak (*denial*) cenderung menurun (Maciejewski, 2007). Hasil penelitian itu sama dengan penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang bahwa dari 30 responden, 83,3% (25 responden) tidak mengalami respon menolak.

Responden pada penelitian ini 50% (15 orang) berusia antara 20 – 37 tahun yang termasuk dalam kategori tahap perkembangan dewasa muda. Pada tahap perkembangan dewasa muda, seseorang cukup mampu mengendapkan ketegangan emosinya sehingga mereka akan mencapai kestabilan emosi (Potter, 2005; Sunaryo, 2004).

Pada penelitian ini didapatkan data bahwa dari 30 responden, 96,7% (29 responden) beragama Islam. Bangsa Indonesia yang mayoritas beragama Islam memiliki kelapangdadaan yang kuat sehingga memiliki penerimaan yang positif terhadap kondisi pasca kehilangan (Hawari, 2002). Data lain dalam penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang menyebutkan bahwa 100% (30 responden) bersuku Jawa. Masyarakat Jawa sangat kuat dengan konsep *nrimo* (secara harfiah berarti menerima) yang menganggap bahwa segala sesuatu yang datang pada dirinya baik itu yang menyenangkan maupun yang menyakitkan merupakan hal yang sudah menjadi sebuah keharusan untuk diterima apa adanya (Hawari, 2002; Nashori, 2005).

2. Respon Marah (*anger*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Rumah Sakit Tugurejo Semarang 100% (30 responden) tidak mengalami respon marah. Usia responden yang 50% (15 responden) berada dalam tahap perkembangan dewasa muda membuat mereka memiliki kestabilan emosi sehingga tidak mengalami respon marah ketika terjadi peristiwa kehilangan (Potter, 2005; Mubarak, 2007; Wortman, 1989; Kubler-Ross, 1969). Suku responden 100% (30 responden) adalah suku Jawa yang memiliki sikap *nrimo* membuat mereka tidak menunjukkan kesedihan yang berlebihan kepada orang lain, yaitu dengan ekspresi berduka yang tenang dan tabah (Hawari, 2002; Nashori, 2005). Sikap *nrimo* yang dimiliki orang bersuku Jawa membuat mereka lebih tenang dengan segala kondisi yang ada (Wijayanti, 2010). Pada penelitian ini pula 96,7% (29 responden) menganut agama Islam yang mengajarkan bahwa tidak diperbolehkan menyalahkan orang lain dan Tuhan jika sedang tertimpa musibah (Kubler-Ross, 1969). Penelitian ini juga menyajikan data bahwa 56,7% (17 responden) adalah anak dari klien stroke. Responden anak dari klien stroke biasanya menunjukkan sikap kuat dan tidak menunjukkan sikap sedih secara terbuka (Kubler-Ross, 1969).

3. Respon Tawar-menawar (*bargaining*)

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa dalam 1-6 bulan pasca kehilangan, respon tawar-menawar (*bargaining*) lebih sering dialami oleh individu yang mengalami kehilangan daripada respon menolak (*denial*), marah (*anger*), dan depresi (*depression*) (Maciejewski, 2007). Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang, yaitu dari 30 responden terdapat 96,7% (29 responden) yang mengalami respon tawar-menawar (*bargaining*).

Pada penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang *caregiver* utama dari klien stroke adalah 56,7% (17 responden) berjenis kelamin perempuan sehingga mereka seringkali mengalami perubahan emosional seperti kecemasan, keputusasaan, dan pikiran yang tidak menentu yang membuat mereka berada dalam tahapan tawar-menawar (*bargaining*) (Suseno, 2005; Wartonah, 2006; Mubarak, 2007; Kubler-Ross, 1969).

Keluarga klien stroke di Rumah Sakit Tugurejo Semarang 100% (30 responden) bersuku Jawa di mana budaya Jawa ternyata sangat menjunjung tinggi sikap diam yang secara lisan tidak bicara, tetapi di dalam hati tetap

menyimpan peristiwa yang tidak menyenangkan bahkan traumatik. Berdasarkan konsep inilah maka respon tawar-menawar (*bargaining*) tercermin karena identik dengan karakteristik masyarakat Jawa yang secara lisan tidak bicara, tetapi di dalam hati tetap menyimpan peristiwa yang tidak menyenangkan bahkan traumatik(Nashori, 2005).

4. Respon Depresi (*depression*)

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa dalam 1-6 bulan pasca kehilangan, respon depresi (*depression*) lebih sering dialami oleh individu yang mengalami kehilangan daripada respon marah (*anger*)(Maciejewski, 2007).Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang bahwa dari 30 responden terdapat 30% (9 responden) yang mengalami respon depresi (*depression*).

Pada penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang ini didapatkan data bahwa dari 30 responden, 56,7% (17 responden) berjenis kelamin perempuan. Perempuan lebih rentan terhadap kecemasan dan depresi dibandingkan dengan pria (Levant, 1996).Karakteristik responden yang 100% bersuku Jawa memiliki sikap *nrimo* membuat mereka tidak menunjukkan kesedihan yang berlarut-larut.(Nashori, 2005) Selain itu 56,7% (17 responden) adalah anak dari klien stroke di mana anak biasanya menunjukkan sikap yang kuat dan tidak menunjukkan sikap sedih secara berlebihan(Kubler-Ross, 1969).

5. Respon Menerima (*acceptance*)

Sebuah penelitian menyebutkan bahwa dalam 1-6 bulan pasca kehilangan, respon menerima (*acceptance*) lebih banyak dialami oleh individu yang mengalami kehilangan daripada respon menolak (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), dan depresi (*depression*)(Maciejewski, 2007).Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian di Rumah Sakit Tugurejo Semarang, yaitu terdapat 96,7% (29 responden) yang mengalami respon menerima (*acceptance*).

Karakteristik responden yang 100% bersuku Jawa bersikap *nrimo* membuat mereka menganggap bahwa segala sesuatu yang datang pada dirinya baik itu yang menyenangkan maupun yang menyakitkan merupakan suatu takdir dan mereka cenderung memasrahkan kepada Tuhan (Hawari, 2002; Nashori, 2005).Suku Jawa adalah suku yang orang-orangnya banyak bersyukur atas apa yang telah diberi oleh Tuhan YME dan percaya bahwa segala sesuatu yang terjadi sudah menjadi takdirnya (Wijayanti, 2010).Pada penelitian ini pula 96,7% (29 responden) menganut agama Islam yang mengajarkan bahwa segala musibah itu datangnya dari Allah sehingga sebagai manusia harus menerima dengan ikhlas dan tidak diperbolehkan menyalahkan Tuhan jika sedang tertimpa musibah(Kubler-Ross, 1969).

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka kesimpulan dari penelitian ini adalah:

1. Karakteristik Responden

Usia responden di Rumah Sakit Tugurejo Semarang adalah 50% (15 responden) berusia 20 – 37 tahun, 40% (12 responden) berusia 38 – 55 tahun, dan sisanya sebesar 10% (3 responden) berusia 56 – 73 tahun. Jenis kelamin responden adalah 43,3% (13 responden) berjenis kelamin laki-laki dan sisanya

sebesar 56,7% (17 responden) berjenis kelamin perempuan. Agama responden adalah 96,7% (29 responden) beragama Islam dan sisanya sebesar 3,3% (1 responden) beragama Katholik. Suku responden adalah 100% (30 responden) bersuku Jawa. Hubungan responden dengan klien adalah 40% (12 responden) adalah suami/istri dari klien stroke, 3,3% (1 responden) adalah kakak dari klien stroke, dan sisanya sebesar 56,7% (17 responden) adalah anak dari klien stroke.

2. Respon Psikologis Kehilangan Keluarga Menurut Kubler-Ross

Respon yang paling banyak dialami oleh keluarga klien adalah tawar-menawar (*bargaining*), yaitu sebanyak 96,7% (29 responden) dan menerima (*acceptance*), yaitu sebanyak 96,7% (29 responden) karena 100% (30 responden) bersuku Jawa yang menganut ajaran “diam itu emas” dan *nrimo*. Mereka secara lisan tidak bicara, tetapi di dalam hati tetap menyimpan perasaan yang tidak menyenangkan bahkan traumatik. Sikap *nrimo* pada responden yang bersuku Jawa membuat mereka menganggap bahwa segala sesuatu yang datang pada dirinya merupakan hal yang sudah menjadi sebuah keharusan untuk diterima apa adanya.

B. Saran

Perawat diharapkan dapat menjadi konselorketika keluarga berespon terhadap kejadian traumatik yang menimbulkan perasaan kehilangan agar keluarga dapat mencapai tahap akhir dari respon kehilangan, yaitu penerimaan (*acceptance*). Perawat juga harus mengenali tiap tahapan dari respon psikologis kehilangan yang sedang dialami oleh keluarga karena respon untuk tiap tahapan memiliki perbedaan karakteristik sehingga perawat perlu menyesuaikannya. Keluarga harus mampu mengenali tiap tahapan dari peristiwa kehilangan sehingga tidak terlalu larut pada kondisi / objek yang hilang tersebut karena proses menuju tahapan penerimaan dengan segera dan tidak mengalami berduka secara berlebihan dapat membuat keluarga siap bertindak sebagai *caregiver* bagi anggota keluarganya yang menderita stroke. Peneliti selanjutnya perlu meneliti lebih lanjut tentang respon psikologis kehilangan dari keluarga klien dan klien yang mengalami serangan stroke pertama kali itu sendiri secara kuantitatif dan kualitatif dan dapat mengembangkan penelitian dengan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi respon psikologis kehilangan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Carole L. White, et all. *Evolution of the Caregiving Experience in the Initial 2 Years Following Stroke*. Research in Nursing and Health. Volume 26. 2003. Halaman 177 - 189.
- Harsono. *Kapita Selekta Neurologi*. Edisi Kedua. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 2007.
- Hawari, D. *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2002.
- Indonesia's Population: Ethnicity and Religion in a Changing Political Landscape*. Institute of Southeast Asian Studies. 24 Mei 2003.
- Kubler – Ross, E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan. 1969.
- Levant, Ronald F. *The New Psychology of Men*. Professional Psychology: Research and Practice. Volume 27. Nomor 3. 1996. Halaman 259 – 265.

- Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D., Prigerson, H.G. *An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief*. The Journal of the American Medical Association. Volume 297. Nomor 7. 2007. Halaman 716 – 723.
- Mubarak, Wahit Iqbal. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC. 2007.
- Nashori, H.F. *Kelapangdadaan Mahasiswa Santri dan Mahasiswa Reguler*. Jurnal Psikologi Islami. 2005. Volume I. Nomor 2.
- Potter, Patricia A. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Ed 4. Jakarta: EGC. 2005.
- Seltzer, M.M., & Li, L.W. *The Transitions of Caregiving: Subjective and Objective Definitions*. The Gerontologist. 36. 1996. Halaman 614 – 626. dalam Carole L. White, et all. *Evolution of the Caregiving Experience in the Initial 2 Years Following Stroke*. Research in Nursing and Health. Volume 26. 2003. Halaman 177 - 189.
- Staf pengajar Departemen Neurologi FKUI. *Unit Stroke: Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2007.
- Sunaryo. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC. 2004.
- Suseno, Tutu April A. *Buku Ajar Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia: Kehilangan, Kematian dan Berduka, dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto. 2005.
- Wartonah, Tarwoto. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika. 2006.
- Wijayanti, Herlani; Nurwianti, Fivi. *Hubungan Antara Kekuatan Karakter dan Kebahagiaan pada Suku Jawa*. Jurnal Psikologi. Volume 3. Nomor 2. Juni 2010.
- Wortman, Camille B. & Silver, Roxane C. *The Myths of Coping With Loss*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Volume 57. Nomor 3. 1989. Halaman 349 - 357.
- Yuniyanti, Tri Ayu. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Respon Kehilangan Pasien Gagal Ginjal Kronik di BLU RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Makassar. (Skripsi). 2006.

JUDUL	Program <i>Self-Management</i> pada Klien dengan Asma: <i>Literature Review</i>
PRESENTER <i>AUTHOR (S)</i>	Isni Lailatul Maghfiroh Isni Lailatul Maghfiroh, Titis Kurniawan
INSTITUSI	

ABSTRAK

Asma merupakan penyakit kronik yang dapat kambuh setiap saat selama klien terpapar dengan faktor pencetusnya. Oleh karena itu perlu adanya program yang terintegrasi seperti *self-management* yang melibatkan klien secara penuh terhadap penatalaksanaan, pengambilan keputusan terhadap pengobatan, sehingga klien berperan aktif dalam melakukan manajemen terhadap penyakitnya.

Tujuan dari penulisan literature review ini adalah untuk menjelaskan tentang program *self-management* pada klien asma berdasarkan pada sumber literatur jurnal penelitian ilmiah terkait. Metode yang digunakan dalam penulisan literature review ini adalah dengan penulisan internet dari database EBSCO, Proquest, dan Google Scholar dengan menggunakan kata kunci *self-management*, program, dan asthma. Data yang didapatkan, disusun secara sistematis dan dilakukan diskusi atau pembahasan.

Program *self-management* merupakan cara paling efektif dan signifikan dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada klien asma, sehingga kualitas hidup klien dapat meningkat. Penelitian lanjutan yang terkait program *self-management* pada klien asma yang berbasis di pelayanan atau komunitas perlu dilakukan untuk mengetahui efektifitas program ini diterapkan di Indonesia.

Kata kunci : *Self-Management, Programs, Asthma*

PENDAHULUAN

Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di saluran nafas akibat hiperaktivitas bronkus yang ditandai dengan adanya sesak, mengi, batuk produktif disertai dengan nyeri dada. (Backer *et al*, 2007). Gejala asma muncul jika klien terpapar dengan alergen, seperti : debu, asab, bulu, udara yang dingin, serbuk sari, makanan dan obat tertentu. Selain itu kondisi stres, kelelahan, dan adanya infeksi saluran nafas juga dapat memperberat gejala asma.

Selama 15 tahun terakhir kasus asma di negara maju dan negara berkembang meningkat pesat. Asma menjadi lima besar penyebab kematian di dunia karena prevalensinya mencapai 17,4%. (WHO, 2005) Sedangkan prevalensi asma di Indonesia menurut hasil Riskesdas (2013) masih menempati angka yang tertinggi untuk kategori penyakit tidak menular, yaitu sebesar 4,5%. Angka ini didominasi oleh klien perempuan dengan usia serangan terbanyak adalah klien yang berusia kurang dari 40 tahun.

Asma merupakan penyakit yang dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan dan mempengaruhi kualitas hidup klien, kondisi ini, akan membebankan beban yang signifikan pada sistem perawatan kesehatan. (Fuhlbrigge, Admas, & Guilbert, 2002). Oleh karena itu diperlukan penanganan atau manajemen asma yang tepat agar dapat menurunkan beban pada sistem perawatan kesehatan tersebut.

Salah satu cara untuk mengurangi kekambuhan asma adalah memodifikasi kondisi yang dapat mencetuskan gejala oleh klien dengan asma. Salah satu program yang telah terbukti dapat menurunkan angka kekambuhan asma yang cukup efektif adalah dengan

program *self-management*. Dengan demikian, sebagai tenaga kesehatan, perawat mempunyai peran penting dalam menerapkan program ini agar terjadi peningkatan kualitas hidup pada klien dengan asma dan dapat menurunkan beban sistem perawatan kesehatan.

TUJUAN

Tujuan dari penulisan *literature review* ini adalah untuk menjelaskan tentang program *self-management* pada klien asma berdasarkan pada sumber literatur jurnal penelitian ilmiah terkait.

METODE

Metode yang digunakan dalam penulisan *literature review* ini adalah dengan penelusuran internet dari database EBSCO, Proquest, dan Google Scholar dengan menggunakan kata kunci : *self-management*, program, dan asthma. Data yang didapatkan, disusun secara sistematis dan dilakukan diskusi atau pembahasan.

HASIL

Asthmabronkhial

Asthmabronkhial atau asma adalah gangguan inflamasi kronis pada jalan nafas dan termasuk penyakit genetik yang dapat diturunkan. (AAFA, 2014). Pada kondisi sebelum asma, jalan nafas klien terbuka penuh sehingga udara bisa masuk ke dalam paru-paru dengan lancar. Namun, ketika terjadi serangan asma akan terjadi penyempitan pada jalan nafas karena inflamasi akibat dari terpajannya tubuh oleh trigger pencetus. Reaksi dari masing-masing individu terhadap pajanan trigger tersebut sangat bervariasi, tergantung sensitifitas tubuh klien terhadap pajanan asma.

Berdasarkan faktor pencetusnya asma dibagi menjadi tiga macam yaitu asma alergi (ekstrinsik), asma non-alergi (intrinsik), dan asma gabungan. Asma tipe alergi disebabkan karena alergen, sehingga tubuh bereaksi terhadap alergi tersebut. Alergen yang paling sering adalah alergen diinhalasi seperti bulu hewan, debu, asap, dan sebuk sari yang biasa dikenal sebagai trigger dari lingkungan dan biologis. (Posma *et al*, 2011). Asma tipe non-alergi, tidak melibatkan sistem respon imun seseorang yang biasanya dicetuskan oleh kondisi seperti: kondisi stres, cemas, dan udara yang dingin. Asma tipe gabungan merupakan gabungan antara dua tipe asma alergi dan non-alergi.

Menurut tingkat keparahannya, asma dapat diklasifikasikan menjadi empat macam yaitu : intermitten, persisten ringan, persisten sedang dan persisten berat. Pada kondisi intermitten, serangan asma muncul pada kurang dari dua kali seminggu pada siang hari dan kurang dari dua kali sebulan pada malam hari dengan intensitas yang bervariasi. Sedangkan kondisi persisten ringan terjadi lebih dari dua kali perminggu pada siang hari dan dua kali perbulan pada malam hari dan serangan mempengaruhi aktifitas. Pada kondisi persisten sedang, terjadi serangan lebih dari dua kali perminggu dengan serangan terjadi sehari-hari dan harus menggunakan inhaler reaksi cepat. Pada kondisi persisten berat, gejala muncul terus menerus pada siang hari dan malam hari, serangan sering muncul dan aktifitas fisik klien terbatas. (Depkes RI, 2005).

Penelitian menunjukkan bahwa dengan menghindari faktor pencetus atau trigger, maka akan menurunkan serangan asma, sehingga dapat membantu mengontrol penyakit ini. (Smiley, 2011). Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan meminimalkan faktor pencetus di lingkungan klien. Selain itu, faktor sosial ekonomi juga berperan dalam menentukan keberhasilan program kontrol dan manajemen kejadian asma. Status

ekonomi yang rendah, sering mengalami kegagalan dalam mengimplementasikan rekomendasi untuk manajemen asma, karena kurangnya sumber dana, penentuan prioritas, dan kontrol yang kurang terhadap lingkungan rumahnya. (Postma *et al*, 2011). Oleh karena itu, klien dengan status sosial ekonomi yang rendah, juga perlu mendapatkan perhatian khusus dalam pelaksanaan manajemen asma.

Manajemen asma yang sering dilakukan adalah dengan pemberian terapi menggunakan obat-obatan dalam bentuk inhaler. Pengobatan ini dibagi menjadi dua macam yaitu yang berespon cepat dan kontrol jangka panjang. Obat yang berespon cepat biasanya digunakan saat serangan saja dan berfungsi menurunkan gejala asma seperti batuk, wheezing, dan sesak atau nyeri dada. Sedangkan pengobatan untuk kontrol jangka panjang berupa inhalasi kortikosteroid yang digunakan setiap hari berfungsi untuk mencegah dan mengurangi inflamasi jalan nafas sehingga mencegah reaksi yang dapat memunculkan gejala asma. (NHLBI, 2011).

Pada prinsipnya, diagnosis dan manajemen asma menurut panduan NHLBI (2007) terdiri dari empat komponen utama yaitu : pengkajian dan monitoring, edukasi klien, kontrol faktor yang mencetuskan serangan asma, dan penatalaksanaan farmakologik. Beberapa komponen tersebut sering dijadikan sebagai acuan referensi dalam melakukan manajemen asma. Namun dalam beberapa studi masih menunjukkan bahwa klien dengan asma tidak dapat mengontrol serangan asma dengan baik. (Rabe *et al*, 2004).

Meskipun pengobatan dengan kontrol jangka panjang terbukti efektif menurunkan angka morbiditas dan mortalitas klien dengan asma (Chotimall *et al*, 2009), namun pengontrolan asma dengan cara non-farmakologis ternyata juga sangat dibutuhkan, yaitu dengan cara modifikasi lingkungan yang dapat memicu serangan asma. Oleh karena itu, diperlukan program yang terintegrasi yang dapat membantu klien asma dapat mengontrol penyakitnya dengan baik. Program yang terbukti cukup efektif untuk membantu menurunkan angka morbiditas pada klien dengan asma adalah program *self-management*.

Program *self-management*

Menurut Klien *et al* (2001) program *self-management* pada klien dengan asma meliputi: pemantauan sendiri terhadap perubahan yang muncul, pengetahuan yang cukup tentang penyakit asma dan faktor pencetusnya, pengetahuan tentang pengobatan, kepatuhan dalam konsumsi obat, kemampuan pengenalan gejala yang muncul dan pemilihan secara mandiri terapi medis yang akan dijalani. *Self-managemenet* merupakan suatu proses pergeseran budaya pengambilan keputusan terhadap proses terapi yang dahulu lebih didominasi oleh dokter. (Smith *et al*, 2007). Dalam program *self-management*, klien lebih dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan rencana intervensi terhadap kondisinya, sehingga akan memunculkan rasa tanggung jawab yang lebih besar terhadap dirinya sendiri. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa setiap individu memiliki kemampuan dalam memecahkan masalah kesehatannya. (Smith *et al*, 2007).

Meningkatnya tanggungjawab terhadap diri sendiri pada klien dengan asma diharapkan akan mampu meningkatkan kemampuan klien dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri. Menurut beberapa studi menunjukkan bahwa pada beberapa klien dengan asma mempunyai tingkatan tanggungjawab yang berbeda. Beberapa studi juga menunjukkan setiap klien mempunyai tingkatan tanggung jawab yang berbeda dalam memutuskan memutuskan terapi yang diinginkannya dan keterlibatan klien dalam terapinya. (Adams, Smith, & Ruffin, 2001; Caress, Woodcoc, & Beaver, 2002).

Dengan alasan diatas, diharapkan klien asma dapat mengontrol dan mengelolola penyakitnya dengan baik.

Instrumenself-management

Beberapa alat yang dibutuhkan dalam *self-management* adalah catatan tentang rencana pengobatan asma individu, *peak flow meter*, alat monitoring inhaler dengan dosis terukur, dan *follow-up care*(Smiley, 2011). Beberapa hal tersebut sangat bermanfaat untuk program penanggulangan asma di masyarakat, serta dapat membantu klien asma dalam melaksanakan program *self-management*.

Rencana pengobatan asma merupakan hal yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan manajemen asma. Beberapa studi menunjukkan bahwa rencana pengobatan asma yang tertulis dan pendidikan dapat memunculkan perilaku positif pada klien. (Myers, 2002). Pada dasarnya format catatan ini sangat bervariasi, namun secara umum format catatan ini terdiri dari penjelasan tentang tanda gejala, faktor pencetus, pengukuran fungsi paru, penatalaksanaan terkait dengan pengobatan dan efeknya, catatan pedoman pribadi terkait penyesuaian diri dan pengobatan. (Myers, 2002).

Dengan adanya catatan rencana perawatan atau tindakan akan membantu klien dalam mengenali penyakitnya, kebutuhan dirinya terhadap pengobatan dan menyesuaikan dirinya dengan jenis tindakan yang sesuai. Selain itu, catatan ini akan membantu klien dalam memecahkan masalah yang dihadapi terkait dengan kondisi kesehatannya dengan mengenali masalah yang sedang terjadi dan dilanjutkan penyusunan rencana perawatan yang sesuai untuk mengatasi masalahnya tersebut. Dengan adanya catatan ini akan membantu klien berhasil melakukan *self-management* dengan baik.

Peak flow meters merupakan alat yang berfungsi untuk mengetahui *peak expiratory flow*. Alat ini efektif untuk mengidentifikasi tingkat keparahan asma, mendeteksi eksaserbasi, dan memonitoring respon terapi pengobatan yang telah diberikan. Penggunaan alat ini di rumah untuk pemantauan telah direkomendasikan oleh para ahli sebagai alat yang cukup obyektif dalam menentukan status fungsi paru-paru klien asma yang sedang hingga berat atau persisten di dalam lingkup ruang perawatan. (Myers, 2002).

Alat monitoring inhaler dengan dosis terukur ini digunakan karena banyak diantara dokter atau klien dengan asma tidak bisa menentukan apakah isi tabung inhaler tersebut masih ada. Dengan adanya alat ini dosis yang diberikan telah diukur sesuai dengan kebutuhan, sehingga kepatuhan pengonsumsi obat ini juga dapat terpantau dengan baik. Alat ini dapat dijadikan sebagai alat untuk *self-monitoring* pada klien asma karena dari alat ini dapat diketahui waktu dan jumlah inhaler yang dikonsumsi dapat diketahui secara akurat. (Myers, 2002).

Follow-up care atau perawatan tindak lanjut merupakan bagian yang tak terpisahkan dari program *self-management* pada klien asma. Follow-up dapat dilakukan melalui telepon, pesan, atau bertemu secara langsung dengan tenaga kesehatan. (Costa et al, 2002). Meskipun simpel, *follow-up* perlu dilakukan untuk evaluasi dari program yang telah dilaksanakan, sehingga tenaga kesehatan dapat mengetahui waktu yang dibutuhkan klien untuk mendapatkan kondisi bebas dari serangan asma dan menentukan strategi intervensi yang lebih, sehingga klien dapat meningkatkan perilaku perawatan diri dan *self-efficacy* klien untuk pengontrolan asma.

Selain itu, pendidikan merupakan komponen yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan program *self-management*. Sebuah studi menunjukkan bahwa

semakin tinggi pengetahuan klien maka perawatan pada klien dengan asma juga akan meningkat. Dalam penelitian tersebut di dapatkan hasil bahwa strategi yang tepat dalam pemberian pendidikan kesehatan akan dapat membantu meningkatkan keterlibatan klien dalam kontrol atau manajemen asma yang dideritanya. (Vibeke *et al*, 2007).

Manfaat *self-management*

Beberapa studi membuktikan bahwa *self-management* pada klien dengan asma memiliki banyak manfaat. Sebuah studi menunjukkan bahwa rencana tindakan yang ditulis secara individual oleh klien dengan asma dengan mempertimbangkan beberapa gejala yang muncul dan *peak flow* serta penggunaan kortikosteroid inhaler dan kortikosteroid oral dapat menurunkan angka kunjungan ke dokter, kehilangan hari bekerja, dan juga menurunkan biaya kesehatan. (Gibson & Powel, 2004). Program *self-management* yang dipadukan dengan pendekatan pendidikan yang berfokus pada peserta didik, juga telah terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup klien dengan asma.

KESIMPULAN

Program *self-management* pada klien dengan asma merupakan program yang melibatkan secara penuh klien asma dalam melakukan kontrol terhadap penyakitnya. Program ini cukup efektif untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada klien dengan asma, dengan demikian angka kunjungan rumah sakit, hilangnya waktu untuk bekerja biaya kesehatan dapat diminimalkan. Penelitian lanjutan terkait program *self-management* pada klien dengan asma baik yang berbasis di pelayanan atau komunitas masyarakat di Indonesia perlu dilakukan untuk mengetahui sejauh mana efektifitas program ini jika diterapkan di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Asthma and Allergy Foundation of America (AAFA). 2014. Asthma Overview. Diakses 3 Juni 2014 dari <http://www.aafa.org/display.cfm?id=8>.
- Fuhlbrigge, A., Admas, R., & Guilbert T. 2002. The burden of asthma in the United States: Level and distribution are dependent on interpretation of the national asthma education and prevention program guidelines. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 1044-1049.
- Gibson PG, and Powell H. Written action plans for asthma: An evidence-based review of the key components. *Thorax* 59:94–99, 2004.
- Janson SL, Fahy JV, Covington JK, et al. Effects of individual self-management education on clinical, biological, and adherence outcomes in asthma. *Am J Med* 115:620–626, 2003.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta: Laporan Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI.
- Klein, J., Van Der Palen, J., Uil, S., Zielhuis, G, Seydel, E., & Van Herwaarden, C., 2001. Benefit from the inclusion of self-treatment guidelines to a self-management programme for older adults with asthma. *European Respiratory Journal*, 17(3), 386-394.
- Myers, T. 2002. Improving patient outcomes with tolls for asthma self-monitoring. *Disease Management & Health Outcomes*, 10(10), 631-642.

- National Heart, Lung, & Blood Institute (NHLBI). 2007. Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis & management of asthma. Diakses pada tanggal 2 Juni 2014 dari <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>.
- Postma, J., Smalley, K., Ykarra, V., & Kieckhefer, G. 2011. The feasibility and acceptability of a home-visitation, asthma education program in a rural, Latino/a population. *Journal of Asthma*, 48, 139-146.
- Rabe KF, Adachi M, Lai CKW, et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: The global Asthma Insights and Reality surveys. *J Allergy Clin Immunol* 114:40–47, 2004.
- Smiley, Erin. 2011. Determining Evidence-based Practice in Asthma Management. <http://corecholar.libraries.wright.edu/mph/67>
- Smith, L., Bosnic-Anticevich, S., Mitchell, B., Saini, B., Krass, I., & Armour, C. 2007. Treating asthma with a self-management model of illness behaviour in an Australian community pharmacy setting. *Social Science & Medicine*, 64, 1501-1511.
- Vibeke Backer, Charlotte S. Urik, Henrik Harvig, Peter Lange, *et al.* Management of asthma in adults: Do the patients get what they need—and want?. *Allergy Asthma Proc* 28:375–381, 2007; doi: 10.2500/aap.2007.28.3001.

JUDUL	Sosialisasi Pemakaian Masker Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Pasien TB Paru dalam Mencegah Infeksi Silang di Rumah Sakit
PRESENTER AUTHOR (S)	Dodi Wijaya Dodi Wijaya
INSTITUSI	PSIK Universitas Jember

ABSTRAK

Tingginya resiko infeksi silang pasien TB paru di rumah sakit dapat mengancam kesehatan pasien lain, pengunjung, dan perawat yang menuntut penerapan *universal precautions* secara baik di rumah sakit. Salah satu upaya *universal precautions* adalah pemakaian alat pelindung diri (masker), namun masih banyak pasien TB paru yang tidak menggunakan masker secara baik. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien TB paru dalam pemakaian masker dengan cara memberikan sosialisasi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektifitas sosialisasi pemakaian masker dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

Penelitian ini berjenis *pre eksperiment* pendekatan *one group pretest posttest*. Sampel diambil dari pasien dengan TB paru di rumah sakit Paru Jember yang berjumlah 45 orang. Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive* sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dilakukan selama bulan Januari – Februari 2014. Uji statistik menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* ($p < 0,05$).

Hasil penelitian didapatkan sebelum diberikan sosialisasi pemakaian masker, ada 25% pasien TB Paru memiliki pengetahuan yang baik tentang manfaat memakai masker dan 15% pasien TB paru memiliki sikap positif memakai masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit. Setelah diberikan sosialisasi pemakaian masker, ada 65% pasien TB Paru memiliki pengetahuan yang baik tentang manfaat memakai masker dan 91% pasien TB paru memiliki sikap positif memakai masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit. Hasil uji statistik mendapatkan hasil $p = 0,020$ untuk pengetahuan pasien TB paru dan $p = 0,012$ untuk sikap pasien TB paru yang artinya sosialisasi pemakaian masker efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi pihak rumah sakit untuk membuat kebijakan standar pelayanan pemakaian *universal precautions* (masker) mewajibkan pasien, pengunjung, tenaga kesehatan yang datang ke rumah sakit Paru Jember.

Kata Kunci: sosialisasi pemakaian masker, pengetahuan, sikap, infeksi silang pasien TB paru

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan tempat berkumpulnya segala macam penyakit, baik yang menular maupun yang tidak menular. Petugas kesehatan di rumah sakit tidak terlepas kemungkinan dari penularan penyakit dan kemungkinan untuk berkontak langsung ataupun tidak langsung dengan mikroorganisme. Salah satu sumber penularan infeksi silang atau kontaminasi silang di rumah sakit adalah pasien, yang dapat menyebarkan melalui kontak langsung antara pasien dengan petugas kesehatan, pasien dengan pasien, maupun pasien dengan pengunjung (Chin, 2000). Infeksi silang adalah infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit (Darmadi, 2008). Infeksi silang pertama kali dikenal pada tahun 1847 oleh Samwelweis dan hingga saat ini merupakan salah satu penyebab meningkatnya angka kesakitan dan angka kematian di rumah sakit,

sehingga dapat menjadi masalah baru, baik di negara berkembang maupun di negara maju.

Salah satu penyakit yang mudah penularannya adalah penyakit TB paru. Kasus TB Paru di rumah sakit semakin meningkat. Angka kunjungan pasien TB paru baik di rawat inap maupun di rawat jalan di rumah sakit semakin meningkat (Depkes, 2007). Kondisi ini tidak menutup kemungkinan terjadi penularan TB paru dapat terjadi di rumah sakit. Sumber penularan TB paru adalah pasien *tuberculosis* paru BTA positif yaitu pada saat batuk atau bersin, menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Sekali batuk pasien TB paru dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak di udara (Depkes, 2007). Bakteri TBC yang melayang di udara tersebut akan terhirup oleh orang-orang sekitar yang kontak langsung dengan pasien TB paru di rumah sakit dan hal ini akan menambah jumlah penderita baru (Entjang, 2000).

Tingginya resiko infeksi silang pasien TB paru di rumah sakit dapat mengancam kesehatan pasien lain, pengunjung, dan perawat yang menuntut penerapan *universal precautions* secara baik di rumah sakit (Hiswani, 2004). Hal ini mengingatkan rumah sakit sebagai tempat berkumpulnya segala macam penyakit baik menular maupun tidak menular. Salah satu upaya *universal precautions* adalah pemakaian alat pelindung diri (masker), namun masih banyak pasien TB paru yang tidak menggunakan masker secara baik untuk mencegah infeksi silang di rumah sakit. Pengetahuan dan sikap pasien TB paru merupakan faktor yang menyebabkan penggunaan masker oleh pasien TB paru di rumah sakit tidak berjalan secara baik (Laban, 2008).

Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah orang melakukan penginderaan melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Notoatmojo, 2007). Pengetahuan dalam penularan infeksi silang penyakit TB paru di rumah sakit merupakan hasil tahu dari pasien TB paru melalui panca indera dalam upaya mencegah kemungkinan menularkan penyakit TBC kepada orang lain di rumah sakit sehingga orang lain dapat terhindar dari kesakitan dan kematian akibat penyakit TBC. Pengetahuan pasien TB paru tentang upaya pencegahan penularan penyakit TBC masih rendah dikarenakan beberapa faktor diantaranya adalah kurang informasi. Hasil penelitian tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien TBC 2010 yang dilakukan Badan Litbangkes dan FKM UI mengungkapkan bahwa secara nasional 91% pasien TB paru masih belum mengetahui gejala, tanda utama, penularan, dan pencegahan penyakit TBC termasuk penggunaan maskes untuk mencegah penularan kepada orang lain. Data ini menunjukkan bahwa upaya komunikasi dan informasi mengenai TBC masih sangat diperlukan mengingat pengetahuan dasar tentang TBC (Ditjeb P2P&PL, 2011).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pemberian informasi tentang suatu hal akan meningkatkan pengetahuan pasien TB paru, selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran pasien TB paru dan akhirnya akan menjadikan pasien TB paru memiliki perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Harapannya dengan pengetahuan yang baik dimiliki pasien TB paru akan berpengaruh juga terhadap sikap pasien TB paru dalam upaya mencegah penularan kepada orang lain. Sikap mampu menuntun perilaku seseorang sehingga akan ada kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang diekspresikan. Kesadaran seseorang dalam menentukan tingkah laku nyata dan perilaku yang mungkin itulah yang dimaksud dengan sikap. Sikap masih merupakan kesiapan atau kesediaan dalam bertindak, belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan suatu kecenderungan (predisposisi) untuk bertindak

terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut (Sunaryo, 2004).

Berkowitz (1972; dalam Azwar, 2012) menyatakan bahwa sikap seseorang terhadap objek adalah pernyataan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak. Sikap yang dimiliki pasien TB paru akan mempengaruhi perilaku melalui proses pengambilan keputusan yang teliti dan memiliki alasan yang kuat. Berdasarkan uraian ini dapat disimpulkan bahwa perilaku positif pasien TB paru dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap yang positif dan sebaliknya. Oleh karena itu diperlukan peningkatan pengetahuan dan sikap melalui pemberian informasi kepada pasien TB paru tentang pemakaian masker sebagai upaya mencegah infeksi silang di rumah sakit. Harapannya dengan pengetahuan dan sikap yang positif dari pasien TB paru tentang pemakaian masker akan berpengaruh terhadap perilaku pasien TB paru untuk mencegah infeksi silang di rumah sakit. Pemberian informasi kepada pasien TB paru tentang pemakaian masker dapat dilakukan dengan memberikan sosialisasi pemakaian masker.

Sosialisasi dalam program kesehatan atau pendidikan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kepedulian atau mengubah sikap untuk menghasilkan suatu perubahan perilaku yang spesifik. Sosialisasi pemakaian masker berarti berbagi informasi dan ide tentang manfaat pemakaian masker bagi pasien TB paru melalui cara-cara yang dapat diterima oleh pasien, menggunakan saluran dan metode maupun pesan yang tepat. Sosialisasi yang baik harus melibatkan partisipasi aktif dari target audiens dan menggunakan metode maupun teknik yang familiar bagi audiens atau pasien. Sosialisasi pemakaian masker merupakan salah satu alat yang penting dalam promosi kesehatan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan penguatan aksi-aksi komunitas serta berperan penting dalam perubahan perilaku pasien TB paru khususnya upaya mencegah infeksi silang di rumah sakit (Sutomo, 2011).

Rumah sakit Paru Jember merupakan rumah sakit khusus sistem pernafasan. Tahun 2012 tercatat ada 995 kunjungan pasien TB paru dan tahun 2013 tercatat ada 1016 kunjungan pasien TB paru di rumah sakit Paru Jember. Rata-rata perbulan pasien TB paru di rumah sakit Paru Jember sebanyak 84 pasien. Berdasarkan studi pendahuluan didapatkan sebagian besar pasien TB paru belum mengetahui manfaat pemakaian masker untuk mencegah infeksi silang di rumah sakit dan pasien TB paru masih ada yang belum memakai masker. Himbauan untuk memakai masker oleh pihak promosi kesehatan rumah sakit Paru telah dilakukan tetapi belum optimal mempengaruhi sikap pasien TB paru dalam memakai masker. Melalui kegiatan praktik profesi Ners Manajemen Keperawatan PSIK Universitas Jember Tahun 2014 akan mencoba melakukan sosialisasi pemakaian masker.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang ini peneliti bertujuan untuk mengetahui efektifitas sosialisasi pemakaian masker dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini berjenis *pre eksperiment* pendekatan *one group pretest posttest*. Sampel diambil dari pasien dengan TB paru di rawat inap rumah sakit Paru Jember yang berjumlah 45 orang. Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive* sampling yang telah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Sosialisasi dilakukan kepada pasien TB paru beserta keluarganya diberikan sebanyak satu kali. Media yang digunakan selama sosialisasi berupa lembar balik, leaflet, dan poster himbauan

pemakaian masker yang ditempel disetiap dinding ruang perawatan pasien. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dilakukan selama bulan Januari – Februari 2014. Uji statistik dilakukan menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* dengan taraf signifikan $p < 0,05$.

HASIL DAN BAHASAN

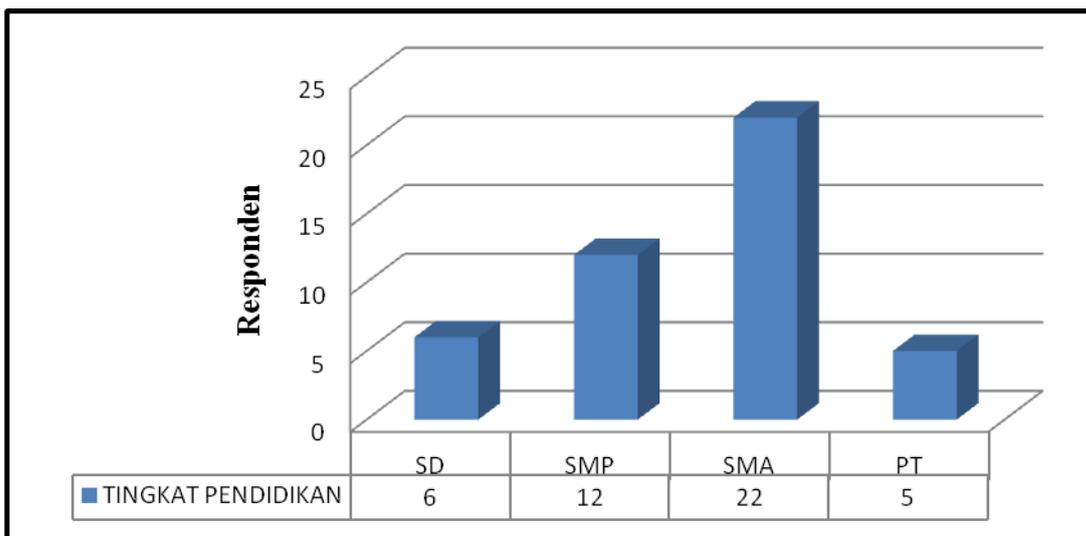
Tabel 1 Rerata karakteristik responden berdasarkan umur di Rumah Sakit Paru Jember pada Januari – Pebruari 2014 (n=45)

Variabel	Mean	Median	SD	Min- Mak	95%CI
Umur	40,35	41	8,038	25 - 56	37,88 – 42,82

Hasil analisis umur didapatkan bahwa rata- rata umur responden adalah 40,35 tahun (95% CI: 37,88 – 42,82), dengan median 41 tahun dan standar deviasi 8,038 tahun. Umur termuda 25 tahun dan umur tertua 56 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata- rata umur responden/ pasien TB paru di antara 37,88 sampai dengan 42,82 tahun.

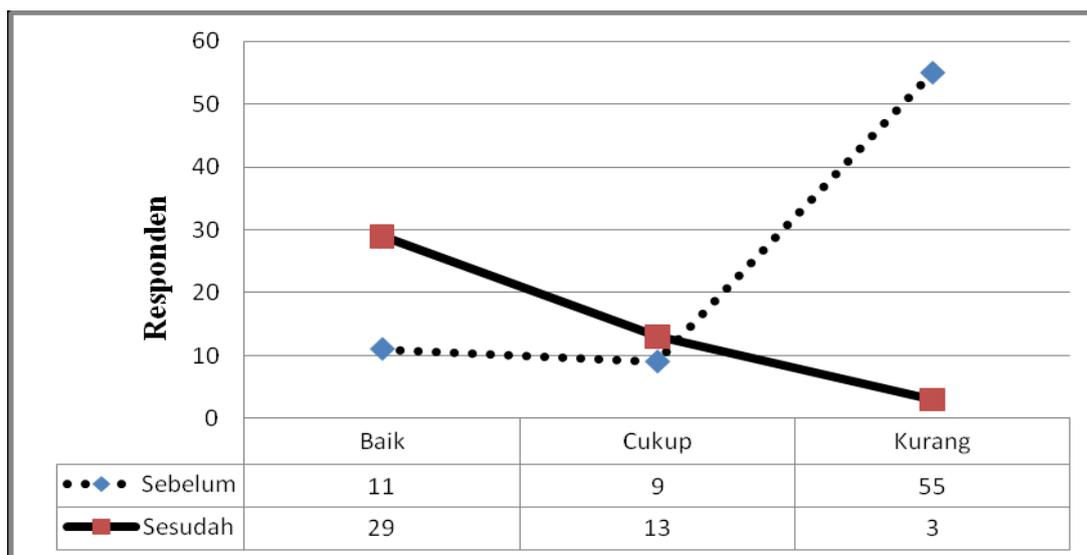
Teori yang dikembangkan oleh Jean Piaget, dalam Sutomo (2011) yang menyatakan bahwa tiap rentang perkembangan mempunyai perkembangan kognitif yang berbeda yang berarti mempunyai tingkat pemahaman terhadap pengetahuan yang berbeda. Menurut Notoatmojo (2005), usia mempunyai pengaruh terhadap daya tangkan dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, namun seiring dengan perkembangan umur, terjadinya penurunan fungsi kognitif seseorang.

Berdasarkan hasil analisis umur dapat dikatakan bahwa pasien TB paru di rumah sakit paru Jember pada bulan Januari sampai Pebruari 2014 memiliki umur rata- rata 40 tahun sehingga bisa dikatakan pasien masih memiliki daya kognitif yang baik sehingga dapat dimungkinkan sekali diberikan sosialisasi guna menambah pengetahuan pasien TB paru tentang manfaat pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.



Gambar 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di Rumah Sakit Paru Jember bulan Januari – Pebruari 2014 (n=45)

Hasil analisis tingkat pendidikan responden didapatkan 5 pasien TB paru berpendidikan tamat diperguruan tinggi, 22 pasien berpendidikan tamat SMA, 12 pasien berpendidikan tamat SMP, dan ada 6 pasien berpendidikan tamat SD. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak yaitu SMA sehingga nantinya akan mempermudah peneliti dalam memberikan sosialisasi dan harapannya tingkat pendidikan responden ini dapat mempengaruhi pengetahuan responden dalam menyerap dan mengolah informasi tentang manfaat pemakaian masker bagi pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.



Gambar 2 Distribusi frekuensi pengetahuan pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di Rumah Sakit Paru Jember bulan Januari – Pebruari 2014 (n=45).

Hasil analisis distribusi frekuensi pengetahuan pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi didapatkan hasil sebelum sosialisasi ada 11 pasien TB paru (25%) yang memiliki pengetahuan baik, akan tetapi sesudah diberikan sosialisasi terjadi peningkatan pengetahuan sebanyak 29 pasien TB paru (65%) yang memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan pasien TB paru yang sebelum diberikan sosialisasi ada 25 pasien TB paru (55%) memiliki pengetahuan kurang, namun sesudah diberikan sosialisasi menurun menjadi 3 pasien TB paru (6%) yang memiliki pengetahuan kurang.

Perubahan pengetahuan ini sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2007) yang mengatakan bahwa perubahan pengetahuan seseorang dapat terjadi melalui proses belajar. Hasil ini membuktikan bahwa peningkatan pengetahuan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker terjadi karena pengetahuan merupakan hasil dari sebuah proses belajar dalam hal ini proses belajar tersebut berlangsung selama sosialisasi pemakaian masker diberikan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam proses belajar dalam rangka untuk terbentuknya sikap seseorang. Peningkatan pengetahuan pasien TB paru terjadi juga karena mekanisme memberikan sosialisasi yang diberikan secara tepat melalui lembar balik dengan penyuluhan, kemudian pasien diberikan leaflet agar bisa dibaca dan diingat oleh pasien, selain itu poster yang menempel di dinding ruang perawatan pasien membuat pasien lebih mudah

mengingat pengetahuan yang diberikan tentang manfaat pemakaian masker. Mekanisme sosialisasi inilah yang membuat pasien menjadi tahu, paham, mengaplikasikan, menganalisis, mensistesis, serta mengevaluasi manfaat pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

Tabel 2 Distribusi frekuensi perbedaan pengetahuan pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di Rumah Sakit Paru Jember bulan Januari – Pebruari 2014 (n=45).

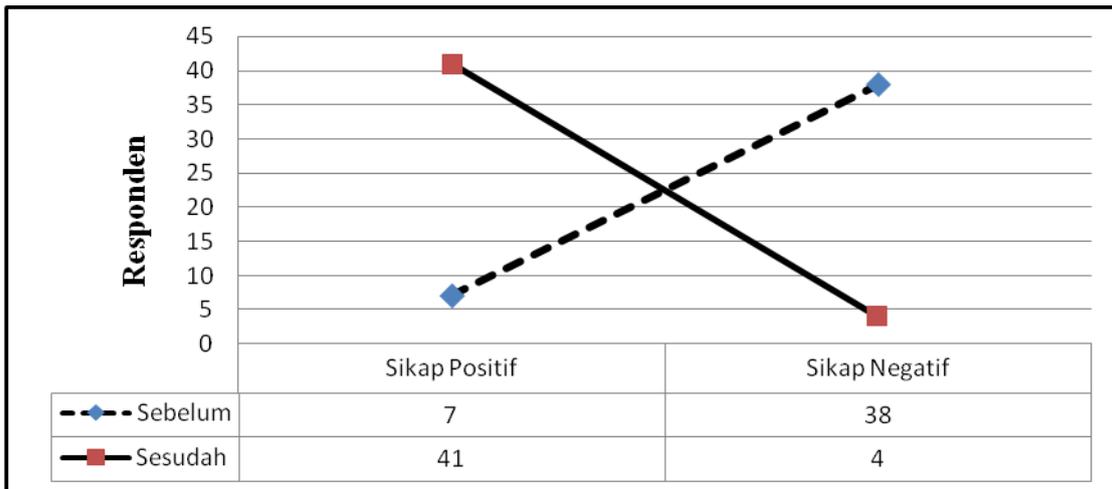
Sosialisasi Pemakaian Masker	Pengetahuan						Total		P value	Z
	Baik		Cukup		Kurang		N	%		
	N	%	N	%	N	%				
Sebelum	11	25	9	20	25	55	45	100	0,020	-2,3
Sesudah	29	65	13	29	3	6	45	100		

Hasil analisis uji statistik diperoleh ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit ($p = 0,020$). Adanya perbedaan yang signifikan pengetahuan sebelum dan sesudah sosialisasi ini dapat disimpulkan bahwa sosialisasi pemakaian masker efektif meningkatkan pengetahuan pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

Sosialisasi merupakan kegiatan percakapan tatap muka dua arah antara pasien dengan petugas kesehatan yang bertujuan memberikan bantuan mengenai berbagai hal yang ada kaitannya dengan kesehatan, sehingga akhirnya pasien mampu mengambil keputusan sendiri mengenai apa yang terbaik bagi dirinya (Sheilla, 2006). Tujuan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit adalah meningkatkan informasi tentang manfaat pemakaian masker. Informasi yang didapat oleh pasien membuat pengetahuan pasien bertambah dan membuat pasien TB paru lebih mudah menerima untuk meningkatkan kesadaran dan perilaku pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

Sosialisasi tentang kesehatan khususnya tentang pemakaian masker dapat mempengaruhi perubahan perilaku pasien TB paru. Perubahan perilaku tersebut dapat berupa pengetahuan, sikap, maupun tindakan atau kombinasi dari ketiga tersebut (Depkes, 2006). Pengetahuan tentang kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara- cara memelihara kesehatan (Notoatmojo, 2005). Diberikannya sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit mengakibatkan pasien TB paru mendapat pelajaran yang menghasilkan pengetahuan dari yang semula belum diketahui menjadi diketahui. Hal ini sesuai dengan tujuan akhir dari sosialisasi ini yaitu perubahan sikap, dimana pasien TB paru dapat merubah sikap yang positif jika terjadi peningkatan pengetahuan.

Keberhasilan sosialisasi pemakaian masker dalam meningkatkan pengetahuan pasien TB paru tidak lepas dari peran unsur- unsur yang terlibat dalam pelaksanaan sosialisasi antara lain perawat ruangan, kepala ruang, dan mahasiswa praktek klinik. Oleh karena itu perlunya implikasi keperawatan terfokus pada peran perawat dalam mempertahankan budaya sosialisasi dapat berupa pendidikan kesehatan tentang pemakaian masker pada setiap pasien baru yang berkunjung ataupun rawat inap di rumah sakit serta pemberlakuan kebijakan peraturan pemakaian masker oleh direktur rumah sakit paru.



Gambar 3 Distribusi frekuensi sikap pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di Rumah Sakit Paru Jember bulan Januari – Pebruari 2014 (n=45).

Hasil analisis distribusi frekuensi sikap pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi didapatkan hasil sebelum sosialisasi ada 7 pasien TB paru (15%) yang memiliki sikap positif pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit, akan tetapi sesudah diberikan sosialisasi terjadi peningkatan sikap sebanyak 41 pasien TB paru (91%) yang memiliki sikap positif. Sikap pasien TB paru yang sebelum diberikan sosialisasi ada 38 pasien TB paru (85%) memiliki sikap negatif pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit, namun sesudah diberikan sosialisasi menurun menjadi 4 pasien TB paru (9%) yang memiliki sikap negatif.

Perubahan sikap pasien TB paru tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit ditentukan oleh seberapa besar pengetahuan yang dimilikinya. Pengetahuan akan mampu menuntun sikap dan perilaku seseorang sehingga akan ada kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap yang diekspresikan. Sikap masih merupakan kesiapan atau kesediaan dalam bertindak, belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan kecenderungan untuk bertindak terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut. Semakin baik pengetahuan seseorang maka kecenderungan sikap untuk bertindak akan lebih positif terhadap objek lingkungan tertentu (Sunaryo, 2004). Mubarak et al (2007) menyebutkan pula bahwa tujuan belajar selain memperoleh pengetahuan intelektual, belajar juga dapat membentuk sikap. Sosialisasi yang telah diberikan kepada pasien harapannya selain meningkatkan pengetahuan, juga membentuk sikap pasien TB paru.

Berdasarkan teori tersebut apabila kita mengkaitkan hasil penelitian pengetahuan dan sikap disini maka pasien TB paru yang memiliki pengetahuan yang baik tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit, akan memiliki sikap yang positif tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit, begitu pula sebaliknya.

Tabel 3 Distribusi frekuensi perbedaan sikap pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di Rumah Sakit Paru Jember bulan Januari – Pebruari 2014 (n=45).

Sosialisasi Pemakaian Masker	Sikap				Total		P value	Z
	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%				
Sebelum	7	15	38	85	45	100	0,012	-2,449
Sesudah	41	91	4	9	45	100		

Hasil analisis uji statistik diperoleh ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit dengan sikap pasien TB paru ($p = 0,012$). Adanya perbedaan yang signifikan ini dapat disimpulkan sosialisasi pemakaian masker efektif meningkatkan sikap pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

Upaya dalam mencegah infeksi silang pasien TB paru di rumah sakit merupakan upaya preventif. Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat di rumah sakit dibagi menjadi 3 yaitu upaya preventif primer, sekunder, dan tersier (Stanhope, 2006). Upaya preventif primer yang dapat dilakukan oleh perawat di rumah sakit adalah melalui kegiatan promosi kesehatan tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit. Fungsi perawat sebagai pendidik diharapkan mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan status kesehatan. Sosialisasi merupakan salah satu bentuk promosi kesehatan yang mengintegrasikan informasi kesehatan tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit dengan pengalaman pasien TB paru untuk membangun pengetahuan yang komprehensif dan sikap yang positif terhadap pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit (Mubarak et al, 2007).

Keberhasilan sosialisasi pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit terhadap sikap positif pasien TB paru dalam memakai masker tentunya berkat mekanisme sosialisasi yang dikemas menarik, mudah dipahami, sederhana, dan mengena sesuai dengan karakteristik pasien TB paru di rumah sakit Paru Jember. Hal ini tentunya harus diimbangi dengan komitmen semua pihak petugas kesehatan khususnya perawat untuk menjalankan perannya sebagai pendidik dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang dikemas dalam bentuk yang menarik sehingga tujuan akhir dalam pembelajaran dapat tercapai.

SIMPULAN DAN SARAN

Pengetahuan pasien TB tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang meningkat dari 25% menjadi 65% pasien TB paru berpengetahuan baik setelah diberikan sosialisasi. Sikap pasien TB tentang pemakaian masker dalam mencegah infeksi silang meningkat dari 15% menjadi 91% pasien TB paru bersikap positif setelah diberikan sosialisasi. Hasil uji statistik diperoleh ada perbedaan yang signifikan pengetahuan dan sikap pasien TB paru sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi, sehingga dapat dikatakan sosialisasi pemakaian masker efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit. Hasil ini dapat disimpulkan bahwa sosialisasi pemakaian masker meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien TB paru dalam mencegah infeksi silang di rumah sakit.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rekomendasi bagi pihak rumah sakit untuk membuat kebijakan standar pelayanan pemakaian *universal precautions*

(masker) mewajibkan pasien, pengunjung, tenaga kesehatan yang datang ke rumah sakit Paru Jember. Peran perawat sebagai pendidik harus ditingkatkan sebagai upaya pelaksanaan pendidikan kesehatan pasien dan keluarga di rumah sakit (PPK) yang optimal. Hasil penelitian ini dapat menjadi rekomendasi untuk penelitian selanjutnya untuk melihat efektifitas pemakaian masker pasien TB paru terhadap infeksi nosokomial di rumah sakit.

Peneliti sampaikan terima kasih atas terlaksananya penelitian kepada Direktur RS Paru Jember, Ketua PSIK Universitas Jember, Mahasiswa Profesi Ners stase Manajemen Keperawatan angkatan IX dan X, serta semua dosen bagian DKKD PSIK Universitas Jember.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S., 2012. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Chin, J., 2000. *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta. Infomedika
- Departemen Kesehatan RI., 2006. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- _____, 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 8. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.
- Ditjen P2P&PL., 2011. *Rencana Aksi Nasional Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial Pengendalian Tuberkulosis Indonesia*. 2011- 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Hiswani., 2004. *Tuberkulosis Merupakan Penyakit Infeksi Yang Masih Menjadi Masalah Kesehatan Masyarakat*. [serial online]. Diakses melalui <http://library.usu.ac.id> tanggal 27 Maret 2014 jam 20.15 WIB
- Laban, Y., 2008. *TBC Penyakit & Cara Pencegahannya*. Yogyakarta: Kanisius
- Mubarak, et all., 2007. *Promosi Kesehatan: Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Notoatmodjo, S., 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- _____, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Shella, R., 2006. *Komunikasi, Informasi dan Edukasi*. [serial online]. Diakses melalui <http://library.unair.ac.id> tanggal 27 Maret 2014 jam 19.00 WIB
- Sunaryo., 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Sutomo, B., 2011. *Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) Komunikasi Kesehatan Dalam Health Promotion*. [serial online]. Diakses melalui <http://library.ui.ac.id> tanggal 27 Maret 2014 jam 20.30 WIB
- Stanhope and Jeanette, L., 2006. *Foundations of Nursing in the Community: Community – Oriented Practice*. Virginia: Mosby.

JUDUL	Pengaruh Terapi Akupresur terhadap Nyeri: Studi Literatur
PRESENTER	Didi Kurniawan
AUTHOR (S)	Didi Kurniawan, Anastasia Ana
INSTITUSI	

ABSTRAK

Terapi komplementer (*complementary therapy*) saat ini semakin berkembang dan diminati oleh masyarakat. Hal ini dikarenakan biaya yang dikeluarkan tidak terlalu mahal dan efek samping yang minimal. Teknik akupresur merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat digunakan dengan untuk menurunkan rasa nyeri.

Studi literatur ini bertujuan untuk memberikan gambaran dari berbagai hasil penelitian yang berkaitan dengan teknik akupresur terhadap penurunan rasa nyeri.

Hasil - hasil penelitian yang ditelaah berasal dari pencarian media elektronik melalui *data base* CINAHL dari EBSCOhost, Proquest, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan *complementary therapy, acupressure and pain, acupressure and acupuncture* dengan rentang tahun terbit dari 2001 - 2013.

Konsep yang diperoleh mencakup konsep meridian akupresur terhadap nyeri yaitu titik meridian LR3 untuk nyeri haid / dismenore, titik meridian L14 dan BL67, serta titik meridian SP6 untuk nyeri persalinan, nyeri punggung bawah (*low back pain*), nyeri arthritis rematoid, titik *jin shin* bermanfaat pada gangguan kardiovaskuler dengan menurunkan heart rate, titik PC6 (*neiguan*) juga dapat mengurangi PSVT pada angina pektoris. Hasil penelitian mengenai titik – titik meridian tersebut dilakukan menggunakan teknik akupresur dengan hasil yang efektif menurunkan tingkat rasa nyeri.

Teknik akupresur terbukti efektif menurunkan tingkat nyeri, sehingga tindakan akupresur dapat dijadikan sebagai salah satu tindakan keperawatan mandiri pada intervensi keperawatan untuk mengatasi keluhan nyeri pada pasien.

Kata kunci: terapi komplementer, akupresur, dan nyeri.

PENDAHULUAN

Ilmu kesehatan saat ini berkembang dengan pesat, apalagi diikuti dengan perkembangan teknologi mutakhir yang menyebabkan biaya perawatan menjadi sangat mahal. Disisi lain, ilmu kedokteran timur mulai diminati dan berkembang dengan luas dikalangan masyarakat. Masyarakat di Amerika Serikat dalam mengatasi berbagai masalah penyakit selain dengan pengobatan medis mereka juga menggunakan *complementary and alternative medicine (CAM)*. Pada tahun 2007 *National Health Interview Survey (NHIS)*, menunjukkan bahwa sekitar 38% orang dewasa menggunakan CAM (Fountouki & Theofanidis, 2009).

Ketertarikan masyarakat terhadap terapi komplementer dikarenakan biaya yang dikeluarkan tidak terlalu mahal dan efek samping yang minimal. Salah satu terapi komplementer yang dapat dijadikan intervensi mandiri perawat adalah akupresur. Terapi ini menggunakan tekanan jari atau ibu jari pada tempat tertentu di sepanjang garis energi meridian tubuh dengan tujuan menurunkan ketegangan, menstabilkan aliran energi di sepanjang garis meridian, dan mengembalikan keseimbangan sistem energi manusia. Akupresur memiliki metode dan prinsip dasar *acupoint* dan meridian yang sama dengan akupunktur. Perbedaan keduanya adalah pada alat yang digunakan, yaitu pada akupresur menggunakan jari atau benda tumpul sedangkan pada akupunktur menggunakan jarum (Turana, 2004; Snyder & Lindquist, 2010).

TUJUAN

Studi literatur ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai berbagai hasil penelitian tentang akupresur, kemudian mengevaluasi publikasi ilmiah sehingga dapat dijadikan bukti/ *evidence based practice* untuk menentukan tindakan terbaik bagi pasien.

METODE

Hasil - hasil penelitian yang ditelaah berasal dari pencarian media elektronik melalui data base CINAHL dari EBSCOhost, Proquest, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan meliputi *complementary therapy, acupressure and pain, acupressure and acupuncture* dengan rentang tahun terbit dari 2001 – 2013. Jumlah literatur yang diperoleh sebanyak 24 yang terdiri dari jurnal dan ebooks, 14 jurnal diantaranya berkaitan langsung pada manfaat akupresur terhadap nyeri dengan jenis data kuantitatif.

Metode analisa yang digunakan dalam studi literatur ini adalah analisis isi (*content analisis*) untuk mengidentifikasi dan membedakan tema – tema dari penelitian/ jurnal yang telah diperoleh sehingga dapat memberikan wawasan yang berguna untuk membuka jalan penelitian selanjutnya mengenai akupresur (Neuendorf, 2002; Duriau, et al., 2007).

HASIL

Hasil studi literatur yang akan diuraikan meliputi terapi komplementer, terapi akupresur, titik meridian akupresur, mekanisme nyeri, efek akupresur terhadap nyeri.

Terapi Komplementer

Pengobatan komplementer dan alternatif adalah beragam sistem perawatan medis, praktek, dan produk kesehatan yang tidak dianggap sebagai bagian dari pengobatan konvensional (*National Center for Complementry and Alternative Medicine; NCCAM*). Terapi komplementer dan terapi alternatif merupakan dua hal yang berbeda, pengobatan komplementer digunakan bersama dengan pengobatan konvensional, sedangkan pengobatan alternatif digunakan sebagai pengganti dari pengobatan konvensional (NCCAM).

Terapi Akupresur

Akupresur atau Shiatsu merupakan teknik yang dikembangkan dari teknik akupunktur, jika dalam penerapan akupunktur memakai jarum, maka dalam akupresur penekanan dilakukan secara lembut tapi tegas pada titik akupresur (*acupoints*) dengan menggunakan jari, ibu jari, siku, bahkan menggunakan kaki. Titik yang digunakan sepanjang saluran energi juga sama seperti dalam titik akupunktur (Turana, 2004; Snyder & Lindquist, 2010).

Akupresur merupakan bagian terapi komplementer dengan kategori terapi energi (*energy therapies*) yang melibatkan penggunaan medan energi. Akupresur sebagai terapi *biofield* bekerja dengan mempengaruhi medan energi yang mengelilingi dan menembus tubuh manusia (Fountouki & Theofanidis, 2009).

Titik meridian akupresur

Titik akupresur adalah simpul meridian tempat terpusatnya energi kehidupan. Terdapat tiga titik yang dapat dirangsang, yaitu titik pijat umum yang berada disaluran meridian, titik pijat istimewa yang berada di luar titik meridian, dan titik nyeri yang jika dipijat terasa nyeri walau bukan titik umum maupun istimewa (Snyder & Lindquist, 2010).

Di dalam tubuh manusia, terdapat lebih dari 2.000 titik yang terbagi menjadi 14 meridian utama, yaitu 12 meridian tertuju pada masing-masing dari 12 organ tubuh sehingga garis meridiannya diberi nama sesuai dengan organnya, 1 meridian terdapat di sepanjang perut, dan 1 meridian lagi di sepanjang tulang belakang (Snyder & Lindquist, 2010).

Mekanisme nyeri

Nyeri merupakan suatu sensasi yang ditangkap oleh medulla spinalis kemudian diterima oleh medulla oblongata dan diterjemahkan sebagai suatu sensasi yang tidak enak pada saraf pusat yang dapat dijelaskan melalui suatu teori *gate control*. Titik akupresur dapat meningkatkan kadar endorfin dalam darah maupun sistemik, tetapi memiliki daerah tangkap yang berbeda, sehingga penggunaan titik akupresur berbeda sesuai dengan organ yang akan dituju dan sesuai indikasi. Endorfin merupakan opiat tubuh secara alami dihasilkan oleh kelenjar pituitary yang berguna untuk mengurangi nyeri, mempengaruhi memori dan *mood* yang kemudian akan memberikan perasaan relaks (Turana, 2004).

Prinsip dasar teori *gate control*, diawali dari masuknya aktivitas saraf aferen dimodulasi oleh mekanisme pembukaan dan penutupan gerbang (*gating mechanism*) di dalam tanduk dorsal korda spinalis dan batang otak. Gerbang ini merupakan inhibitor atau fasilitator bagi aktivitas sel Transmisi (T) yang membawa aktivitas lebih jauh sepanjang jalur saraf. Gerbang dipengaruhi oleh derajat relatif dari aktivitas serabut beta A dengan diameter besar, serabut delta A diameter kecil serta serabut C. Serabut beta A diameter besar diaktifkan oleh stimuli tidak berbahaya dan pada aktifitas serabut aferen besar cenderung menutup gerbang sedangkan aktifitas serabut kecil cenderung membukanya.

Penggunaan titik-titik jalur energi meridian sesuai dengan teori *gate control*, perangsangan titik pada jalur meridian merupakan rangsangan yang akan diteruskan melalui serabut saraf A-Beta yang memiliki diameter besar (penghantar impuls lebih cepat) menuju saraf spinal atau kranial menuju ke kornus posterior medulla spinalis. Dalam medulla spinalis, Substantia Gelatinosa akan bekerja sebagai “*Gate Control*”, yang akan menyesuaikan rangsangan serta mengaturnya sebelum diteruskan oleh serabut saraf aferen ke sel-sel transmisi, serta menutup “*Gate Control*”, rangsangan yang diteruskan oleh serabut saraf cepat A- Beta tersebut harus mempunyai frekuensi tinggi dan intensitas yang rendah. Rangsangan nyeri yang dihantarkan oleh serabut saraf tersebut dapat tertahan dan tidak diteruskan ke sel-sel transmisi, sehingga tidak diteruskan ke pusat nyeri. Secara sistem neurotransmitter, endogenous opioid substance (Endorfin) dapat dikeluarkan oleh Periaqueductal *grey matter* dari sistem kontrol desenden dengan merangsang dari salah satu titik energi meridian (Snyder & Lindquist, 2010).

Efek akupresur terhadap nyeri

Teknik akupresur berpedoman pada garis meridian tubuh, sehingga pengaruh atau efek yang ditimbulkan juga berdasarkan titik yang dilakukan rangsangan atau penekanan. Seperti yang dilakukan oleh Hasanah, (2010); Endang, Tina & Erni (2010), dan Julianti (2013). yang meneliti titik akupresur pada titik meridian LR3 dengan tujuan untuk menurunkan nyeri dismenore. Setelah mendapatkan terapi didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan intensitas nyeri dengan menggunakan alat ukur *Pain numeric rating scale* (PNRS).

Penelitian lain dilakukan oleh Chung, Hung, Kuo & Huang (2003) untuk menguji titik meridian L14 and BL67 dimana diperoleh hasil bahwa akupresur terhadap titik

tersebut terbukti efektif menurunkan nyeri persalinan dan tidak menunjukkan pengaruh terhadap kontraksi uterus. Sedangkan Lee, Chang, Kang (2001), Rusdiatin & Maulana (2007), Hutagaol (2010), Budiarti (2011), Kashanian & Shahali (2010) mengevaluasi efek titik SP6 juga terhadap nyeri persalinan dan lama waktu persalinan, dimana titik SP6 efektif untuk menurunkan nyeri persalinan dan memperpendek waktu persalinan.

Identifikasi efek akupresur terhadap nyeri punggung bawah / *low back pain* dilakukan oleh Yip & Tse, (2004), ternyata hasilnya cukup signifikan dalam menurunkan nyeri yang dialami penderita LBP. Sedangkan Lee & Hale, (2011) melakukan *auricular acupressure for people with rheumatoid arthritis*, menunjukkan terapi ini mampu menurunkan tingkat nyeri *rheumatoid arthritis*.

Selain berbagai manfaat diatas teknik akupresur juga dapat diaplikasikan pada gangguan sistem kardiovaskuler, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Li, J., Chen, Z., Liang, F., Wu, S., Wang, H., (2012) mengenai titik meridian PC6 terbukti efektif. Penelitian serupa mengenai titik *neiguan* (PC6) terhadap Coronary Heart Disease juga terbukti dapat menurunkan risiko patologisnya (Shen, X., Ding, G., Zhou, Y., Deng, J., Lao, W., 2008). Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Kristina L. McFadden, Hernández TD, (2010) ditemukan bahwa titik *jin shin* efektif dalam menurunkan heart rate. Begitu juga penelitian Cheng & Tsung (1998) yang menitik beratkan pada titik PC6 (*neiguan*) dan dihasilkan bahwa pemberian terapi tersebut mampu menurunkan PSVT pada penderita angina pectoris.

PEMBAHASAN

Terapi komplementer seperti teknik akupresur dapat diintegrasikan dalam intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien. Namun, sampai sekarang belum ada panduan yang jelas mengenai hal ini (*College of Nurses of Ontario / CNO*, 2009). Padahal manfaat menggabungkan terapi komplementer dalam asuhan keperawatan dapat meningkatkan potensi perawat dalam melakukan tindakan mandiri. Akan tetapi sikap perawat terhadap terapi ini juga masih berbeda-beda. Untuk mendapatkan fakta-fakta tentang sikap perawat dan untuk memastikan kesediaan perawat untuk menggunakan terapi ini maka diperlukan penelitian lebih lanjut (Thorne, 2001; Leckridge, 2004; Fountouki & Theofanidis, 2009).

KESIMPULAN

Berbagai penelitian yang terkait dengan teknik akupresur yang bertujuan mengurangi rasa nyeri telah banyak dilakukan, dimana hasil penelitian-penelitian tersebut menyimpulkan bahwa teknik akupresur efektif menurunkan tingkat nyeri, diantaranya adalah nyeri persalinan, nyeri haid / dismenore, nyeri punggung bawah / *low back pain*, maupun nyeri akibat arthritis rematoid. Selain itu, akupresur pada titik PC6 juga terbukti efektif untuk gangguan kardiovaskuler, seperti pada *Coronary Heart Disease* terbukti dapat menurunkan risiko patologis yang ditimbulkannya, dan terbukti bahwa titik *jin shin* efektif dalam menurunkan heart rate, serta pemberian terapi tersebut juga mampu menurunkan PSVT pada penderita angina pectoris.

DAFTAR PUSTAKA

Budiarti, K.D., (2011). *Hubungan akupresur dengan tingkat nyeri dan lama persalinan kala I pada ibu primipara di Garut*. Diakses pada tanggal 2 Desember 2013 dari : <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20281670-T%20K...pdf>

- Chung L., Hung L., Kuo S., Huang C (2003). Effects of L14 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of nursing research* vol.11 no.4. 2003.
- College of Nurses of Ontario (2009). Practice guideline Complementary Therapies. Pub. No. 41021 ISBN 1-894557-50-6. <http://www.cno.org>
- Duriau, V.J., Reger, R.K. and Pfarrer, M.D. (2007), "A content analysis of the content analysis literature in organization studies: research themes, data sources, and methodological refinements", *Organizational Research Methods*, Vol. 10 No. 1, pp. 5-34.
- Endang, Tina, & Erni (2010). Efektifitas terapi akupresur dalam meminimalisasi dismenore primer pada wanita dewasa muda. Diakses pada tanggal 2 desember 2013 dari: isjd.pdii.lipi.go.id/index.php/Search.html?act=tampil&id=153672...
- Fountouki A & Theofanidis D, (2009). Nurses' Attitudes Towards Complementary Therapies. *health science journal* volume 3, issue 3 (2009) www.hsj.gr ISSN:1108-7366,,e-issn:1791-809x.
- Hasanah, O. (2010). Efektifitas terapi akupresur terhadap dismenore pada remaja di SMP N 5 dan SMP N 13 Pekanbaru. Diakses pada tanggal 29 november 2013 dari: <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20284808-T%20Oswati%20Hasanah.pdf>
- Hutagaol, I (2010). Pengaruh Pemberian Teknik Akupresur terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I pada Ibu Primipara. Diakses pada tanggal 5 Desember 2013 dari: <http://repository.usu.ac.id>
- Julianti, EF. (2013). [Efektifitas terapi akupresur terhadap dismenore pada remaja di SMAN 5 dan MA al-huda Bengkalis](http://repository.unri.ac.id). Diakses pada tanggal 5 Desember 2013 dari: <http://repository.unri.ac.id>
- Kashanian & Shahali, (2010). Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. July 2010, Vol. 23, No. 7 , Pages 638-641 (doi:10.3109/14767050903277662).
- Leckridge B. (2004). The future of complementary and alternative medicine models of integration. *J Altern Complement Med*. 2004; 1(2):413-416.
- Lee, HY., Hale CA., Hemingway B., et.al (2012). Tai Chi exercise and auricular acupressure for people with rheumatoid arthritis: an evaluation study. *Journal of Clinical Nursing* 2012 Vol: 21(19pt20):2812-2822. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2011.04058.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04058.x).
- Lee, M., Chang, S., & Kang, D (2004). Effect of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *The journal of alternative and complementary medicine*. December 2004, 10(6): 959-965. doi:10.1089/acm.2004.10.959.
- Lindquist, R., Tracy, MF., Savik, K., & Watanuki, S. (2005). Regional Use of Complementary and Alternative Therapies by Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*; Apr 2005; 25, 2; ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 63.
- McFadden, KL., Hernández, TD., (2010). Cardiovascular benefits of acupressure (Jin Shin) following stroke. *Journal Complementary Therapies in Medicine* (2010) 18, 42—48.
- NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine). What Is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? Web site: nccam.nih.gov
- Neuendorf, K.A. (2002), *The Content Analysis Guidebook*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

- Rusdiatin & Maulana (2007). Pengaruh pemberian teknik akupresur terhadap tingkat nyeri persalinan kala I di rumah sakit Rajawali citra patorono Banguntapan Bantul 2007. Diperoleh pada tanggal 2 Desember 2013 dari: <http://digilib.unsri.ac.id>
- Schaefer K. (2009). CAM therapies were used as treats and as alternative, complementary and conventional treatments. *Am J Public Health*. 2009;98(9):1700-1705.
- Snyder, M & Lindquist, R. (2010). *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC. www.springerpub.com E-book ISBN: 978-0-8261-2429-6
- Thorne, S. (2001). Complementary and alternative medicine: critical issues of nursing practice and policy. *The Canadian Nurse* [http://search.proquest.com/indexingvolumeissuelinkhandler/41610/The+Canadian+Nurse/02001Y04Y01\\$23Apr+2001\\$3b++Vol.+97+\\$284\\$29/97/4?accountid=4829097.4](http://search.proquest.com/indexingvolumeissuelinkhandler/41610/The+Canadian+Nurse/02001Y04Y01$23Apr+2001$3b++Vol.+97+$284$29/97/4?accountid=4829097.4) [http://search.proquest.com/indexingvolumeissuelinkhandler/41610/The+Canadian+Nurse/02001Y04Y01\\$23Apr+2001\\$3b++Vol.+97+\\$284\\$29/97/4?accountid=48290](http://search.proquest.com/indexingvolumeissuelinkhandler/41610/The+Canadian+Nurse/02001Y04Y01$23Apr+2001$3b++Vol.+97+$284$29/97/4?accountid=48290) (Apr 2001): 27-30.
- Turana, Y. (2004). Akupresur. Diakses pada tanggal 23 November 2013 dari <http://www.medikaholistik.com>
- U.S. Department of Health and Human Services (2012). Cam basics. Web site: nccam.nih.gov E-mail: info@nccam.nih.gov
- Yip, Y.B & Tse, S.H.M (2004). The effectiveness of relaxation acupoint stimulation and acupressure with aromatic lavender essential oil for non-specific low back pain in Hong Kong: a randomised controlled trial. Publication info: *Complementary Therapies in Medicine* 12.1 (Mar 2004): 28-3.

JUDUL	<i>End of Care</i> di Area Keperawatan Kritis: Literature Review
PRESENTER	Hellena Deli
AUTHOR (S)	Hellena Deli, Anastasia Ana
INSTITUSI	

ABSTRAK

Perawatan *end of life* (EOL) merupakan dukungan dari pemberi pelayanan khususnya perawat pada pasien dalam tahap akhir kehidupannya. Kemajuan alat-alat medis membuat pasien mampu bertahan hidup lebih lama, namun terkadang menimbulkan penderitaan dari pada kesembuhan. Penerapan perawatan EOL di area keperawatan kritis sangat diperlukan. Karena area ini rentan terhadap masalah etik terkait perawatan EOL, sehingga penting bagi perawat untuk mengetahui aspek etik dan legal perawatan EOL di area keperawatan kritis.

Studi literatur ini bertujuan untuk memberikan rangkuman dan mengidentifikasi aspek etik dan legal perawatan EOL di area keperawatan kritis.

Penelaahan dilakukan dengan melakukan *review* terhadap hasil penelitian dari media elektronik CINAHL, EBSCOhost, proquest, google *scholar* dan buku-buku keperawatan dari tahun 1998-2013 dengan kata kunci *EOL in critical care, nursing role in EOL, law and ethic EOL, issue EOL in critical care*. Jumlah literatur yang diperoleh sebanyak 40 jurnal dan 21 diantaranya memenuhi kriteria. Data diperoleh dari penelitian kualitatif maupun kuantitatif dengan analisis narasi yang kemudian dideskripsikan untuk mencerminkan aspek etik dan legal perawatan EOL di area keperawatan kritis.

Konsep yang diperoleh terkait aspek etik dan legal perawatan EOL mencakup prinsip perawatan, peran perawat, etik perawatan EOL terkait pengambilan keputusan *withholding and withdrawing*, manajemen nyeri, dan penghentian tindakan resusitasi.

Perawatan EOL dimulai ketika pasien masih bernafas hingga akhirnya berhenti. Dalam pengambilan keputusan EOL banyak masalah etik legal yang mengikat, sehingga perawat memiliki kewajiban memberikan pelayanan terbaik dalam menghantarkan pasien pada kematian yang layak, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

Kata kunci: *end of life, end of life care, issue end of life, law and ethic end of life*

PENDAHULUAN

Perawatan *end of life* merupakan perawatan pada penyakit terminal yang bersifat progresif, tidak dapat disembuhkan dan memungkinkan untuk terjadinya kematian. Perawatan ini membutuhkan dukungan perawat dan keluarga untuk dapat mengidentifikasi fase terakhir dari kehidupan, dimana perawatan ini mencakup manajemen nyeri dan gejala, masalah psikososial dan dukungan spiritual (New South Wales Departemen of health, 2005).

Pelaksanaan perawatan *end of life* di ruangan intensif sering menimbulkan masalah klinis dan etik. Hal ini dikarenakan ketidakmampuan pasien untuk mengambil keputusan mengenai pengobatan sehingga pada fase ini peran keluarga sangat dibutuhkan. Perawat memiliki peranan penting dalam perawatan ini, dimana perawat harus memberikan informasi yang tepat, membimbing, mengarahkan keluarga dalam mengambil keputusan, dan sebagai konselor untuk membantu mengatasi stress, kesedihan dan berduka. Perawat dan rumah sakit memiliki kewajiban secara etik dalam memberikan perawatan yang komprehensif, bermartabat dan penuh kasih sayang.

Perawatan *end of life* di ruangan intensif terkadang membutuhkan perubahan secara dramatis baik secara intervensi ataupun sikap yang terkadang menyulitkan posisi

perawat sebagai pemberi pelayanan yang bertanggung jawab terhadap perawatan pasien (New south wales Departemen of health, 2005; National Health Service Departemen of health, 2008).

TUJUAN

Studi literatur ini bertujuan untuk memberikan rangkuman dan mengidentifikasi aspek etik dan legal perawatan EOL di area keperawatan kritis.

METODE

Studi literatur ini dilakukan dengan melakukan penelaahan dari hasil penelitian baik penelitian kualitatif maupun kuantitatif, dan artikel-artikel terkait yang diperoleh dari media elektronik (internet) CINAHL, EBSCOhost, proquest, google scholar dan buku-buku keperawatan dari tahun 1998-2013 dengan kata kunci *EOL in critical care, nursing role in EOL, law and ethic EOL, issue EOL in critical care*.

Jumlah literatur yang diperoleh sebanyak 40 jurnal dan 21 diantaranya memenuhi kriteria dengan data kualitatif maupun kuantitatif. Studi literatur ini menggunakan analisis narasi (*narrative analysis*) yang kemudian akan dideskripsikan untuk mencerminkan aspek etik dan legal perawatan *end of life* di area keperawatan kritis.

HASIL

Hasil yang diperoleh dari pencarian dengan kata kunci *end of life care in critical care, nursing role in end of life, law and ethic end of life, issue end of life in critical care* didapatkan aspek etik dan legal perawatan *end of life* yang mencakup prinsip perawatan, peran perawat, etik dalam perawatan *end of life* terkait pengambilan keputusan *withholding and withdrawing*, manajemen nyeri, dan penghentian tindakan resusitasi, yang berguna bagi perkembangan perawat dalam memberikan perawatan pada pasien yang menghadapi fase *end of life*.

Prinsip Perawatan End Of Life

Prinsip dasar perawatan *end of life* sangat perlu diperhatikan oleh perawat. *National Health Service Departemen of health* (2008) mengembangkan standar perawatan *end of life*, penerapan standar ini bertujuan agar perawat tampil dalam memberikan pelayanan dan dapat meningkatkan pelayanan. Prinsip dasar dari perawatan *end of life* meliputi 1) Pilihan dan prioritas dari individu merupakan inti dari perawatan *end of life*, 2) Komunikasi efektif, mudah dimengerti, sensitif serta terbuka antara perawat dan keluarga mendasari semua perencanaan kegiatan perawatan, 3) Peningkatan kualitas perawatan *end of life* dapat diperoleh dengan cara melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, 4) Individu dan keluarga perlu dilibatkan dalam pengambilan keputusan, perencanaan, pengembangan dan evaluasi dalam perencanaan perawatan *end of life*, 5) Pemberian perawatan harus memperhitungkan keadaan, keinginan dan prioritas keluarga dan individu serta orang-orang terdekatnya, 6) Perawatan dan dukungan yang diberikan harus berkelanjutan dan dapat diberikan kepada siapa saja yang dapat terkena dampak dari kematian individu, 7) Perawat memiliki tanggung jawab untuk mengembangkan perawatan *end of life* guna meningkatkan kualitas dari akhir kehidupan seseorang.

Peran Perawat Dalam Perawatan End Of Life

Peran perawat dalam perawatan *end of life* adalah dengan menciptakan *peaceful end of life*, hal ini sesuai dengan konsep yang dikembangkan oleh Rulan & Moore

(1998) yang sesuai dengan tujuan dari perawatan *end of life* meliputi: 1) manajemen nyeri dan gejala dimana perawat memiliki kewajiban secara etis dalam mengurangi nyeri pada perawatan *end of life*. *The national society for pain management nursing* dalam Reynolds, et al (2013) 1) memberikan pernyataan bahwa perawat dan tenaga kesehatan lainnya harus mampu menjadi advokat bagi pasien dalam mengatasi nyeri yang dialami pasien. Penanganan nyeri dan gejala yang efektif pada pasien dapat meningkatkan kualitas *end of life* dan bahkan lebih sering memperpanjang kehidupan dibandingkan mempercepat kematian, 2) memberikan kenyamanan, kenyamanan pada pasien merupakan fokus dari perawatan *end of life* dan merupakan pelayanan terpenting. Koordinasi dengan berbagai tim kesehatan dapat meningkatkan konsistensi dalam perawatan, 3) menghargai martabat pasien dimana tindakan ini mengacu kepada prinsip etik dan autonomi dimana keluarga dan pasien memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan serta menentukan nasib mereka, 4) memberikan kedamaian meliputi perasaan menyenangkan, harmonis, sesuai dan bebas dari rasa cemas, gelisah dan ketakutan, selain itu kedamaian juga mencakup kepada damai secara fisik, spiritual, dan fisiologis, 5) hubungan dekat dengan orang sekitar.

Etik Dalam Perawatan *End of Life*

Perawat memiliki tugas dan tanggung jawab dalam memberikan perawatan bagi setiap pasien dalam berbagai kondisi termasuk pada pasien yang akan menghadapi kematiannya. Pemberian perawatan pada pasien yang menghadapi kematiannya merupakan tugas yang menantang, namun memiliki manfaat bagi pasien dan pengobatannya. Dalam pemberian perawatan dibutuhkan perawat yang berkompeten yang mampu mengatasi masalah klinis, emosional, sosial dan spiritual yang sering muncul pada pasien yang menghadapi kematiannya, selain itu perawat harus mampu mengatasi berbagai potensi masalah etika dan hukum dalam perawatan *end of life* (Niemera & Townsend, 2009). Pada dasarnya prinsip etik dalam melakukan perawatan adalah respek terhadap *autonomy* pasien, *beneficence*, *non-maleficence*, *justice*, namun pada perawatan *end of life* perawat perlu juga untuk memperhatikan aspek *dignity* dan *honesty* (Dahlin & Boston, 2004; Thorn, 2010).

Pengambilan Keputusan *Withdrawal* dan *Withholding*

Pengambilan keputusan untuk mengakhiri pengobatan yang mempertahankan kehidupan merupakan sebuah tantangan, hal ini dikarenakan emosi dan etik yang melekat pada tindakan yang dapat mempercepat kematian (Neimira & Towsend, 2009). Pemberi perawatan harus sensitif, menghormati keragaman keyakinan, moral mengenai akhir kehidupan dan jelas harus memahami pembenaran moral terhadap tindakan yang dapat dianggap sebagai tindakan mempercepat kematian.

Prinsip dari efek ganda memungkinkan seseorang untuk melakukan tindakan seperti itu jika tindakan memiliki dua efek yang baik dan diinginkan dan salah satu yang buruk dan diramalkan tetapi tidak diinginkan. Terdapat empat prinsip dari efek ganda yaitu 1) tindakan yang direncanakan harus memiliki efek baik dan buruk, hal ini dimaksudkan bahwa efek yang baik yang diharapkan seimbang dengan efek buruknya, 2) Hanya efek baik yang diharapkan, 3) Efek buruk bukan menjadi sarana untuk mendapatkan efek yang baik, 4) Efek yang baik harus lebih besar daripada efek buruk (Lyn, 2001).

Dokumentasi sangat penting tindakan ini. Menurut Kircoff et al (2004), perawat belum mampu melakukan pendokumentasian terhadap tindakan ini secara komprehensif, sehingga diperlukan usaha untuk mengembangkan bentuk dokumentasi yang dapat disesuaikan dengan perawatan *end of life* di area keperawatan kritis. Dalam

melakukan tindakan withdrawal dan withholding ini perawat banyak mengalami kesulitan diantaranya masalah etik, emosional, prosedur pelaksanaan, pendokumentasian, konflik dengan keluarga dan tenaga kesehatan lainnya, serta konflik budaya (Kircoff & Kowalkowski, 2010).

Manajemen Nyeri

Nyeri pada kondisi terminal harus menjadi perhatian penting bagi perawat, hal ini mungkin karena nyeri itu diketahui namun tidak diobati. Perawat memiliki kewajiban secara etis untuk mengurangi penderitaan pada akhir kehidupan seseorang. Perawat harus kompeten dalam perawatan pasien dan tindakan mengatasi nyeri merupakan sebuah kewajiban perawat (ANA, 2010). Perawat memiliki tanggung jawab dan kewajiban baik secara individual ataupun tim dalam memberikan pelayanan yang komprehensif dan penuh kasih sayang yang mencakup pemberian kenyamanan, menghilangkan nyeri, dan melakukan tindakan yang dapat menopang kehidupan (ANA, 2001). Pada area perawatan kritis penggunaan opioid lebih sering hal ini dikarenakan intensitas nyeri pada pasien kritis berbeda dengan pasien lainnya (Foley, K.M, 2001).

Penggunaan obat opioid tak jarang mengakibatkan hipotensi, depresi system pernafasan oleh karena itu perawat perlu melakukan pengkajian dan melakukan tindakan secara hati-hati. Obat-obat yang sering digunakan adalah sedasi, anxiolysis, dan analgesia. Namun yang sering menjadi pilihan adalah penggunaan morfin sulfat. Oleh karena itu perawat harus dapat menggunakan dosis efektif yang dapat digunakan untuk mengontrol gejala, selain itu perawat harus dapat bertindak sebagai advokad yang membela kepentingan pasien ketika pasien mendapatkan obat yang tidak dapat mengurangi rasa nyeri dan gejala lainnya.

Pengelolaan nyeri dan manajemen gejala dapat meningkatkan kualitas hidup dan dapat memperpanjang kehidupan dibandingkan mempercepat kematian. Beberapa penelitian menunjukkan penggunaan obat opioid bahkan dalam penggunaan dosis tinggi tidak memperpendek usia hidup (Bengoechea, Gutierrez, Vrotsou, Oinaindia, & Lopez , 2010).

Prinsip etika dari pemberian terapi ini adalah *beneficence*, *nonmalficence*, *otonomy*, *justice* yang mengatur dan menuntun praktek perawatan *end of life*. Nyeri pada kondisi terminal kehidupan dapat diakibatkan oleh beberapa sumber. Pada prinsip *Beneficence* perawat memiliki tanggung jawab mengurangi rasa sakit dan memberikan pelayanan sepenuh hati. Prinsip *nonmalficence* menunjukkan bahwa nyeri merupakan sebuah tanda peringatan, bila rasa nyeri tak berhenti maka akan mengancam secara fisik maupun psikologis, selain itu perawat juga mempunyai tanggung jawab bahwa perawat tidak menimbulkan rasa sakit dan ketidak nyamanan (Brennan, Carr, & Cousins, 2007). Pasien juga memiliki hak untuk diberikan semua informasi yang diperlukan untuk mengambil keputusan. *Justice* merupakan sebuah prinsip dasar tindakan dan dasar hubungan terapeitik. Prinsip *otonomy* menunjukkan bahwa keluarga dan pasien memiliki hak untuk menentukan nasib mereka sendiri (Morton et al, 2005).

Penghentian Tindakan Resusitasi (DNR)

Do Not Resuscitation (DNR) merupakan sebuah perintah tertulis yang terdapat di pelayanan kesehatan atau rumah sakit dimana untuk menghormati keinginan pasien untuk tidak menjalani *cardiac pulmonary resuscitation* (CPR) (Morton et al, 2005). Pengambilan keputusan DNR dilakukan setelah memenuhi syarat 1) pasien berada pada kondisi terminal dengan prognosis yang buruk, 2) pasien berada di ambang kematian, 3) berdasarkan pada kondisi medis (Koppel & Sullivam, 2011). Dalam pengambilan keputusan DNR Dibutuhkan diskusi dengan seluruh tim kesehatan dan keluarga

sebelum pengambilan keputusan. Ketika mengambil keputusan untuk melakukan DNR maka perawat harus mendokumentasikan hasil diskusi dan keputusan yang diambil perawat dan disetujui oleh keluarga pada rekam medis pasien (Morton, et al, 2005).

Pembahasan

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan pelayanan *end of life*. Perawat berada pada garis terdepan dalam melakukan perawatan di area keperawatan kritis bekerjasama dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk dapat memberikan pelayanan yang baik. Perawatan *end of life* merupakan salah satu bagian dari perawatan yang komprehensif meliputi aspek biopsiko sosiokultural dan merupakan komponen terpenting dari keterampilan perawat di area keperawatan kritis selain keterampilan prosedural seperti monitoring hemodinamik, resusitasi, dan penanganan kegawat daruratan. Fokus pelayanan di area keperawatan kritis masih berorientasi kepada aspek fisik, sehingga tindakan yang mengakomodasi pemenuhan aspek psikososial dan spiritual masih terabaikan.

Menurut Detering et al (2010) pemberian perencanaan perawatan *end of life* dapat meningkatkan kualitas *end of life*, kepuasan keluarga, mengurangi stress, kecemasan dan depresi pada pasien dan keluarga. Selain itu masalah terbesar yang dihadapi adalah masalah etik dan legal yang mengikat. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa hambatan terbesar yang muncul dalam pemberian perawatan *end of life* adalah adanya konflik dari dokter dan keluarga pasien mengenai perawatan yang dilakukan perawat. Faktor-faktor yang menghambat transisi perawatan *end of life* adalah usia pasien, beda persepsi antara perawat dengan keluarga mengenai kondisi pasien, dan perubahan pengambilan keputusan pada kondisi sulit, factor ini lah yang dianggap perawat sebagai salah satu penghambat pemberian pelayanan yang maksimal kepada pasien (Kirchhoff et al, 2009; Festic et al, 2010). Untuk mencegah terjadinya konflik perawat harus memiliki kesamaan persepsi antara tenaga kesehatan lain, keluarga dan perawat itu sendiri dalam merencanakan perawatan *end of life*.

Hukum telah mengatur dengan jelas mengenai hak setiap orang dewasa yang berkompeten untuk mengambil keputusan mengenai penghentian ataupun menolak tindakan medis terkait dirinya. Pada area keperawatan kritis pasien yang dirawat mayoritas mengalami penurunan kesadaran ataupun gangguan kognitif sehingga pengambilan keputusan dilakukan oleh keluarga atau orang yang bertanggung jawab. Tak jarang dalam kondisi ini sering menimbulkan konflik antara pemberi perawatan dan keluarga.

Menurut Hinshaw (2008) ada empat aspek etik yang harus diperhatikan perawat dalam pemberian perawatan *end of life* yaitu *beneficence*, *nonmaleficence*, *autonomy* dan *justice* dimana apa bila setiap tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan prinsip ini maka potensi masalah yang dapat muncul dikemudian hari dapat dicegah. Beberapa langkah yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya masalah terkait etik dan legal perawatan *end of life* adalah menjelaskan dengan jelas mengenai kondisi pasien, menerima hasil keputusan yang diambil keluarga, dan mendokumentasikan segala tindakan ataupun persetujuan keluarga mengenai perawatan *end of life*.

KESIMPULAN

Perawatan *end of life* merupakan perawatan yang dimulai ketika pasien masih bernafas hingga akhirnya berhenti. Perawat memiliki peranan penting dalam tindakan perawatan *end of life* yaitu memberikan kematian yang damai (*peaceful end of life*). Aspek etik dan legal yang harus diperhatikan perawatan adalah pengambilan keputusan untuk

withholding dan withdrawing, manajemen nyeri, keputusan untuk DNR, dimana pengambilan keputusan terhadap tindakan ini sering menimbulkan konflik terkait perbedaan persepsi mengenai pengambilan keputusan, kondisi pasien antara perawat dengan tenaga kesehatan lain, dan keluarga antara perawat. Terkadang tindakan perawatan *end of life* menimbulkan masalah etik bagi perawat misalnya tindakan DNR, manajemen nyeri dengan penggunaan analgetik opioid, terutama diruangan intensif dimana pasien yang dirawat memiliki kondisi medis yang kompleks, sehingga penting bagi perawat untuk memahami konsep *end of life*.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (ANA) (2001). Code of ethics for nurses and interpretive statements. 3 Maret 2014 dari <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf>.
- American Nurses Association (ANA) (2010). Registered nurses' roles and responsibilities in providing expert care and counseling at the end of life. Diperoleh pada tanggal 5 maret 2014 dari <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Ethics-Position-Statements/etpain14426.pdf>.
- Bengoechea, I., Guti_erez, S. G., Vrotsou, K., Oinaindia, M. J., & Lopez, J. M. (2010). Opioid use at the end of life and survival in a hospital at home unit. *Journal of Palliative Medicine*, 13(9).
- [Brennan, F.](#), [Carr DB.](#), & [Cousins M.](#) Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg.* 2007 Jul;105(1).
- Dahlin, C & Boston. (2004). Ethics in End of Life Care. *Journal of hospice and Palliative Nursing. Vol. 6, No. 1.*
- Detering, K.A., Hancock, A., Reade, M .C & Silvester, M. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 340.
- [Festic, E.](#), Wilson, M.E., Gajic, O., Divertie, D.D., & Rabatin, J.T. (2012). Perspectives of Physicians and Nurses Regarding End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *J Intensive Care Med February 2012 vol. 27 no. 1.*
- Foley, K. M . (2001). *Pain and symptom control in the dying ICU patient. In C urtis J R, R ubenfeld G D, editors: Managing death in the intensive care unit: the transition from cure to comfort.* Oxford University Press: New York.
- Hinshaw, D.B. (2008). Ethical issues in end-of-life care. *J Med Liban.* 2008 Apr-Jun;56(2).
- Kirchhoff, K.T & Kowalkowski, J.A. (2010). Current Practices for Withdrawal of Life Support in Intensive Care Units. *Am J Crit Care* 2010;19.
- Kirchhoff, K.T., Anumandla, P.R., Foth, K.T., Nicole Lues, S & Ho Gilbertson-White, S. (2004). Documentation on Withdrawal of Life Support in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 2004;13.
- Kirchhoff, K.T., Spuhler, V., Walker, L., Hutton, A., Cole, B.V., & Clemmer, T. (2000). Intensive care nurses' experiences with end of life care. *Am J Crit Care, vol. 9 no. 1*
- Koppel, A & Sullivan, S.M. (2011). Legal Considerations in End-of-Life Decisionmaking in Louisiana. *The Ochsner Journal* 11.

- Lynn, J. (2001). Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA* ;285(7).
- Morton, P.G., Fontaine, D.K., Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2005). *Critical care nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- NHS. (2008). End of Life Care Strategy: *Promoting high quality care for all adults at the end of life*. DH Publications Orderline: London.
- Niemira, D., & Townsend, T. (2009). *Handbook for Rural Health Care Ethics: A Practical Guide for Professionals*. Trustees of Dartmouth College: Hanover.
- NSW department of health. (2005). *Guidelines for end-of-life care and decision-making*. Sydney.
- Reynolds, J., Drew, D., & Dunwoody, C. (2013). American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management at the End of Life. *Pain Management Nursing, Vol 14, No 3*.
- Ruland, C.M & Moore, S.M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook* [Volume 46, Issue 4](#).
- Thorns, A. (2010). Ethical and legal issues in end of life care. *Clinical Medicine* 2010, *Vol 10, No 3*.

JUDUL	Keselamatan Pasien dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan
PRESENTER	Retno Purwandari
AUTHOR (S)	Retno Purwandari
INSTITUSI	Staf Pengajar Bagian DKKD PSIK Universitas Jember

ABSTRAK

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti profesionalisme, tanggung jawab dan bukti legal seorang perawat dalam menjalankan tindakannya. Dokumentasi asuhan keperawatan bisa digunakan sebagai bukti legal, ketika dokumentasi dibuat dengan lengkap oleh perawat. Kelengkapan dokumentasi masih menjadi permasalahan di beberapa Rumah Sakit, baik itu di Indonesia maupun luar negeri. Kondisi ini tidak sesuai dengan tujuan dokumentasi asuhan keperawatan untuk memfasilitasi komunikasi dalam keberlangsungan proses asuhan keperawatan, kualitas dan keamanan perawatan yang diberikan.

Tujuan penulisan artikel ini untuk mengetahui pengaruh kelengkapan dokumentasi terhadap keselamatan pasien. Metode yang digunakan adalah studi literatur pada jurnal Ebsco, Proquest, teori serta hasil riset dokumentasi asuhan keperawatan dengan kata kunci *nursing documentation, completeness documentation, documentation for patient safety*.

Kajian literatur menunjukkan bahwa tujuan utama dokumentasi adalah keberlanjutan proses perawatan, fokus tindakan perawatan selanjutnya tergantung dari dokumen yang dibuat. Dokumentasi yang dibuat dengan baik akan membantu pemberi layanan kesehatan dalam manajemen perawatan yang efektif, sedangkan dokumentasi yang buruk akan meningkatkan peluang kesalahan tindakan (Hafernick, 2007). Hasil riset Setz dan D'Innocenzo (2009) dengan melakukan review pada rekam medis pasien ditemukan bahwa 8,7 % dokumentasi bernilai baik, 26,7 % dokumentasi bernilai buruk. Dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak lengkap akan berpotensi menimbulkan dampak negatif bagi keselamatan pasien, pertanggungjawaban profesional dan organisasi (Blair dan Smith, 2012). Dokumentasi harus dibuat dengan jelas dan komprehensif sehingga dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk tindakan perawatan selanjutnya (Tornvall & Wilhelmsson, 2008).

Informasi yang dituliskan dalam dokumentasi asuhan keperawatan harus jelas dan berkelanjutan, sehingga menjamin keselamatan pasien. Fenomena yang selama ini dijumpai adalah dokumentasi ditulis dengan konten yang tidak jelas, sehingga tidak berdampak pada pelayanan yang diberikan.

Kata kunci: kelengkapan dokumentasi, keselamatan pasien, komunikasi

PENDAHULUAN

Keperawatan merupakan profesi yang menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan dan mempunyai waktu berinteraksi dengan pasien selama 24 jam. Perawat memberikan pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan yang diberikan, mulai dari pasien masuk sampai pasien pulang. Proses keperawatan terdiri dari lima proses, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Proses ini akan menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan pelayanan. Asuhan keperawatan merupakan proses yang berkaitan satu sama lain seperti lingkaran (Dongoes, Moorhouse, Murr, 2006).

Asuhan keperawatan yang dituliskan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan akan menjadi bukti pelayanan yang telah diberikan oleh perawat. Dokumentasi merupakan bentuk profesionalisme perawat, dimana dengan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, profesi kesehatan yang lain bisa mengetahui tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Informasi yang dituliskan dalam dokumentasi asuhan keperawatan berguna untuk menjamin keberlangsungan proses perawatan pasien. Hafernick (2007), mengatakan tujuan utama dokumentasi adalah keberlanjutan proses perawatan, fokus tindakan perawatan selanjutnya tergantung dari dokumen yang dibuat. Dokumentasi yang dibuat dengan baik akan membantu pemberi layanan kesehatan dalam manajemen perawatan yang efektif, sedangkan dokumentasi yang buruk akan meningkatkan peluang kesalahan tindakan. *Joint Commission International/JCI* (2011) dalam standar manajemen organisasi menegaskan bahwa komunikasi merupakan komponen penting yang menjadi akar masalah keamanan pasien, karena komunikasi yang kurang baik akan berdampak pada penyampaian informasi yang salah dan berakibat pada keselamatan pasien. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan hal mendasar yang harus dilakukan oleh perawat untuk mengkomunikasikan respon perawatan yang telah dilakukan pada pasien. Pendokumentasian perubahan kondisi pasien menunjukkan adanya perubahan informasi yang akan menjadi pedoman bagi pemberi pelayanan kesehatan dalam memberikan perawatan pada pasien. Informasi perubahan kondisi pasien merupakan apa yang harus ditulis dalam dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan akan memberikan gambaran yang akurat, apa yang terjadi pada pasien dan kapan terjadinya (CRNBC, 2012). Dokumentasi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi dengan tepat ketika dokumentasi asuhan keperawatan ditulis dengan lengkap. Kelengkapan dokumentasi masih menjadi permasalahan di berbagai negara, termasuk Indonesia, sehingga belum bisa sepenuhnya menunjukkan bukti tindakan keperawatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan yang kurang lengkap akan berpotensi pelayanan yang diberikan kurang baik dan akan merugikan pasien. Blair dan Smith (2012) mengatakan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan yang buruk akan berpotensi menimbulkan efek negatif pada perawatan pasien, pertanggungjawaban profesional dan organisasi. Hafernick (2007) mengatakan bahwa hasil dokumentasi menyediakan bukti status kesehatan klien dan perawatan yang disediakan untuk pasien.

TUJUAN

Tujuan studi literatur ini adalah untuk mengetahui pengaruh dokumentasi keperawatan terhadap keselamatan pasien.

METODE

Metode yang digunakan adalah studi literatur pada jurnal Ebsco, Proquest, teori serta hasil riset dokumentasi asuhan keperawatan dengan kata kunci *nursing documentation, completeness documentation, documentation for patient safety*.

HASIL

Hasil studi literature yang dilakukan pada artikel jurnal dan juga hasil riset tentang dokumentasi menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan masih menjadi temuan di berbagai hasil riset. Penelitian Setz dan D'Innocenzo (2009) dengan melakukan review pada rekam medis pasien ditemukan bahwa 8,7 % dokumentasi bernilai baik, 26,7 % dokumentasi bernilai buruk. Dokumentasi keperawatan berisi

tulisan yang tidak jelas kontennya dengan menggunakan terminologi dan akronim yang tidak terstandarisasi. Penelitian yang dilakukan oleh Siswanto (2012) didapatkan hasil kelengkapan dokumentasi keperawatan dalam rekam medis kategori sangat baik 36,4%, baik 40%, cukup 10,9%, dan kurang 12,7%. Pada penelitian ini juga dikatakan bahwa perawat jarang menuliskan nama pada dokumentasi yang dibuat, hanya membubuhkan tanda tangan, padahal ini merupakan aspek legal dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Diyanto (2007), menunjukkan pengisian dokumentasi keperawatan dalam kategori kurang (48 %), sedang (35 %) dan kategori baik (17%). Faktor penghambat dalam penulisan dokumentasi yang ditemukan adalah tidak seimbang jumlah perawat dengan pekerjaan yang dilakukan, harus mendampingi visite dokter, format pendokumentasian yang terlalu panjang dan rasa malas. Blair dan Smith (2012), mengemukakan penghambat penulisan dokumentasi keperawatan adalah kurangnya waktu untuk menulis, beban kerja yang berlebih dan kebijakan organisasi yang berkaitan dengan dokumentasi.

Hasil penelitian yang dilakukan Purwandari (2013) di sebuah Rumah Sakit non Profit di Bogor juga menunjukkan bahwa dengan pendokumentasian sistem manual, masih dijumpai penulisan dokumentasi yang bersifat rutinitas dan tidak didasarkan pada rencana yang dituliskan (tindakan yang didokumentasikan meliputi monitor tanda vital, observasi kondisi pasien, memberikan nutrisi dan memberikan terapi pada pasien), catatan perkembangan yang dibuat oleh perawat juga kurang menggambarkan kondisi pasien, hampir setiap operan jaga catatan perkembangannya sama. Lembar pengkajian, diagnosa keperawatan dan lembar intervensi merupakan bagian yang paling sering tidak diisi oleh perawat. Perawat hanya melakukan penyalinan pada catatan perkembangan *shift* sebelumnya. Penelitian Sumaedi (2010) juga menunjukkan perawat sering lupa membubuhkan tanda tangan. Kondisi tersebut menggambarkan dokumentasi yang dihasilkan belum bisa digunakan sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat perawat.

Tornvall dan Wilhelmsson (2008), mengatakan bahwa dokumentasi harus dibuat dengan jelas dan komprehensif sehingga dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk tindakan perawatan selanjutnya, yang selama ini dijumpai adalah banyaknya catatan, tapi hanya sekedar rutinitas dan tidak memberikan efek dan informasi penting yang dapat digunakan untuk peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan.

DISKUSI

Dokumentasi yang dituliskan secara rutinitas saja tidak bisa mencerminkan tindakan apa yang sudah dilakukan dan bagaimana evaluasi dari kondisi pasien, karena tidak disesuaikan dengan permasalahan pasien. Björvell, Thorell-Ekstrand dan Wredling (2000) mengatakan bahwa dokumentasi merupakan media komunikasi antara perawat dengan pemberi layanan kesehatan lain tentang status klien, intervensi yang dilakukan dan respon terhadap intervensi yang dilakukan. CARNA (2006) juga mengatakan bahwa dokumentasi akan menjadi panduan bagi tenaga kesehatan dalam melanjutkan proses perawatan pasien.

Informasi penting dalam menjaga keberlangsungan proses keperawatan, Pereira (2005) mengatakan bahwa informasi berperan dalam menjaga keberlangsungan proses perawatan. Keberlangsungan dalam kesehatan dibagi menjadi tiga bagian yang terdiri dari keberlangsungan informasi, keberlangsungan manajemen perawatan dan keberlangsungan hubungan (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair,McKendry,

2003). Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian yang penting, karena menyediakan bukti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan standar yang ada. Masing-masing perawat mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan standar profesinya, sehingga dapat terhindar dari tindakan malpraktik (Ferrell, 2007). Kondisi ini tentunya akan menjamin keselamatan pasien, karena informasi yang diberikan berkelanjutan. Hafernick (2007), mengatakan tujuan utama dokumentasi adalah keberlanjutan proses perawatan, fokus tindakan perawatan selanjutnya tergantung dari dokumen yang dibuat.

Komponen minimal yang harus ada dalam dokumentasi keperawatan mencakup proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan juga evaluasi. Kesenambungan pendokumentasian sangat diperlukan dalam menjamin kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. CRNBC (2012) menyebutkan bahwa dokumentasi keperawatan akan menggambarkan tentang pengkajian status kesehatan klien, intervensi keperawatan, respon intervensi keperawatan dan luaran yang diharapkan; rencana perawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien; perubahan perawatan yang diberikan dan informasi dari pemberi perawatan lain. Ferrell (2007) mengatakan bahwa ketika tidak ada dokumentasi, maka tidak ada bukti tindakan yang telah dilakukan.

Dokumentasi yang baik akan mengkomunikasikan dengan jelas pengkajian, tindakan yang dilakukan serta hasil atau respon pasien (Blair & Smith, 2012). Kondisi ini akan mempermudah komunikasi antar tenaga kesehatan yang ada, sehingga perencanaan tindakan yang akan diberikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien. JCI (2011) pada standar pasien menjelaskan dokumentasi dibutuhkan untuk proses perpindahan pasien dari satu layanan kesehatan ke layanan berikutnya, sehingga ada proses keberlanjutan perawatan pasien. Informasi yang tertulis dalam dokumentasi akan digunakan menjadi dasar untuk tindakan perawatan selanjutnya.

Keselamatan pasien merupakan masalah penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. penyediaan informasi yang valid dan akurat bagi seluruh tim kesehatan menjadi penting untuk menjamin keselamatan pasien (Jefferies, Johnson & Nicholls, 2012). Perubahan kondisi pasien harus didokumentasikan dengan lengkap, sehingga bisa digunakan untuk memantau perkembangan pasien. Berbagai macam strategi perlu diterapkan untuk mengurangi penghambat penulisan dokumentasi. Audit dokumentasi keperawatan dan pengawasan penulisan dokumentasi perlu ditingkatkan untuk memperbaiki kualitas dokumentasi.

KESIMPULAN

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian fundamental bagi seorang perawat dan juga menjadi bukti profesionalisme. Dokumentasi asuhan keperawatan dapat digunakan ketika dibuat dengan lengkap yang meliputi aspek pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Informasi yang ditulis dengan valid dan akurat dalam dokumentasi asuhan keperawatan akan menjamin keselamatan pasien dan keberlangsungan perawatan pasien. Informasi yang dituliskan dalam dokumentasi asuhan keperawatan akan mempermudah komunikasi antar tim kesehatan yang memberikan perawatan pada pasien. Perubahan kondisi pasien merupakan informasi yang harus disampaikan dalam dokumentasi asuhan keperawatan.

REFERENSI

- Blair, W & Smith, B. (2012). Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemporary Nursing*, (41)1, 160-168
- Björvell, C., Ekstrand, I. E., Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care* (9), 6–13. Doi: 10.1136/qhc.9.1.6
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2006). *Documentation guidelines for Registered Nurses*
- College Of Registered Nurses Of British Columbia (CRNBC). (2012). *Nursing documentation*. BC: CRNBC
- Diyanto, Y. (2007). *Analisis faktor-faktor pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit umum daerah tugurejo semarang*. Tesis Tidak Dipublikasikan. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang
- Dongoes, M.E., Moorhouse, M.F., Murr, A.C. (2006). *Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Ferrell, K.G. (July 2007). Documentation, part 2: the best evidence of care complete and accurate charting can be crucial to exonerating nurses in civil lawsuits. *AJN*, (107)7: 61-64
- Hafernick, D. (2007). Charting the Course for nursing: who benefits when documentation is complete? *American Journal of Nursing and Trinity Healthforce Learning* 1-15
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (November 2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* (327), 1219-1221
- Jefferies, D., Johnson, M & Griffiths, R. (2010). A-meta study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, (16), 112-124
- Joint Commission International. (Januari, 2011). *Accreditation standards for Hospitals standards lists version (4th edition)*. USA: JCI
- Pereira, F. (October, 2005). Information relevance for continuity of nursing care. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 9, (3) [Online]. Available at http://ojni.org/9_3/pereira.htm
- Purwandari, R. (2013). Pengaruh “SIMPRO” terhadap Kelengkapan dan Aspek Legal Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Dewasa RS RST Dompot Dhuafa Parung Bogor. Tesis Tidak Dipublikasikan. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Setz, V.G & D’Innocenzo, M. (2009). Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records. *Acta Paul Enferm*, (22)3, 313-317
- Siswanto, R.A. (2012). *Hubungan antara pengetahuan perawat tentang peraturan rekam medis dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit umum daerah (rsud) saras husada purworejo*. Tesis Tidak Dipublikasikan. Program Pasca Sarjana Fakultas Hukum UGM

- Sumaedi,D.A. (2010). *Persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD GJ kota Cirebon*. Tesis Tidak dipublikasikan. Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia
- Tornvall, E & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, (17), 2116-2124.

JUDUL	Hubungan Frekuensi Senam Lansia dengan <i>Activity of Daily Living</i> pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014
PRESENTER <i>AUTHOR (S)</i>	Nurus Safaah Nurus Safaah, Aris Puji Utami, Ayu Rahayu
INSTITUSI	STIKES Nahdatul Ulama Tuban

ABSTRAK

Ketergantungan *activity of daily living* pada lansia merupakan masalah keperawatan yang sering terjadi pada komunitas lansia, hal ini dikarenakan lansia mengalami penuaan dan penurunan fisiologis sehingga akan mempengaruhi kesehatan. Namun lansia akan tetap mampu melaksanakan *activity of daily living* secara mandiri jika ditunjang olahraga yang teratur, salah satunya senam lansia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisa adanya hubungan frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional korelasional. Dengan menggunakan pendekatan waktu restropektif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan. Sampel berjumlah 44 lansia yang diperoleh dengan menggunakan teknik *simple random sampling*.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa lansia yang *activity of daily living* nya mandiri, sebagian besar didapatkan pada lansia yang sering mengikuti senam lansia sebanyak 11(52,4%), dan hampir setengahnya pada lansia yang selalu mengikuti senam lansia sebanyak 4 (33,3%). Berdasarkan *uji spearman rho* didapatkan nilai $p < \alpha$ yaitu $p = 0,002 < \alpha = 0,05$, yang artinya terdapat hubungan antara frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2013.

Ketergantungan *activity of daily living* bukanlah hal biasa di alami pada lansia yang mengalami proses penuaan. *Activity of daily living* tetap bisa dilakukan mandiri oleh lansia jika kondisi fisik dan kesehatan masih terjaga, hal ini jika di tunjang dengan olahraga atau senam lansia yang teratur. Kesimpulanya semakin rutin mengikuti senam lansia maka lansia akan mengalami kemandirian *activity of daily living*, dan begitu sebaliknya jika lansia tidak rutin atau bahkan tidak pernah mengikuti senam lansia maka akan mengalami ketergantungan *activity of daily living*.

Kata kunci: Frekuensi senam lansia, *Activity of daily living*, Lansia

ABSTRACT

Dependence to activity of daily living in elderly constitute problems nursing common in elderly community, this is due to aging and the elderly experiencing physiological decline that will affect health. But seniors will still be able to carry out the activity of daily living independently if supported by regular exercise, gymnastics elderly one. The purpose of this study was to analyze the frequency relationship gymnastics elderly with activity of daily living in elderly in Social Services Elderly Unit (Pasuruan) Babat Lamongan District.

This research is correlational observational analytic study. By using the approach of retrospective time. The population in this study were all elderly living in UPT Elderly Social

Services (Pasuruan) Tripe district Lamongan regency. Amounted 44 elderly sample obtained using simple random sampling technique.

Based on the results of the study showed that elderly activity of his daily living independently, most often found in elderly seniors doing exercise as much as 11 (52.4%), and nearly half of the elderly who always followed the elderly gymnastics in 4 (33.3%). Based on Spearman rho test p value $< a$, $p = 0,002 < a = 0.05$, which means that there is a relationship between the frequency of gymnastics elderly with daily living activity of the elderly in Elderly Social Service Unit (Pasuruan) Babat Lamongan District In 2013

Dependence of activity of daily living is not common in the elderly who have a natural aging process. activity of daily living can still be done independently by the elderly if the physical condition and health are still awake, if it is supported by sports or gymnastics elderly regularly. In conclusion increasingly routine follow gymnastics elderly seniors will experience the independence of activity of daily living, and so the opposite if the elderly are not routine or even never follow gymnastics elderly will become dependent activity of daily living

Keywords: *Frequency Gymnastics Elderly, Activity Of Daily Living, Eldery*

PENDAHULUAN

Keberhasilan pemerintah dalam pembangunan nasional, telah mewujudkan hasil yang positif di berbagai bidang, yaitu adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama di bidang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan usia harapan hidup manusia (Nugroho, 2000).

Akibatnya jumlah penduduk yang berusia lanjut meningkat dan bertambah cenderung meningkat. Menurut Menteri Kesehatan Nafsiah Mboi Jumlah penduduk lansia di Indonesia mencapai 19,5 juta jiwa tahun 2011 atau 8,2 % dari total penduduk (di kutip dari <http://www.kompas.com> 2012). Sedangkan tahun 2020 di diprediksikan jumlah lansia di atas 60 tahun akan berjumlah 28,8 juta jiwa atau 11,34 % dari seluruh penduduk Indonesia (Depkes RI, 2010). Bahkan data Biro Sensus Amerika Serikat memperkirakan Indonesia akan mengalami penambahan warga lanjut usia terbesar di seluruh dunia pada tahun 1990-2025 (Kinsella dan Tauber, 1993 dalam Maryam dkk, 2008).

Peningkatan populasi usia lanjut di Indonesia berdampak pada peningkatan masalah kesehatan. Proses menua mengakibatkan perubahan fisik dan kemunduran fungsi berbagai organ tubuh sehingga seringkali berbagai masalah kesehatan pada lanjut usia. Selain itu, kondisi akut suatu penyakit akan menguras cadangan faal berbagai organ tubuh yang memang sudah berkurang sehingga menurunkan status fungsional (kemandirian) dalam memenuhi kebutuhan aktivitas kehidupan sehari-hari pada lansia atau *activity daily living* (ADL).

Proses menjadi tua berlangsung secara alamiah, terus-menerus dan berkesinambungan, yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokemis pada jaringan tubuh dan akhirnya akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Dinkes Propinsi Jatim, 2006). Meskipun dengan kondisi seperti itu, diharapkan lansia tetap mampu menjalankan aktifitas kehidupan sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dengan mandiri tanpa bantuan. Dalam teori aktivitas, Palmore menyatakan bahwa penuaan yang sukses bergantung dari bagaimana seorang lansia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas serta mempertahankan aktivitas secara mandiri (Maryam dkk, 2008).

Pada studi pendahuluan peneliti melakukan survey awal di UPT PSLU (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan, dari hasil wawancara dengan kepala panti diketahui bahwa terdapat 55 lansia yang terdiri dari 40 lansia wanita dan 15 lansia laki-

laki. Hasil pengkajian ADL dengan menggunakan Indeks Barthel masih banyak lansia yang mengalami ketergantungan ADL, mulai dari yang ketergantungan minimal sampai dengan ketergantungan total ada 8 lansia dari 10 lansia yang dilakukan pengkajian. Di tandai dengan setiap aktivitas makan, transfer, *personal hygiene*, *toileting*, mandi, naik turun tangga, berpakaian, berjalan, BAB dan BAK memerlukan pengawasan dan bantuan, baik bantuan alat maupun orang lain.

Menurut salah satu petugas, ketergantungan ADL pada lansia disebabkan karena lansia mengalami imobilitas fisik dengan riwayat penyakit post CVA, osteoporosis, kontraktur, artritis reumatoid dsb. Hal ini menyebabkan keterbatasan *range of motion*, penurunan kekuatan dan tonus otot, preprioseptif, koordinasi dan keseimbangan tubuh, sehingga lansia tidak mampu melakukan ADL nya secara mandiri (Sugiarto, 2005). Dari 8 lansia yang mengalami ketergantungan ADL, didapatkan 6 lansia mengalami imobilitas fisik. Selain itu stres atau depresi pada lansia juga berpengaruh terhadap ADL, ada 2 dari 8 lansia yang ketergantungan ADL mengalami depresi.

Latihan fisik sebagai upaya promotif dan preventif dalam kesehatan lansia, mempunyai pengaruh besar terhadap status fungsional lansia dalam melakukan ADL. Lansia akan tetap mampu melaksanakan tugas sehari-hari tanpa mengalami kelelahan yang berarti dan masih memiliki cadangan tenaga untuk menikmati waktu senggangnya dengan baik, jika ditunjang latihan fisik atau olah raga yang teratur (Maryam dkk, 2008).

Sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat, tentunya harus melakukan intervensi dengan tujuan pembinaan dan pemeliharaan kesehatan pada lansia untuk meningkatkan dan memelihara kemandirian ADL dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Hal ini telah di perkenalkan oleh Virginia Handerson mengenai teori model keperawatannya dengan pengertian membantu individu baik dalam keadaan sakit maupun sehat melalui upayanya melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu. Di samping itu Handerson juga mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan "*The Activity of Daily Living*". yang menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dalam meningkatkan kemandiriannya secepat mungkin (Asmadi, 2008).

Latihan fisik ringan yang mudah dilakukan dan tidak memberatkan, yang dapat diterapkan pada lansia salah satunya adalah senam lansia. Manfaat senam lansia yaitu memelihara dan mengoptimalakan kesehatan lansia. Pertama manfaat fisiologis yaitu memelihara *range of motion*, kekuatan otot, tonus otot, keseimbangan tubuh. Kedua manfaat psikologis yaitu mengurangi stress, perasaan senang dan memelihara fungsi kognitif, dan yang terakhir manfaat sosial akan timbul keterpaduan dan kesetiakawanan sosial (Depkes, 2000). Hal ini pun sudah terlaksana di UPT PSLU (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan, yaitu di adakannya rutinitas latihan fisik atau olahraga dengan senam lansia. Senam lansia di laksanakan 3 kali dalam seminggu, yaitu pada hari selasa, rabu dan kamis setiap pukul 07.00 WIB. Dari seluruh lansia yang ada di UPT PSLU (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan hampir 90 % mengikuti senam lansia, baik yang rutin mengikuti senam lansia maupun tidak rutin mengikuti senam lansia. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti ingin mengetahui lebih lanjut mengenai hubungan frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan. Sehingga penelitian ini mempunyai tujuan mengetahui hubungan frekuensi

senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian *analitik observasional korelasional*, dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Populasi dari penelitian ini adalah semua lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan berjumlah 50 lansia. Jumlah sampel yang diambil sebanyak 44 orang. Dalam penelitian ini menggunakan *probability sampling*, yaitu dengan menggunakan *simple random sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *lembar observasi* dengan menggunakan *absensi dan indeks barthel*. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan urutan : Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data primer yaitu kemandirian dalam memenuhi ADL dan frekuensi mengikuti senam lansia dengan cara observasi menggunakan lembar observasi dari absensi dan indeks barthel. Dengan awalnya peneliti menemui calon responden dan melakukan *informed consent*, kemudian meminta responden menandatangani surat pernyataan, kemudian peneliti mengobservasi *activity of daily living* (ADL) pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan., kemudian merekapitulasi frekuensi senam lansia satu bulan yang lalu menggunakan absensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Senam Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014

No.	Frekuensi Senam Lansia	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tidak pernah	11	25
2	Jarang	10	22,73
3	Sering	6	13,63
4	Selalu	17	38,63
Jumlah		44	100

Tabel 2 Distribusi *Activity of Daily Living* pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014

No.	<i>Activity of Daily Living</i>	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ketergantungan Total	5	11,36
2	Ketergantungan Maksimal	6	13,63
3	Ketergantungan Minimal	21	47,72
4	Mandiri	12	27,27
Jumlah		44	100

Faktor yang mempengaruhi ADL ialah *range of motion* atau rentang gerak sendi, kekuatan otot, tonus otot, proprioseptif, kognitif, koordinasi, dan keseimbangan.

Lansia mampu melaksanakan ADL nya secara mandiri jika mempunyai fleksibilitas sendi yang bagus, kekuatan dan tonus otot, tidak mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi serta tidak ada gangguan kognitif maupun gangguan psikologis lainnya (Sugiarto 2005).

Dalam penelitian ini dari seluruh responden, setengah adalah lansia yang mengalami ketergantungan minimal, yang berarti lansia masih mampu melaksanakan ADL nya secara mandiri namun butuh bantuan minimal untuk melakukan kegiatan. Sedangkan yang mengalami ketergantungan total ialah lansia yang mengalami imobilisasi total yang di akibatkan dari beberapa penyakit degeneratif.

Walaupun sebagian besar lansia mandiri dan masih ketergantungan minimal dalam melaksanakan ADL tetapi perlu untuk ditingkatkan upaya kesehatan guna mencegah lansia dalam keadaan yang mengakibatkan ketergantungan maksimal dan total dalam melaksanakan ADL. Karena lansia mengalami penuaan dan penurunan fungsi tubuh yang mengakibatkan lansia rentan terhadap gangguan kesehatan yang akhirnya akan mempengaruhi ADL nya.

3) Hubungan Frekuensi Senam Lansia Dengan *Activity Of Daily Living*

Tabel 3 Tabulasi Silang Hubungan Frekuensi Senam Lansia Dengan *Activity of Daily Living* pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014

Frekuensi Senam Lansia	<i>Activity of Daily Living(ADL)</i>			Mandiri	Jumlah
	Ketergantungan				
	Total	Maksimal	Minimal		
Tidak Pernah	5 (45.5%)	3 (27.3%)	3 (27.3%)	-	11 (100%)
Jarang	-	1 (10%)	7 (70%)	2 (20%)	10 (100%)
Sering	-	-	-	6 (100%)	6 (100%)
Selalu	-	2 (11.8%)	11 (64.7%)	4 (23.5%)	17(100%)
Jumlah	5 (11.4%)	6 (13.6%)	21 (47.7%)	12 (27.3%)	44 (100%)

Berdasarkan hasil uji spearman rho dengan menggunakan SPSS versi 16 tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ didapatkan nilai koefisien korelasi spearman = 0,450 dan sig (2 tailed) $p = 0,002$. Sehingga nilai $p < \alpha$, maka disimpulkan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014.

Berdasarkan hasil uji spearman rho dengan menggunakan SPSS versi 16 tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ didapatkan nilai koefisien korelasi spearman = 0,450 dan sig (2 tailed) $p = 0,002$. Sehingga nilai $p < \alpha$, maka disimpulkan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014.

PEMBAHASAN

Dari pembahasan ini akan diuraikan tentang hasil penelitian tentang hubungan frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan.

Identifikasi Frekuensi Senam Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014

Berdasarkan hasil penelitian tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 44 responden hampir setengahnya adalah lanjut usia yang mengikuti senam lansia secara rutin atau selalu berjumlah 17 responden (38,63%).

Senam lansia merupakan bagian dari latihan fisik. Latihan fisik adalah segala upaya yang dilaksanakan untuk meningkatkan kebugaran jasmani dan kondisi fisik lansia (Pudjiastuti, 2003). Adapun manfaat dari senam lansia yakni manfaat secara fisiologis, psikologis, dan sosial. Manfaat senam lansia secara fisiologis yaitu meningkatkan dan memelihara tonus otot, kekuatan otot, fleksibilitas sendi, keseimbangan dan koordinasi gerak. secara psikologis tentunya menciptakan perasaan senang, fungsi kognitif dan kesehatan jiwa, secara sosial meliputi peningkatan integritas sosial dan kultur, keterpaduan, pemberdayaan usia lanjut dan hubungan kesetiakawanan sosial (Depkes, 2000)

Untuk mendapatkan hasil manfaat yang maksimal senam lansia harus dilakukan dengan rutin dan sesuai prinsip senam lansia. Lama pelaksanaan minimum 15-45 menit kontinyu, dengan frekuensi latihan 3-4 x/ minggu saat pagi hari (Depkes, 2006). Banyak faktor yang mempengaruhi lansia untuk mengikuti kegiatan senam lansia yang meliputi pengetahuan, motivasi, kondisi fisik, depresi, dan kebijakan dari institusi pengadaan senam lansia dan lain sebagainya.

Dalam penelitian ini hampir sebagian lansia sering dan selalu mengikuti senam, hal ini dikarenakan adanya kebijakan dari upaya instansi yang menganjurkan lansia untuk mengikuti senam lansia secara rutin, selain itu adanya kesadaran dan motivasi dari lansia itu sendiri untuk mengikuti kegiatan di UPT PSLU. Sedangkan sisanya lansia yang jarang dan tidak pernah mengikuti senam lansia, hal ini dikarenakan keadaan lansia yang mengalami sakit, depresi, kurangnya motivasi dan faktor lainnya.

Banyaknya manfaat dari senam lansia, maka sangat perlu dilakukan secara rutin oleh para lansia, baik pada lansia yang tinggal di panti maupun lansia yang ada di masyarakat. Senam lansia merupakan upaya kesehatan yang kompleks bagi lansia, senam lansia dapat bertujuan upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif pada kesehatan lansia. Sehingga lansia dapat menikmati sisa usianya dengan bahagia dan sejahtera.

Identifikasi *Activity of Daily Living* pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014

Berdasarkan hasil penelitian tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari 44 responden hampir setengahnya adalah lanjut usia yang mengalami ketergantungan minimal pada ADL berjumlah 21 responden (47,72%) dan sebagian kecil adalah lanjut usia yang mengalami ketergantungan total pada ADL berjumlah 5 responden (11,36%)

ADL adalah pekerjaan rutin sehari-hari seperti halnya : bangun, makan, mandi, berjalan, tidur, duduk, berpindah tempat, BAB, BAK, membersihkan kamar, berdandan dan bergerak (Depkes RI, 2010). faktor yang mempengaruhi ADL ialah *range of motion* atau rentang gerak sendi, kekuatan otot, tonus otot, preprioseptif, kognitif, koordinasi, dan keseimbangan. Lansia mampu melaksanakan ADL nya secara mandiri

jika mempunyai fleksibilitas sendi yang bagus, kekuatan dan tonus otot, tidak mengalami gangguan keseimbangan dan koordinasi serta tidak ada gangguan kognitif maupun gangguan psikologis lainnya. Dan sebaliknya jika lansia mengalami gangguan dari salah satu atau dari beberapa faktor pengaruh tersebut lansia akan mengalami ketergantungan ADL (Sugiarto 2005).

Dalam penelitian ini dari seluruh responden, setengah adalah lansia yang mengalami ketergantungan minimal, yang berarti lansia masih mampu melaksanakan ADL nya secara mandiri namun butuh bantuan minimal untuk melakukan kegiatan. Sedangkan yang mengalami ketergantungan total ialah lansia yang mengalami imobilisasi total yang di akibatkan dari beberapa penyakit degeneratif.

Salah satu misi dari UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan ialah mempertahankan lansia untuk mandiri dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya, adapun lansia yang mandiri dalam melakukan ADL untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, hal ini karena ditunjang dari keadaan fisik lansia masih mampu untuk melaksanakan ADL nya secara mandiri.

Walaupun sebagian besar lansia mandiri dan masih ketergantungan minimal dalam melaksanakan ADL tetapi perlu untuk ditingkatkan upaya kesehatan guna mencegah lansia dalam keadaan yang mengakibatkan ketergantungan maksimal dan total dalam melaksanakan ADL. Karena lansia mengalami penuaan dan penurunan fungsi tubuh yang mengakibatkan lansia rentan terhadap gangguan kesehatan yang akhirnya akan mempengaruhi ADL nya.

Hubungan Frekuensi Senam Lansia Dengan *Activity of Daily Living* pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014

Berdasarkan tabel 5.6 dapat di ketahui bahwa lansia yang ADL nya mengalami ketergantungan total didapatkan lansia yang tidak pernah mengikuti senam lansia sebanyak 5 (45,5%) . Sedangkan lansia yang ADL nya mandiri didapatkan lansia yang sering mengikuti senam lansia sebanyak 6 (100%).

Berdasarkan hasil uji spearman rho dengan menggunakan SPSS versi 16 tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ didapatkan nilai koefisien korelasi spearman = 0,450 dan sig (2 tailed) $p = 0,002$. Sehingga nilai $p < \alpha$, maka disimpulkan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2014.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa *Activity of Daily Living* (ADL) atau aktivitas kehidupan sehari-hari dapat dipengaruhi oleh latihan fisik. Menurut Depkes RI (2000) latihan fisik yang dapat dilakukan dan di anjurkan pada lansia ialah senam lansia. Adapun manfaat dari senam lansia yaitu manfaat secara fisiologis, psikologis, dan sosial. Manfaat senam lansia secara fisiologis yaitu meningkatkan dan memelihara tonus otot, kekuatan otot, fleksibilitas sendi, keseimbangan dan koordinasi gerak. secara psikologis tentunya menciptakan perasaan senang, fungsi kognitif dan kesehatan jiwa, secara sosial meliputi peningkatan integritas sosial dan kultur, keterpaduan, pemberdayaan usia lanjut dan hubungan kesetiakawanan sosial.

Menurut Sugiarto (2005) *Activity of Daily Living* pada lansia juga dipengaruhi dari keadaan fisik lansia, yaitu penurunan *range of motion* atau rentang gerak sendi, kekuatan otot, tonus otot, proprioseptif, kognitif, koordinasi, dan keseimbangan. Pada usia lanjut akan mengalami proses menua yang mengakibatkan perubahan fisik dan kemunduran fungsi berbagai organ tubuh, selain itu kondisi akut suatu penyakit akan

menguras cadangan faal berbagai organ tubuh yang memang sudah berkurang sehingga menurunkan status fungsional dalam memenuhi kebutuhan aktivitas kehidupan sehari-hari pada lansia atau *activity daily living* (Nugroho 2000). Namun lansia akan tetap mampu melaksanakan tugas sehari-hari tanpa mengalami kelelahan yang berarti dan masih memiliki cadangan tenaga untuk menikmati waktu senggangnya dengan baik, jika ditunjang latihan fisik atau olah raga yang teratur (Maryam dkk, 2008).

Hal ini ditemukan pada lansia yang ADL nya mandiri, seluruhnya didapatkan pada lansia yang sering mengikuti senam lansia sebanyak 6 (100%) dan sebagian kecil pada lansia yang selalu mengikuti senam lansia sebanyak 4 (23.5%). Hal ini dikarenakan frekuensi yang sering dan selalu mengikuti senam lansia akan memperoleh manfaat senam lansia, yaitu keadaan-keadaan yang mempengaruhi ADL mampu dilakukan secara mandiri. Keadaan-keadaan tersebut ialah stabilitas dari *range of motion* atau rentang gerak sendi, kekuatan otot, tonus otot, preprioseptif, kognitif, koordinasi, dan keseimbangan.

Menurut teori model keperawatan Virginia Handerson dengan pengertian membantu individu baik dalam keadaan sakit maupun sehat melalui upaya kesehatan dan penyembuhan dalam melaksanakan berbagai aktivitas yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu. Upaya senam lansia sangat tepat untuk membantu lansia mendapatkan kemampuan untuk melaksanakan ADL nya secara mandiri. Upaya ini akan berhasil jika pelaksanaan senam lansia di lakukan dengan tepat sesuai prinsip senam lansia.

Ketergantungan *activity of daily living* bukanlah hal biasa di alami pada lansia yang mengalami proses penuaan. *activity of daily living* tetap bisa dilakukan mandiri oleh lansia jika kondisi fisik dan kesehatan masih terjaga, hal ini jika di tunjang dengan olahraga atau senam lansia yang teratur. Kesimpulanya semakin rutin mengikuti senam lansia maka lansia akan mengalami kemandirian *activity of daily living*, dan begitu sebaliknya jika lansia tidak rutin atau bahkan tidak pernah mengikuti senam lansia maka akan mengalami ketergantungan *activity of daily living*.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang berjudul “Hubungan Frekuensi Senam Lansia Dengan *Activity Of Daily Living* Pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2013”, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Hampir setengahnya lansia selalu mengikuti senam lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan tahun 2013
- 2) Hampir setengahnya lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan tahun 2013 mengalami ketergantungan minimal pada *activity of daily living*.
- 3) Ada hubungan antara frekuensi senam lansia dengan *activity of daily living* pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan Tahun 2013. Karena hasil uji statistik korelasi *spearman rho* didapatkan $p = 0,002$, nilai $p < \alpha$ maka H_0 ditolak. Kesimpulanya yaitu semakin rutin mengikuti senam lansia maka lansia akan mengalami kemandirian *activity of daily living*, dan begitu sebaliknya jika lansia tidak rutin atau bahkan tidak pernah mengikuti senam lansia maka akan mengalami ketergantungan *activity of daily living*.

Saran

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan maka saran yang diberikan oleh peneliti antara lain:

Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan data dasar dan acuan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lain dan dapat meneliti lebih lanjut tentang variabel ROM (range of motion) dibandingkan dengan senam lansia terhadap *activity of daily living lansia*.

Bagi Institusi

Memberikan informasi bagi instansi terkait khususnya di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Pasuruan) Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi ADL pada lansia khususnya faktor latihan fisik senam lansia sehingga dapat dijadikan dasar dalam pengambilan kebijakan dan upaya dalam menangani permasalahan kesehatan lansia dan mempertahankan kemandirian lansia dalam melakukan ADL nya. Dan bagi institusi akademik, penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pengembangan kurikulum dan meningkatkan kualitas para anak didiknya dengan menambahkan bahan referensi atau pengembangan penelitian lebih lanjut mengenai keperawatan gerontik.

Bagi Masyarakat

Senam lansia dapat diterapkan pada semua komunitas lansia baik di institusi maupun di lingkungan masyarakat untuk menjaga kesehatan dan khususnya untuk memelihara kemandirian melakukan *activity of daily living* dalam memenuhi kebutuhan dasar manusianya.

DAFTAR PUSTAKA

- Nugroho, Wahyudi. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2 Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2000. *Pedoman Pembinaan Kesehatan*. Jakarta : Departemen Kesehatan
- Potter, Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Stanley Mickey dan Beare Patricia Gounttet. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta EGC.
- Maryam. R. Siti dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta. Salemba Medika.
- Kushariadi. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta. Salemba Medika.
- Munir. Miftahul. 2010. *Hubungan Antara Senam Lansia Dengan Kesegaran Jasmani Pada Lansia Di Posdaya Mahkota Sari Kelurahan Kingking-Tuban*, Jurnal. Tuban. STIKES NU Tuban.
- Anna, Lusia. *Fokus pada jumlah lansia* _di KOMPAS.com._ Diakses pada tanggal 2 Oktober 2012, 11.00 WIB.
- Agung. *Uji keandalan dan kesahihan indeks activity of daily living Barthel*. [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=alat ukur activity of daily living&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepository.ui.ac.id%2Fcontents%2Fkoleksi%2F16%2F5e9e4c9b2e8b3e8b757cd5589c4c294f934ee107.pdf&ei=gGLzUPjgNcm0kAX1_oHwBw&usg=AFQjCNGd0gF5O_Jnhvqwum0ICwC5r7Gw5g&bvm=bv.1357700187,d.dGI](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=alat%20ukur%20activity%20of%20daily%20living&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepository.ui.ac.id%2Fcontents%2Fkoleksi%2F16%2F5e9e4c9b2e8b3e8b757cd5589c4c294f934ee107.pdf&ei=gGLzUPjgNcm0kAX1_oHwBw&usg=AFQjCNGd0gF5O_Jnhvqwum0ICwC5r7Gw5g&bvm=bv.1357700187,d.dGI). Di unduh pada tanggal 14 November 2012, 10.00 WIB

- Rifdhi, M. 2005. *Bab 1-3 Rifdhi Pengajuan Penelitian*. <http://www.Id.scribd.com/doc/79246499/iojkjuyyug> / Bab 1- 3 Rifdhi Pengajuan Penelitian-6-6. Di akses pada tanggal 14 November 2012. 11.00 WIB
- Suroto, S. *Senam Kesegaran Jasmani Lanjut Usia*. eprints.undip.ac.id/19894/1/3-ki-mku-04.pdf. Di unduh pada tanggal 26 November 2012, 13.00 WIB
- Sugiarto, A. *Penilaian aktivitas kehidupan sehari-hari dengan Indeks Barthel*. eprints.undip.ac.i/12804/1/2005ppds4437.pdf. Di unduh pada tanggal 26 November 2012, 14.00 WIB.

JUDUL	Pengaruh Memandikan dengan <i>Chlorhexidine 2%</i> terhadap Jumlah Bakteri Patogen pada Pasien di Ruang Perawatan Intensif: Studi Literatur
PRESENTER AUTHOR (S) INSTITUSI	Manangkot, MV Manangkot, MV, Etika Emaliyawati

ABSTRAK

Infeksi nosokomial merupakan salah satu penyebab tingginya angka morbiditas dan mortalitas. Infeksi ini dapat disebabkan oleh kolonisasi bakteri patogen pada kulit, organ, hingga aliran darah sistemik. Pemasangan alat invasif dan noninvasif, penurunan imunitas, serta perawatan yang tidak tepat merupakan predisposisi rentannya pasien di ruang ICU terpapar oleh infeksi nosokomial. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi perkembangan bakteri patogen adalah dengan membantu perawatan diri, yaitu memandikan pasien secara optimal menggunakan larutan Chlorexidine 2%.

Penelusuran literatur ini bertujuan untuk menganalisa hasil penelitian terkait yang berfokus pada efek memandikan dengan Chlorexidine 2% terhadap jumlah bakteri patogen di kulit.

Penelaahan ini dilakukan dengan metode *review* literatur dari 13 jurnal yang didapatkan melalui media elektronik dengan kata kunci *bathing*, *chlorexidine*, *bacteria*, dan *infection*.

Hasil penelaahan menemukan bahwa chlorexidine 2% merupakan larutan antiseptik yang memiliki spektrum perlindungan yang luas untuk bakteri gram positif, gram negatif, virus, dan jamur. Larutan ini menurunkan jumlah bakteri *Methicillin-resistant staphylococcus aureus* sebesar 32% dan *Vancomycin-resistant enterococci* sebesar 30% sehingga infeksi dapat dicegah. Selain itu, larutan ini memiliki potensi iritasi yang rendah pada kulit pasien dan memberikan durasi perlindungan yang bertahan 6-8 jam pasca aplikasi.

Larutan Chlorexidine 2% berpengaruh terhadap penurunan jumlah bakteri patogen dan dapat menjadi sebagai salah satu pilihan larutan antiseptik untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial pada pasien di ruang perawatan intensif.

Kata kunci: bakteri patogen, chlorexidine 2%, infeksi

PENDAHULUAN

Perawatan intensif adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, yang diberikan untuk pasien yang dengan kondisi kritis yang memerlukan observasi berkelanjutan dan komprehensif (Alspach, 2006). Perawatan ini pada umumnya bersifat multidisiplin dengan tata laksana invasif maupun noninvasif. Bila perawatan ini tidak dilakukan secara optimal, maka rentan menimbulkan infeksi nosokomial.

Infeksi nosokomial merupakan kejadian yang sering terjadi dan erat kaitannya dengan morbiditas dan mortalitas. Insidensi infeksi nosokomial di Eropa tercatat hanya 1%, sedangkan di Asia dan Afrika mencapai 40% (Saha, 2010). Survei yang dilakukan oleh CDC (2011) menemukan bahwa terdapat 721.800 kejadian infeksi nosokomial dari 15 rumah sakit di Amerika Serikat, 75 ribu antaranya meninggal karena infeksi yang diderita selama proses perawatan. Di Indonesia pada tahun 2005 didapatkan bahwa proporsi kejadian infeksi nosokomial berkisar antara 0%-12,08% setiap tahunnya (Wiryan, 2007). Menurut *Society of Critical Care Medicine* (2002), infeksi tersebut dapat menyebabkan permasalahan pasien kritis menjadi lebih kompleks menjadi sepsis dan *Multiple Organ Dysfunction Syndrome* (MODS). Beberapa mikroorganisme

penyebab infeksi nosokomial: *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter*, *Vancomycin-resistant enterococci*, [Methicillin-resistant staphylococcus aureus](#), *Klebsiella* (CDC, 2014). Wax (2008) menemukan bahwa angka kejadian infeksi pada pasien di ruang ICU akibat [Methicillin-resistant staphylococcus aureus](#) mencapai 55%.

Ada beberapa strategi untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial, antara lain mencuci tangan, menggunakan *handscoon*, menjaga kebersihan lingkungan, membantu pemenuhan *personal hygiene* pasien dengan antiseptik, dan penatalaksanaan farmakologi (Morton, 2005).

Pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* merupakan tindakan mandiri keperawatan yang sangat penting dilakukan pada pasien di ruang ICU karena sebagian besar pasien di ruangan ini mengalami ketergantungan dengan imunitas tubuh yang terbatas sehingga berpotensi untuk mengalami infeksi nosokomial. Salah satu bentuk pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* adalah memandikan pasien. Tindakan ini bertujuan tidak hanya untuk menjaga kebersihan tubuh pasien, tetapi juga meningkatkan kenyamanan dan keselamatan pasien.

Pemilihan larutan antiseptik yang tepat saat memandikan pasien akan mempengaruhi kualitas kesehatan pasien. Chlorhexidine 2% sebagai alternatif antiseptik untuk menjaga kebersihan tubuh pasien. Berbeda dengan sabun, chlorhexidine memiliki spektrum yang luas terhadap mikroorganisme, baik virus, jamur, maupun bakteri termasuk untuk kelompok *Staphylococcus aureus* dan *Klebsiella*. Kolonisasi bakteri [Methicillin-resistant staphylococcus aureus](#) dan *Vancomycin-resistant enterococci* menurun sebesar 23% pada pasien yang dimandikan dengan chlorexidine ($p=0,03$). Kejadian infeksi sistemik melalui aliran darah dilaporkan mengalami penurunan sebesar 28% pada kelompok pasien dengan chlorexidine ($p=0,007$). Selain itu, chlorhexidine memiliki efek antibakteri residual yang dapat mempertahankan kebersihan kulit dari perkembangan mikroorganisme dan tidak menimbulkan efek samping pada kulit (Climo, 2013).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis ingin melakukan telaah literatur lebih lanjut mengenai penggunaan chlorexidine 2% untuk mencegah perkembangan bakteri patogen pada pasien di ruang perawatan intensif.

TUJUAN

Tujuan dari *literature review* ini adalah untuk menganalisa hasil penelitian terkait yang berfokus pada efek memandikan dengan chlorexidine 2% terhadap jumlah bakteri patogen di kulit. Analisa ini akan menjadi salah satu pertimbangan penggunaan chlorexidine 2% pada pasien kritis untuk meminimalkan potensi terjadinya infeksi selama proses perawatan.

METODE

Penelusuran ini dilakukan dengan metode telaah literatur yang didapat melalui media elektronik (internet). Kata kunci yang digunakan dalam penelusuran literatur adalah *bathing*, *chlorexidine*, *bacteria*, dan *infection*. Literatur didapat dari website EBSCOhost, google scholar, dan database Proquest. Jurnal yang diperoleh berjumlah 23 jurnal dan yang memenuhi kriteria berjumlah 13 jurnal. Penulis dari jurnal yang didapat memiliki latar belakang tenaga kesehatan dengan spesialisasi di bidang keperawatan kritis dan mikrobiologi. Jurnal yang diambil merupakan *original article* sehingga data yang disajikan lengkap dan memudahkan dalam penelaahan penelitian.

Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial sering juga disebut dengan *Hospital Acquired Infection/ Healthcare Associated Infection* (HAI) merupakan infeksi yang didapatkan pasien dari tempat pelayanan kesehatan, dimana pada awal perawatan pasien tidak menunjukkan gejala berkaitan dengan infeksi. Gejala tersebut baru timbul paling cepat 3x24 jam sejak pasien mulai dirawat (WHO, 2004).

Transmisi Mikroorganisme Patogen

Beberapa jenis mikroorganisme yang menyebabkan infeksi nosokomial, antara lain: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus species*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter species*, *Acinetobacter*, *Vancomycin-resistant enterococci*, *Candida species* (Wisplinghoff, 2004).

Bakteri patogen tersebut dapat masuk ke dalam tubuh melalui beberapa akses, antara lain kateter vena setral, kateter urine, insisi post operatif, intubasi endotrakeal, dan integritas kulit yang tidak adekuat (CDC, 2014).

Pencegahan Infeksi Nosokomial

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial, antara lain: pelaksanaan cuci tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), sterilisasi alat dan lingkungan, isolasi, penggunaan antiseptik, dan *surveillance* (Gravel, 2008).

Memandikan Pasien

Memandikan merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri atau yang memerlukan bantuan, baik total maupun parsial. Memandikan pasien adalah bagian dari pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Mandi juga dapat disebut sebagai upaya pembersihan terapeutik, yang bertujuan untuk: (1) menjaga kebersihan kulit dari keringat, sel kulit mati, mikroorganisme patogen, (2) mencegah terjadinya iritasi dan infeksi, (3) meningkatkan stimulasi sirkulasi, (4) memberikan efek relaksasi, (5) meningkatkan rentang gerak dan mempertahankan fungsi sendi (Potter & Perry, 2005).

Struktur Kimia Chlorexidine

Chlorhexidine merupakan derivat bis-biguanides yang terdiri dari dua rantai chlorguanide dan dihubungkan oleh rantai heksametilen. Ini adalah komponen kation yang relatif stabil dan kuat. Chlorhexidine tidak larut dalam air dan umumnya diformulasikan dengan glukonat untuk membentuk air diglukonat terlarut (Lim & Kam, 2008).

Chlorexidine tersedia dalam berbagai konsentrasi dari 0,5%-4%. Perbedaan konsentrasi menghasilkan efek dan risiko efek samping yang berbeda sesuai dengan kondisi pasien (Milestone, 2008). Sebagai agen antiseptik, chlorexidine memiliki spektrum perlindungan yang luas untuk bakteri gram positif, gram negatif, virus, dan jamur.

Mekanisme Aksi Chlorexidine

Chlorhexidine dengan konsentrasi 0,5-0,75% mampu menembus komponen protein-fosfat pada dinding sel bakteri, lalu memberikan efek bakteristatik dengan cara mengganggu permeabilitas membran sitoplasma bakteri dan perlahan-lahan mengakibatkan kebocoran komponen seluler (Lim & Kam, 2008). Pada konsentrasi yang lebih tinggi (2-4%), chlorexidine dapat memberikan aksi ganda yang tidak hanya bersifat bakteristatik, tetapi juga bakterisidal dengan membentuk endapan *irreversible* dengan adenosin trifosfat (ATP) intraseluler dan asam nukleat setelah memasuki sitoplasma sehingga bakteri tidak dapat bereplikasi dan mati (Boyce & Pittet, 2002).

Ketika digunakan secara topikal, chlorexidine juga dapat terikat kovalen dengan protein di kulit serta membran mukosa dan menghasilkan efek antimikroba yang mampu bertahan lama hingga 8 jam (Boyce & Pittet, 2002).

Efek Samping Chlorexidine

Pada konsentrasi yang rendah (<1%) chlorexidine dilaporkan tidak menimbulkan efek samping pada pasien. Namun, beberapa efek klinis yang perlu dipantau secara khusus pada penggunaan dengan konsentrasi >1%, antara lain: konjungtivitis, kerusakan kornea, ototoxicity (Boyce & Pittet, 2002).

Dermatitis dan reaksi hipersensitifitas (anafilaksis) juga dapat terjadi pada pasien yang menggunakan larutan ini dengan konsentrasi $\geq 4\%$ (Milstone, 2008). Iritasi kulit juga dapat terjadi pada kelompok pasien neonatus dengan berat badan lahir rendah (BBLR)

PEMBAHASAN

Dari hasil penelaahan didapatkan bahwa penggunaan chlorexidine sebagai agen antiseptik saat memandikan pasien di unit perawatan intensif dapat mengurangi jumlah bakteri *methicillin-resistant staphylococcus aureus* (32%) dan *vancomycin-resistant enterococci* sebesar 30% (Milstone, 2008). Larutan ini juga berpengaruh dalam mengurangi kejadian infeksi aliran darah sistemik sebesar 21% (Bleasdale, 2006). Holder (2009) juga mendapatkan hasil bahwa terjadi penurunan kejadian infeksi aliran darah sistemik dari 3,6% menjadi 1%.

Larutan ini juga efektif untuk mengurangi perkembangan bakteri *Staphylococcus aureus* hingga 60% , khususnya pada area kulit post operatif. Namun, hasil yang lebih efektif timbul bila chlorexidine digunakan dengan kombinasi agen antiseptic topikal lainnya, yaitu mupirocin (Bertrand, 2010).

Efektifitas chlorexidine dalam mengurangi jumlah bakteri yang berkoloni pada kulit juga ditemukan oleh Climo (2009) yang mendapatkan terjadinya penurunan jumlah *methicillin-resistant staphylococcus aureus* sebesar 32% ($p=0,046$), bakteri *vancomycin-resistant enterococci* sebesar 50% ($p=0,008$), dan risiko bakteremia menjadi 3,35%.

Hal yang tidak jauh berbeda didapatkan oleh Climo (2013), dimana bakteri *methicillin-resistant staphylococcus aureus* dan *vancomycin-resistant enterococci* menurun sebesar 23% pada pasien yang dimandikan dengan chlorexidine. Kejadian infeksi sistemik melalui aliran darah mengalami penurunan sebesar 28% pada kelompok pasien dengan chlorexidine. Selain itu, chlorexidine juga dilaporkan mengurangi kejadian infeksi akibat bakteri *coagulase-negative staphylococcus* sebesar 56%, *Klebsiella* sebesar 20%, dan jamur sebesar 53%. Secara keseluruhan, insiden infeksi nosokomial (*hospital acquired bloodstream infection*) menurun secara signifikan pada kelompok pasien yang menggunakan larutan chlorexidine 2% ($p=0,02$).

Hal ini tercapai karena chlorexidine sebagai agen antiseptik yang diberikan kepada pasien dalam penelitian tersebut mampu memberikan efek ganda berdasarkan konsentrasi larutannya, yaitu (1) bakteristatik: dengan mengganggu keseimbangan permeabilitas membran sitoplasma, (2) bakterisidal: dengan membentuk endapan *irreversible* dengan adenosin trifosfat (ATP) intraseluler dan asam nukleat sehingga menghambat proses replikasi sel (Boyce & Pittet, 2002). Pencapaian efek ganda dari chlorexidine dalam penelitian-penelitian yang ditelaah ini terbentuk karena konsentrasi larutan chlorexidine yang digunakan relatif tinggi, berkisar 2-4%.

KESIMPULAN

Berdasarkan ulasan di atas, dapat disimpulkan bahwa penggunaan Chlorexidine 2% sebagai larutan antiseptik saat memandikan pasien dapat memberikan efek bakteristatik dan bakterisidal yang dapat mengurangi jumlah bakteri patogen pada pasien dengan spektrum jenis yang luas dan minim efek samping, sehingga pasien terlindungi dari risiko tertular infeksi nosokomial.

DAFTAR PUSTAKA

- Alspach. (2006). *Core Curriculum for Critical Care Nursing*. 6th Edition. Saunders Elsevier: USA
- Bertrand, X., Slekovec, C., Talon, D. (2010). Use of mupirocin-chlorexidine treatment to prevent staphylococcus aureus surgical site infection. *Future Microbiology*. 5(5):701-703
- Bleasdale, S.C., Gonzales, I.M., Lyles, R.D. (2006). *Skin cleansing with 2% chlorexidine gluconate (CHG) : infection control and clinical benefits of source control*. American Society of Microbiology: Washington DC
- Boyce, J.M. & Pittet D. (2002). Guideline for hand hygiene in health care settings : recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *CDC MMWR*. 51(16):1-32
- CDC. (2011). *Healthcare-Associated Infections (HAIs)*. Diakses 30 Mei 2014 dari <http://www.cdc.gov/HAI/surveillance/index.html>
- CDC. (2014). *Healthcare-Associated Infections (HAIs) : Diseases and Organisms in Healthcare Settings*. Diakses 30 Mei 2014 dari <http://www.cdc.gov/HAI/organisms/organisms.html>
- Climo, M.W., Sepkowitz, K.A., Zuccotti, G., Fraser, V.J., Warren, D.K., *et al.* (2009). The effect of daily bathing with chlorexidine on the acquisition of [methicillin-resistant staphylococcus aureus](#), vancomycin-resistant enterococcus, and healthcare-associated bloodstream infections: result of a quasy experimental multicenter trial. *Critical Care Medicine*. 37(6):1858-1865
- Climo, M.W., Yokoe, D.S., Warren, D.K., Perl, T.M., Bolon, M., *et al.* (2013). Effect of daily chlorexidine bathing on hospital acquired infection. *The New England Journal of Medicine*. 368(6):533-542
- Gravel, D., Miller, M., Simor, A., Taylor, G., Gardam, M., *et al.* (2009). Health care-associated clostridium difficile infection in adults admitted to acute care hospitals in canada: a canadian nosocomial infection surveillance program study. *Clinical Infectious Diseases*. 48(5): 568-576
- Holder, C. & Zellinger. (2009). Daily bathing with chlorhexidine in the icu to prevent central line-associated bloodstream infections. *JCOM*. 16 (11): 509-513
- Lim, K.S. & Kam, P.C.A. (2008). Chlorexidine--pharmacology and clinical applications. *Journal of Australian Society of Anaesthetists*. 36(4):1-18
- Milstone, A.M., Passaretti, C.L., Perl, T.M. (2008). Chlorexidine: expanding the armamentarium for infection control and prevention. *Health Care Epidemiology*. 46:274-281
- Morton, P.G., Fontaine, D.K., Hudak, C.M., Gallo, B.M. (2005). *Critical Care Nursing*. Lippincott Williams & wilkins: Philadelphia.
- Potter & Perry. (2005). *Foundamental of Nursing*. Saunders Elsevier: USA

- Saha, J. (2010). Nosocomial infections as a preventable burden for health care delivery. *Faridpur Med. Coll. J.* 5(1):1-2
- Society of Critical Care Medicine. (2002). *Patient and Family Resources: ICU Issues and Answer Brochures*. Society of Critical Care Medicine: Chicago
- Wirryana. (2007). *Ventilator Associated Pneumonia*. Denpasar: FK Unud
- Wisplinghoff, H., Bischoff, T., Tallent, S., Seifert, H., Wenzel, R., *et al.* (2004). Nosocomial bloodstream infections in us hospitals: analysis of 24,179 cases from a prospective nationwide surveillance study. *Clinical Infectious Diseases*. 39(1):309-317
- WHO. (2004). *Prevention of Hospital-Acquired Infection: A Practical Guide*. 2nd Edition. World Health Organization: Geneva
- Wax, R.G., Lewis, K., Salyers, A.A., Taber, H. (2008). *Bacterial Resistance to Antimicrobial*. 2nd Edition. CRC Press: London

JUDUL	Gangguan Tidur pada Pasien Kritis: Studi Literatur
PRESENTER	Ifa Hafifah
AUTHOR (S)	Ifa Hafifah, Ayu Pramesti
INSTITUSI	Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat, Kalimantan Selatan

ABSTRAK

Gangguan tidur dan pasien kritis adalah dua hal yang tidak dapat dipisahkan karena sebagian besar pasien kritis di ruang rawat intensif mempunyai masalah dalam pemenuhan kebutuhan tidur. Gangguan tidur yang dialami pasien kritis harus segera diatasi karena gangguan ini dapat memperburuk kondisi pasien kritis dan pasien hidup paska perawatan intensif akan mengalami *posttraumatic stress disorder* dengan gejala-gejala gangguan tidur dan mimpi buruk.

Studi literatur ini bertujuan untuk memberikan ringkasan dan analisis tentang gangguan tidur pada pasien kritis.

Penelaahan dilakukan dengan melakukan review jurnal yang diperoleh melalui penyedia jurnal elektronik seperti CINAHL, Proquest, dan Google Scholar. Jurnal yang diperoleh sebanyak 110 buah berdasarkan kata kunci pasien kritis, gangguan tidur, dan gangguan tidur pada pasien kritis. Kriteria jurnal yang dipakai adalah terbitan tahun 2001-2013 dan ditulis dalam Bahasa Inggris. Jurnal yang memenuhi kriteria dan diekstrak dalam studi literatur ini berjumlah 16 buah dari studi literatur, penelitian kuantitatif, dan penelitian kualitatif.

Studi literatur ini menganalisis gangguan tidur pada pasien kritis yang meliputi karakteristik pasien kritis, gangguan tidur pada pasien kritis, faktor penyebab gangguan tidur pada pasien kritis, dampak gangguan tidur pada pasien kritis, pengkajian keperawatan terkait gangguan tidur dan kualitas tidur pada pasien kritis, penatalaksanaan gangguan tidur pada pasien kritis, dan implikasi pada praktek keperawatan dan penelitian.

Gangguan tidur adalah masalah yang sering dialami pasien kritis dan harus segera diatasi untuk mencegah terjadinya dampak negatif.

Kata Kunci: Pasien Kritis, Gangguan Tidur, Gangguan Tidur pada Pasien Kritis

PENDAHULUAN

Tidur adalah suatu keadaan bawah sadar dimana seseorang masih dapat dibangunkan dengan pemberian rangsang sensorik atau dengan rangsang lainnya (Jill, et al, 2011). Tidur merupakan kebutuhan dasar seperti kebutuhan makan, minum, dan lain-lain, apabila tidur terganggu dapat menimbulkan pengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Pada saat sakit, manusia akan membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada biasanya sehingga tidur merupakan faktor yang sangat berperan dalam mempercepat kesembuhan seseorang. Begitu juga dengan pasien kritis yang dirawat di ruang perawatan intensif memerlukan waktu tidur yang lebih banyak daripada biasanya.

Banyak penelitian menyebutkan bahwa pasien yang dirawat di ruang intensif mengalami gangguan tidur, seperti penelitian yang dilakukan oleh Reeder, 2007 lebih dari tiga dekade, hasil penelitian ini adalah pasien ICU diamati sering terjaga, tidak mengalami tidur REM atau hanya sebentar, waktu tidur total lebih pendek daripada di rumah, dan merasakan kualitas tidur yang buruk (Reeder, 2007). Penelitian yang senada juga dilakukan Olson, et al, 2001 dengan hasil penelitian menyatakan pasien kanker yang dirawat di ICU melaporkan banyak gejala distress seperti nyeri yang menyiksa, kecemasan, dan gangguan tidur (Olson, et al, 2001). Penelitian yang dilakukan Mathew,

2011 dengan hasil penelitian penyebab gangguan tidur pada pasien kritis di ruang rawat intensif adalah nyeri, cemas, *culture* (kebiasaan tidur) seperti jam memulai tidur dan lain-lain, dan faktor-faktor lingkungan seperti: kebisingan baik suara perawat maupun bunyi alat-alat, cahaya terang, aktivitas perawat, serta obat-obatan yang dapat menyebabkan gangguan tidur (Mathew, 2011).

Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan Lijun, et al, 2013 didapatkan hasil pasien trauma otak mengalami gangguan tidur yang menandakan eksaserbasi dari kormobiditas dan dampak negatif *treatment rehabilitative*. Dari 98 orang pasien didapatkan hasil 9% mengalami *post traumatic hypersomnia*, 29% insomnia, 18% kesulitan memulai tidur, 29% cepat terbangun, dan 53% kesulitan memulai tidur dan cepat terbangun (Lijun, et al, 2013). Penelitian yang dilakukan Zhang, et al, 2013 meneliti gangguan tidur pada 152 pasien ICU didapatkan hasil 46,1% pasien melaporkan tidur berkurang selama hospitalisasi, 69,1% tidur lebih sedikit atau jelek dari sebelumnya, 50% mengalami perubahan pola tidur (Zhang, et al, 2013).

Gangguan tidur yang dialami pasien kritis di ruang rawat intensif harus segera diatasi perawat dan tenaga kesehatan lainnya karena gangguan tidur dapat memperburuk kondisi pasien kritis dan menimbulkan dampak negatif lainnya seperti pasien paska perawatan intensif mengalami *posttraumatic stress disorder* dengan gejala-gejala gangguan tidur dan mimpi buruk (Lof, L., et al, 2006; Lijun, et al, 2013).

METODE

Penelaahan dilakukan dengan melakukan review jurnal yang diperoleh melalui penyedia jurnal elektronik seperti CINAHL, Proquest, dan Google Scholar. Laman penyedia jurnal tersebut dipilih karena telah diketahui secara umum sebagai penyedia akses jurnal yang tersedia di perpustakaan universitas penulis. Jurnal yang diperoleh sebanyak 110 buah berdasarkan kata kunci pasien kritis, gangguan tidur, dan gangguan tidur pasien kritis. Kriteria jurnal yang dipakai adalah terbitan tahun 2001-2013 dan ditulis dalam Bahasa Inggris. Jurnal yang memenuhi kriteria dan diekstrak dalam studi literatur ini berjumlah 16 buah dari jurnal studi literatur, penelitian kuantitatif, dan penelitian kualitatif.

PEMBAHASAN

Pembahasan studi literatur ini terkait gangguan tidur pada pasien kritis yang meliputi karakteristik pasien kritis, gangguan tidur pada pasien kritis, faktor penyebab gangguan tidur pada pasien kritis, dampak gangguan tidur pada pasien kritis, pengkajian keperawatan terkait gangguan tidur dan kualitas tidur pada pasien kritis, penatalaksanaan gangguan tidur pada pasien kritis, dan implikasi pada praktek keperawatan dan penelitian.

Karakteristik Pasien Kritis

Pasien kritis adalah pasien yang dirawat di ruang rawat intensif yang membutuhkan tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *airway, breathing, circulation, brain* dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi, diantaranya yaitu: pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim kesehatan intensif, pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang terus menerus dan metode terapi titrasi, pasien yang memerlukan

pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

Pasien yang dirawat di ruang intensif dapat diklasifikasikan menjadi 3 prioritas berdasarkan atas beratnya penyakit dan prognosis. Pasien prioritas 1 adalah pasien sangat kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti dukungan atau bantuan ventilasi, infus obat-obat vasoaktif kontinyu, dan lain-lain. Contoh kelompok ini antara lain, pasca bedah kardiotorasik, syok septik.

Pasien prioritas 2 adalah pasien yang memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ruang intensif karena sangat beresiko untuk mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan kateter arteri pulmonal. Contoh jenis pasien ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung, paru, atau ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan mayor.

Pasien prioritas 3 adalah pasien sakit kritis yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakitnya akut, sehingga sangat mengurangi kemungkinan sembuh dirawat di ruang intensif. Contoh-jenis pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, perikardial tamponade, sumbatan jalan nafas, atau penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat (Tompson, D., R., 2012).

Gangguan Tidur Pada Pasien Kritis

Gangguan tidur bukanlah suatu penyakit melainkan gejala dari berbagai gangguan fisik, mental dan spiritual. Pada orang sehat, gangguan tidur yang berkepanjangan akan mengakibatkan perubahan-perubahan pada siklus tidur biologisnya, menurun daya tahan tubuh serta menurunkan prestasi kerja, mudah tersinggung, depresi, kurang konsentrasi, kelelahan, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi keselamatan diri sendiri atau orang lain.

Gangguan tidur merupakan masalah yang sangat umum, di negara-negara industri khususnya, banyak orang menderita gangguan tidur. Data tentang frekuensi bervariasi antara 25-50% dari populasi. Populasi nya pun bisa laki-laki maupun perempuan namun berdasarkan penelitian yang dilakukan Jill, et al, 2011 didapatkan hasil gangguan tidur banyak terjadi pada wanita (Jill, et al, 2011).

Gangguan tidur dan pasien kritis adalah dua hal yang tidak dapat dipisahkan karena sebagian besar pasien yang dirawat di ruang intensif mempunyai masalah dalam pemenuhan kebutuhan tidur. Gangguan tidur ini di alami berbagai usia dari pasien ICU baik anak-anak sampai lansia (Jill, et al, 2011).

Faktor Penyebab Gangguan Tidur Pada Pasien Kritis

Gangguan tidur pada pasien kritis di ruang rawat intensif sebagian besar disebabkan karena nyeri, cemas, *culture* (kebiasaan tidur) seperti jam memulai tidur, faktor-faktor lingkungan seperti: kebisingan baik suara perawat maupun bunyi alat-alat, cahaya terang, dan aktivitas perawat seperti pemberian obat, tes diagnostik, dan lain-lain, serta obat-obatan yang menyebabkan gangguan tidur seperti beta-blocker, bronkodilator, dan lain-lain (Mathew, 2011). Selain itu juga dapat disebabkan oleh mode ventilasi mekanik dan peralatan serta prosedur yang dikerjakan dengan ventilasi mekanik seperti *endotracheal tubes, suctioning, and nasogastric tubes* (Tembo, A., C., et al, 2009).

Dampak Gangguan Tidur Pada Pasien Kritis

Akibat gangguan tidur pada pasien kritis di ruang rawat intensif adalah (Olson, et al, 2001)

- a. Gangguan tidur dapat menimbulkan persepsi nyeri pasien semakin meningkat.
- b. Gangguan tidur pada pasien kritis mempunyai efek yang kumulatif dan menyebabkan perubahan kognisi, kebingungan, gangguan penyembuhan luka, dan ketidakmampuan lepas dari ventilator karena kelelahan otot dan retensi karbondioksida sehingga penatalaksanaan gangguan tidur pada pasien kritis tidak hanya intervensi humanistik tetapi juga intervensi bantuan hidup.
- c. Kurang tidur berkontribusi terhadap disfungsi otot saluran napas dan respon hipoksia sehingga dapat mempengaruhi pertukaran gas.
- d. Gangguan tidur pada pasien paska perawatan intensif dapat menyebabkan pasien mengalami *posttraumatic stress disorder* dengan gejala-gejala gangguan tidur seperti insomnia dan mimpi buruk (Lof, L., et al, 2006; Lijun, et al, 2013).

Pengkajian Keperawatan Terkait Gangguan Tidur dan Kualitas Tidur Pada Pasien Kritis

Perawat intensif harus peka dalam menyikapi gangguan tidur pada pasien kritis. Perawat harus melakukan pengkajian yang tepat terhadap gangguan tidur pasien dan segera melakukan penatalaksanaannya. Pengkajian dapat dilakukan dengan pemantauan gelombang otak dengan polisomnografi adalah standar emas untuk mengukur kualitas tidur pasien namun bukan standar baku di ruang rawat intensif. Pengkajian paling mendasar adalah adanya laporan pasien bahwa dia mengalami gangguan tidur baik tidak bisa tidur atau kurang tidur kepada perawat, selain itu perawat harus melakukan pengamatan kepada pasien terkait kebutuhan istirahat dan tidur. Skala analog visual dapat dipakai untuk memilih pasien yang beresiko tinggi mengalami gangguan tidur akibat hari rawat yang lama di ruang rawat intensif. Pengkajian keperawatan meliputi: kaji kualitas tidur pasien, kaji bukti perbaikan tidur, pantau pola tidur pasien, kaji obat yang dikonsumsi pasien yang menyebabkan gangguan tidur, kaji lingkungan pasien.

Selain gangguan tidur, respon yang sering ditemukan pada pasien kritis di ruang rawat intensif yang dapat mengganggu kebutuhan istirahat pasien adalah agitasi dan delirium. Tanpa antisipasi yang tepat dan pengkajian akurat terhadap respon pasien yang menimbulkan distress ini, strategi penatalaksanaan tidak dapat dirancang (De Jong, M., J., et al, 2005). Instrumen pengkajian yang dapat digunakan perawat untuk mengkaji agitasi adalah pengkajian agitasi dan sedasi berdasarkan RASS (Truman, B, et al, 2003) dan pengkajian skala sedasi berdasarkan *AACN Sedation Assessment Scale* (De Jong, M., J., et al, 2005). Instrumen pengkajian yang dapat digunakan perawat untuk mengkaji delirium adalah pengkajian delirium berdasarkan CAM-ICU (Truman, B, et al, 2003).

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan perawat intensif terkait dengan kebutuhan tidur pasien antara lain:

a. Kebiasaan tidur

Perlu diperhatikan kebiasaan sebelum tidur pasien, kebiasaan jumlah waktu tidur, jam memulai tidur, obat-obatan yang diminum yang memiliki pengaruh terhadap tidur, persepsi pasien terhadap tidur, posisi tidur, lingkungan tidur.

b. Tanda-tanda klinis kekurangan istirahat dan tidur

Tanda klinis yang harus diperhatikan perawat yang menandakan pasien kurang istirahat dan tidur adalah pasien mengatakan rasa lesu, capek, pasien mudah

tersinggung, apatis, ada kehitam-hitaman di sekitar mata, konjungtiva warna merah, pusing, dan mual.

c. Tahap perkembangan

Lama waktu tidur setiap orang berbeda-beda tergantung usia. Semakin muda usia waktu tidur yang diperlukan semakin lama.

Penatalaksanaan Gangguan Tidur Pada Pasien Kritis

Penatalaksanaan keperawatan untuk pasien kritis yang mengalami gangguan tidur adalah (Haesler, E., J., 2004; Page, et al, 2006)

- a. Manajemen energi yaitu mengatur penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi.
- b. Manajemen lingkungan-kenyamanan adalah memanipulasi lingkungan sekitar pasien untuk meningkatkan kenyamanan optimal.
- c. Peningkatan tidur adalah memfasilitasi siklus tidur-bangun yang teratur.

Intervensi keperawatan (Haesler, E., J., 2004; Allensi, et al, 2005; Conn, et al, 2006; Page, et al, 2006; Eliassen, 2011) yaitu:

a. Intervensi mandiri

- 1) Hindari kebisingan dan penggunaan lampu ruangan yang terang pada saat tidur.
- 2) Ciptakan lingkungan yang tenang dan damai untuk pasien saat tidur.
- 3) Bantu pasien mengidentifikasi dan mengantisipasi faktor yang dapat menghilangkan rasa kantuk seperti ketakutan, kecemasan dan lain-lain.
- 4) Fasilitasi pemeliharaan rutinitas pasien sebelum tidur, kebiasaan pasien sebelum tidur.
- 5) Lakukan terapi kognitif perilaku yaitu membantu mengubah kepercayaan dan perilaku yang salah tentang tidur (seperti harapan yang tidak realistis, salah pengertian, membesar-besarkan akibat dari tidak tidur). Tekniknya meliputi latihan pembentukan kembali (seperti menetapkan tujuan dan merencanakan respon koping), dekatastropi (ditujukan pada menghilangkan pikiran otomatis kecemasan), membingkai ulang, dan pengalihan perhatian.
- 6) Lakukan terapi relaksasi yaitu menegangkan dan merilekskan kelompok otot yang berbeda, membayangkan atau biofeedback (umpan balik visual atau auditorik) untuk mengurangi kewaspadaan somatik, meditasi dan hypnosis. Contoh terapi relaksasi adalah mendengarkan musik klasik atau murottal Al-Quran sebelum tidur.
- 7) Pengukuran kontrol temporal yaitu waktu bangun yang konsisten, meminimalkan tidur siang hari.

b. Intervensi kolaborasi (Haesler, E., J., 2004; Allensi, et al, 2005; Conn, et al, 2006; Page, et al, 2006)

- 1) Diskusikan bersama dokter pentingnya merevisi program obat jika obat tersebut mengganggu pola tidur pasien
- 2) Diskusikan dengan dokter penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor tidur REM

Evidence based practice terkait gangguan tidur di area keperawatan kritis antara lain penelitian yang dilakukan Olson, et al, 2004 yang meneliti pengaruh asuhan keperawatan terhadap perbaikan tidur. Pengamatan dilakukan pada 239 pasien (118 pasien sebagai kelompok kontrol dan 121 pasien mendapatkan intervensi). Intervensi yang dilakukan adalah dengan mematikan semua lampu dua kali sehari guna memberikan masa tenang dan mengatur perawatan sehingga pasien tidak terganggu dalam lingkungan yang tenang dan gelap yaitu pada jam 2 pagi- 4 pagi dan dari 2 siang-

4 sore. Hasil penelitian ini adalah intervensi yang dilakukan perawat tersebut meningkatkan secara pasti kemungkinan tidur pada pasien tersebut (Olson, et al, 2004).

Implikasi Pada Praktek Keperawatan dan Penelitian

Pemahaman tentang gangguan tidur pada pasien kritis dapat berimplikasi pada praktek keperawatan yaitu perawat dapat memodifikasi lingkungan yang dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur pasien seperti lingkungan yang tenang, mengatur suhu ruangan yang sesuai, memfasilitasi pasien untuk mendapatkan tidur yang berkualitas, mengatur mode ventilator, berkolaborasi dengan medis dalam meminimalkan obat yang dapat mengganggu tidur pasien.

Penelitian terkait pengkajian keperawatan gangguan tidur dan intervensi mandiri keperawatan pada pasien kritis perlu untuk terus dikembangkan, mengingat selama ini sangat sedikit penelitian yang membahas hal ini.

KESIMPULAN

Gangguan tidur bukanlah suatu penyakit melainkan gejala dari berbagai gangguan fisik, mental dan spiritual. Gangguan tidur dan pasien kritis adalah dua hal yang tidak dapat dipisahkan karena sebagian besar pasien yang dirawat di ruang intensif mempunyai masalah dalam pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur. Selain gangguan tidur, respon yang sering ditemukan pada pasien kritis yang dapat mengganggu kebutuhan istirahat pasien adalah agitasi dan delirium. Perawat kritis harus peka dalam mengkaji gangguan istirahat dan tidur pada pasien kritis dan melakukan penatalaksanaan keperawatan yang tepat dan cepat karena jika tidak diatasi dapat memperburuk kondisi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alessi, C., A., Martin, J., L., Webber, A., P. (2005). A multidimensional non drug intervention reduced daytime sleep in nursing home residents with sleep problems. *Evidence-Based Medicine*. 10(6), 178.
- Conn, D., K., & Madan, R. (2006). Use of sleep-promoting medications in nursing home residents: Risk versus benefits. *Drugs&aging*, 23(4), 271.
- De Jong, M., J., Burns, S., M., Campbell, M., L., Chulay, M., Grap, M., J., et al. (2005). Development of The American Association of Critical-Care Nurses Sedation Assessment Scale For Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 14(6):531-544.
- Eliassen, K., M., & Hopstock, L., A. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit- A survey of nurses intervention. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*, 27, 138-142.
- Haesler, E., J. (2004). Effectiveness of strategies to manage sleep in residents of aged care facilities. *JBH reports*, 2(4), 115-183.
- Jill, Dorothy, Deborah. (2011). Forced Sex: a critical factor in the sleep difficulties of young Australian women. *Violence and victims*, Vol 26 (1).
- Lijun Hou, Xi han, Ping Sheng, et al. (2013). Risk factors associated with sleep disturbance following traumatic brain injury: clinical findings and questionnaire based study. *PLOS ONE* www.plosone.org. Vol 8 (10) e76087.
- Lof, L., Berggren, L., Ahlstrom, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay 3 and 12 months after discharge. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*, 22, 154-166.

- Matthew. (2011). The nature of sleep. *Comparative studies in society and history* 53(4): 945-970.
- Olson, D., M., Borel, C.,O., Laskowitz, D., T., et al. (2001). Queit tiem: A nursing intervention to promote sleep in neuro critical care units. *Am J Crtit Care* 10(2): 74-787.
- Page, M., S., Berger, A., M., Johnson. (2006). Putting evidence into practice: evidence based interventions for sleep wake disturbances. *Clinical Journal of oncology Nursing*, 10(6), 753-676.
- Reeder, C., E., Franklin, M., Bramley, T.,J. (2007). Current Landscape of Insomnia in Managed Care. *The american journal of managed care*, 13(5).
- Tembo, A., C., & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*, 25, 314-322.
- Tompson, D., R. (2012). Guidlines for intensif care unit design. *Crit Care Med*, 40(5).
- Truman, B., & Ely, E.,W. (2003). Monitoring Delirium in Critically Ill Patients Using the CAM-ICU. *Critical Care Nurse: ProQuest Nursing & Allied Health Source*, 23(2): 25-38.
- Zhang, L, Sha, Kong, et al. (2013). Factors that affect sleep quality: perceptions made by patients in the intensive care unit after thoracic surgery. *Supportive care in cancer*, 21(8), 2091-6.

JUDUL	<i>Patient Safety</i> di Area Keperawatan Kritis: <i>Literature Review</i>
PRESENTER	Endah Setianingsih
AUTHOR (S)	Endah Setianingsih, Aan Nuraeni
INSTITUSI	

ABSTRAK

Perawatan intensif memberikan intervensi yang beresiko tinggi dengan penanganan yang cepat. Kejadian *adverse event* di intensif mengakibatkan kondisi perburukan, komplikasi sampai ke kematian, sehingga perawat dituntut untuk memberikan asuhan yang lebih aman. Mewujudkan *patient safety* butuh upaya dan kerjasama tim, dari seluruh komponen sarana pelayanan kesehatan, dan perawat memegang peran kunci untuk mencapainya.

Literatur review ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan memberikan ringkasan tentang *patient safety* di area keperawatan kritis.

Penelaahan sumber dilakukan dengan melakukan *review* jurnal yang diambil dari *database* Ebscohost, CINAHL, Proquest, dan *google scholar* yang diterbitkan tahun 1995-2013 dengan kata kunci *patient safety in critical care, intensive care unit, culture safety, workload of nurse, communication and collaboration*. Jumlah literatur yang diperoleh sebanyak 80 jurnal dan 37 jurnal diantaranya memenuhi kriteria inklusi. Data diperoleh dari penelitian kuantitatif dengan analisis narasi yang kemudian dideskripsikan untuk menggambarkan *pasien safety* di area keperawatan kritis.

Patient safety sering di hubungkan dengan *human error*, karena kesalahannya sering diakibatkan karena manusia. Ketidakefektifan komunikasi dan kolaborasi antar tim perawat *intensive*, jam kerja yang *over load, culture safety* dan *medication error* merupakan masalah yang sering terjadi dan mengakibatkan *adverse aveent* yang membuat komplikasi, lama rawat bertambah dan bahkan mengakibatkan kematian.

Kata kunci : *pasien safety, pasien safety in critical care, intensive care unit, workload of nurse, culture safety, medication error.*

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien merupakan isu global yang menjadi prioritas utama untuk meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Institusi pelayanan kesehatan dan praktisi kesehatan telah mengembangkan konsep tentang keselamatan pasien, dimulai sejak *International of Medicine* mengeluarkan pernyataan “*To Err is Human*”.(Tracy, 2013). Menurut *Institute of Medicine* keselamatan pasien didefinisikan sebagai “*Freedom from accidental injury*”. Tahun 1999 *The Institute of Medicine* dalam laporannya tentang kejadian *medical error* menyatakan bahwa setiap tahunnya di Amerika Serikat terdapat 44.000 sampai 98.000 kematian di rumah sakit akibat *medication error* (Leonard, 2003). Di ruang perawatan intensif tingkat potensi kejadian *medication error* lebih tinggi dibandingkan non ICU. Hal itu terjadi karena kompleksitas pasien, ketergantungan pasien dengan perawat, serta ketergantungan pasien terhadap alat bantu pernapasan. (Scoot, *et al.*2006). Selain itu, ruang perawatan *intensive* merupakan unit yang memberikan intervensi yang beresiko tinggi dengan penanganan yang cepat. Kesalahan pengobatan di ruang perawatan intensif bisa mengakibatkan kondisi perburukan sampai ke kematian. (Krimsky,2009)

TUJUAN

Tujuan dari *literatur review* ini adalah untuk memberikan ringkasan dari beberapa *literatur* internasional yang berkaitan dengan keselamatan pasien di ruang perawatan intensif dan mengkaji aspek- aspek yang berkaitan dengan keselamatan pasien di area keperawatan kritis.

METODE

Study literatur ini dilakukan dengan *mereview* penelitian penelitian terkait *pasien safety*, yang diperoleh melalui media elektronik. Literatur tersebut di dapatkan melalui pencarian di database CINAHL dari EbscoHost, Proquest, dan Google Scholar. Pencarian dengan menggunakan kata kunci, *pasien safety*, *pasien safety in critical care*, *workload of nurse*, *communication and collaboration in patient safety*, *intensive care unit* dan *culture safety*. Literatur yang di temukan sebanyak 80 jurnal , 37 jurnal yang memenuhi kriteria inklusi jurnal dengan data kuantitatif dari tahun 1995 – 2013. Studi literatur ini menggunakan analisis narasi (*narrative analysis*) yang kemudian akan dideskripsikan untuk menggambarkan *pasien safety* di area keperawatan kritis.

HASIL

Jurnal yang diperoleh dari pencarian dengan kata kunci *patient safety*, *patient safety in nursing*, *intensive care unit*, *work load of nurse*, *communication and collaboration*, *medication error*, *adverse event* dan *culture safety* yang berguna bagi perkembangan perawatan dan keselamatan pasien di lingkup intensive care.

Keselamatan Pasien di ICU

Perawatan di ruang perawatan intensif bertujuan memberikan asuhan keperawatan yang menitikberatkan pada pencegahan terhadap kondisi perburukan, dan komplikasi melalui observasi serta monitoring yang ketat serta kemampuan untuk menginterpretasikan setiap data yang didapat dan melakukan tindak lanjut.(Krimsky, 2009). Pasien kritis mempunyai hak untuk terhindar dari *medical error*, tapi dalam kenyataannya kejadian *error* sangat beresiko terjadi di ruang perawatan intensif (Bohomol, 2006). Dari 5 juta pasien yang dirawat di unit perawatan intensif dalam satu tahun, 1/5 (seperlima, sekitar 19 %) terjadi kesalahan pemberian obat dan 42% lama hari rawatnya bertambah karena *medical error* (Scoot et al, 2006).

Akibat dari *adverse event* yang terjadi ICU, selain pasien harus mengeluarkan biaya lebih tinggi , mungkin ada bahaya serius yang terjadi, sampai menyebabkan kematian.

Masalah – Masalah Keselamatan Pasien di Area Keperawatan Kritis

Medication error

Penelitian tentang kesalahan dalam pengobatan dan pemberian administrasi obat yang aman sudah dimulai pada tahun 1960-an di Amerika Serikat (Flynn *et al*, 1999). Kesalahan dalam pengobatan terjadi ketika obat diresepkan, dibagikan, dan saat obat diadministrasikan ke pasien. Masalah *medication error* ini adalah masalah utama di sektor perawatan kesehatan di seluruh dunia. Menurut Cullen *et al* (1997), tingkat potensi kejadian *adverse event* di ruangan perawatan intensif dua kali lebih tinggi di bandingkan non ICU. Hal ini senada dengan hasil penelitian Bohomol *et al* (2009) kasus *medications error* di ruang perawatan intensif paling tinggi kesalahannya diantaranya yaitu obat tidak tersedia di lembaga 41,0%, distribusi di apotik 16,3%, kegagalan dalam transkripsi dari resep ke apotik 11,0%, kegagalan komunikasi antar layanan 8,0 %, masalah yang terkait dengan resep 7,0 %, kegagalan untuk memeriksa obat 6,6 %,

kelebihan beban kerja 5,0 %, lainnya 3,7 %, dan kesalahan tetesan *infus pump* 0,7%. Namun Menurut (Rothschild, 2005) kesalahan dalam pemberian obat intravena dan kejadian *adverse event* obat dapat dideteksi dan diminimalkan dengan menggunakan *infus pump*.

Menurut Kopp (2006), semua potensi kesalahan dalam pemberian obat, 2/3 dari kejadian efek samping obat sebenarnya dapat dicegah. Ada satu kesalahan yang dapat dicegah untuk setiap lima dosis obat yang diberikan. kesalahan yang paling sering adalah karena kelalaian dosis , dosis yang salah, obat yang salah , teknik yang salah, atau interaksi antar obatnya yang salah.

Komunikasi dan kolaborasi

Pentingnya komunikasi antara perawat dan petugas kesehatan lain dalam proses pemberian perawatan pasien menjadi hal yang penting. Komunikasi yang efektif dan kerja sama tim sangat penting untuk pemberian asuhan keperawatan pasien yang aman. (Leonard, 2004; Slort, 2011). Lebih dari 85% kesalahan yang ada diruang intensif disebabkan karena kegagalan komunikasi dan kurangnya kolaborasi tim (Pronovost, 2003). Keterbukaan komunikasi antara anggota tim juga terkait dengan sejauh mana tim memahami tujuan perawatan pasien. (Reader, 2007). Beberapa kesalahan yang terjadi di ICU dikaitkan dengan masalah komunikasi antara dokter dan perawat (Donchin, 1995). Banyak hal yang berkontribusi terhadap kegagalan komunikasi tersebut, menurut Leonard (2003 ; Haig, 2006) komunikasi dengan model (SBAR) *Situation, Background, Assesment, Recomendation* merupakan metode komunikasi efektif untuk menjembatani gaya komunikasi yang berbeda antar profesi. Kolaborasi yang tidak baik tentu akan menyebabkan peningkatan kesalahan dan peningkatan resiko terjadi kesalahan diruang perawatan intensif. Hambatan kolaborasi antara lain kurangnya komunikasi perawat tidak melaporkan ke tim tentang masalah yang dihadapi pasien, konflik antara si pemberi layanan dan kegagalan dalam mengembangkan rencana perawatan dalam mencegah terjadinya komplikasi. (Bohomol, 2008). Komunikasi yang baik akan memberikan hasil yang positif bagi pasien, anggota keluarga, dan tim kesehatan (Slort, 2011). Perlu diketahui bahwa kegagalan komunikasi selama perencanaan pulang pasien dan perawatan pasien dirumah dapat membahayakan untuk keselamatan pasien dirumah (Arora, 2005)

Budaya Pasien Safety

Ruang *intensive care* merupakan sebuah institusi tunggal yang memiliki persepsi yang berbeda – beda terhadap budaya keselamatan. (Huang, 2007). Budaya keselamatan pasien sangat berpengaruh dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman ke pasien. Menurut Cooper, 2010 hambatan terbesar untuk memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya dari organisasi kesehatan (Cooper, 2000). Persepsi dari manajemen dan iklim keamanan di rumah sakit yang menyadari akan pentingnya pasien safety akan lebih memberikan asuhan keperawatan yang aman kepada pasien.(Huang, 2010). Tercapainya program keselamatan yang komprehensif di ruang intensif dikaitkan dengan perbaikan secara signifikan dalam budaya keselamatan.(Pronovost, 2008).

Beban Kerja dan emosional perawat

Beban kerja perawat yang bekerja *over load* akan mengakibatkan resiko terjadi kesalahan. Resiko terjadi kesalahan lebih besar terjadi pada perawat dengan durasi shift kerja lebih panjang. Perawat *training/* magang yang mempunyai durasi kerja lebih panjang juga beresiko melakukan kesalahan medis yang serius. (Lockley, 2004). Hal ini karena dengan shift lebih panjang sering berhubungan dengan penurunan tingkat

kewaspadaan perawat (Scoot, 2006). Menurut Carayon & Alvarado (2007) berpendapat bahwa efek dari beban kerja perawat berpengaruh terhadap hasil dan kualitas kehidupan kerja perawat juga keamanan perawatan yang di berikan oleh perawat kritis (Carayon & Alvarado, 2007). Selain itu, memaksakan beban kerja secara overload kepada perawat juga sering berdampak pada emosi. Menurut Laschinger *et al* (2001), salah satu cara yang efektif guna meningkatkan keselamatan pasien dengan menggunakan upaya alternatif dengan cara menstabilkan emosi perawat. Untuk mengupayakan hal tersebut manajer keperawatan harus menghindari memaksakan beban kerja secara *over load* kepada perawat. Menstabilkan emosi perawat memberikan kontribusi yang positif guna untuk keselamatan pasien. Di ruang perawatan intensif para manajer harus memastikan bahwa ada staf yang memadai di lembaga-lembaga mereka untuk melindungi keselamatan pasien. Selain itu, lebih banyak waktu untuk perawatan pasien secara langsung akan meningkatkan kepuasan kerja perawat, menstabilkan emosi perawat dan dengan demikian meningkatkan keselamatan pasien (Chang, 2009).

Inovasi untuk Peningkatan Keselamatan Pasien di Area Keperawatan Kritis

Institut Nasional untuk Kesehatan dan *Clinical Excellence* (NIHCE) menyatakan : Staf perawat yang merawat pasien di ruang perawatan intensif harus memiliki standar yang tinggi, dalam memantau , mengukur, menafsirkan, dan bertindak. Pada kondisi pasien kritis sedikit perubahan yang terjadi yang tidak secepatnya di atasi bisa mengakibatkan kondisi perburukan dan fatal. Beberapa hal yang harus diperlukan dalam skala pengukuran ini adalah denyut jantung, laju pernapasan, suhu, tingkat kesadaran, jumlah urin yang mereka hasilkan, tekanan darah sistolik, dan saturasi oksigen (Higgins *et al.* 2008).

Dalam hal pengobatan, Poon *et al* (2010) memberikan solusi bahwa kesalahan pengobatan sebenarnya dapat dicegah, untuk membantu mencegah kesalahan tersebut teknologi telah dikembangkan untuk memferivikasi obat dengan memasukkan teknologi *bar code* dalam sistem obat administrasi elektronik (*Bar-code Emar*). Sistem administrasi pengobatan *bar code* (*bar code medication system/ BCMA*) merupakan sistem berbasis teknologi *barcode* yang dikombinasikan dengan koneksi internet melalui server dan sentral komputerisasi yang digunakan untuk meningkatkan akurasi data administrasi medis di unit pelayanan kesehatan. Produk ini pertama kali dikembangkan di Kansas, USA pada tahun 1995 dan pada perkembanganya teknologi ini digunakan sebagai sistem penunjang data di rumah sakit dan memberikan manfaat dalam meningkatkan angka keselamatan pasien Poon, 2010). BCMA mengidentifikasi potensi kecelakaan dan mengurangi kejadian *adverse eveent* obat.

KESIMPULAN

Patient safety merupakan suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Perawat *intensive* memiliki peranan penting dalam keselamatan pasien karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien. Sedikit perburukan pada pasien Perawat menjadi orang pertama yang mengetahui. *Patient safety* sering di hubungkan dengan *human error*, karena kesalahanya selalu diakibatkan manusia. Ketidakefektifan komunikasi dan kolaborasi antar tim perawat *intensive*, jam kerja yang *over load*, budaya keselamatan pasien dan *medication error*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, S., & Wittwer, W. (2004). Using Bar-Code Point-of-Care Technology for Patient Safety. *Journal for Healthcare Quality*, 26(6), 5-11.
- Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H. J., & Meltzer, D. O. (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 401-407.
- Bohomol E, Ramos LH, D'Innocenzo M. (2009). Medication errors in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 1259-1267.
- Carayon, P., & Alvarado, C. J. (2007). Workload and patient safety among critical care nurses. *Critical care nursing clinics of North America*, 19(2), 121-129.
- Chang SS, Teng CI, Hsu KH 2009. Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 65 Issue 10, 2088-2096.
- Carayon P, Hundt AS, Alvarado CJ, Springman SR & Ayoub P 2006. Patient safety in outpatient surgery: The viewpoint of the healthcare providers. 470-485.
- Çelik, S., Ugras, G. A., Durdu, S., Kubas, M., & Aksoy, G. (2008). Critical care nurses' knowledge about the care of deceased adult patients in an intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 26(1), 53.
- Cullen, D. J., Sweitzer, B. J., Bates, D. W., Burdick, E., Edmondson, A., & Leape, L. L. (1997). Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. *Critical care medicine*, 25(8), 1289-1297.
- Carayon, P., Wetterneck, T. B., Hundt, A. S., Ozkaynak, M., DeSilvey, J., Ludwig, B., ... & Rough, S. S. (2007). Evaluation of nurse interaction with bar code medication administration technology in the work environment. *Journal of Patient Safety*, 3(1), 34-42.
- Cooper M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Despins, L. A. (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical care nurse*, 29(2), 85-91.
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M. R., Sprung, C. L., ... & Cotev, S. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 23(2), 294-300.
- Flynn E.A & Baker K.N 1999. Medication errors research, 6-25.
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: a strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical care nurse*, 32(2), e9-e18.
- Higgins Y, Maries-Tillott C, Quinton S, Richmond Jo 2008. Promoting patient safety using an early warning scoring system. *Nursing Standard*, Vol 22 Issue 44, 35-40
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
- Huang, D. T., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L. A., Sexton, J. B., Rowan, K. M., & Angus, D. C. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(3), 151-161.

- Huang, D. T., Clermont, G., Sexton, J. B., Karlo, C. A., Miller, R. G., Weissfeld, L. A., ... & Angus, D. C. (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution*. *Critical care medicine*, 35(1), 165-176.
- Krimsky, W. S., Mroz, I. B., McIlwaine, J. K., Surgenor, S. D., Christian, D., Corwin, H. L., ... & Malayaman, N. (2009). A model for increasing patient safety in the intensive care unit: increasing the implementation rates of proven safety measures. *Quality and Safety in Health Care*, 18(1), 74-80.
- Kopp, B. J., Erstad, B. L., Allen, M. E., Theodorou, A. A., & Priestley, G. (2006). Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. *Critical care medicine*, 34(2), 415-425.
- Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J. T., ... & Czeisler, C. A. (2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1838-1848.
- Lockley, S. W., Cronin, J. W., Evans, E. E., Cade, B. E., Lee, C. J., Landrigan, C. P., ... & Czeisler, C. A. (2004). Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1829-1837.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85-i90.
- Laschinger H.K.S., Shamian J & Thomson D 2001. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economics*, Vol. 19, Issue 5, 209-219.
- Pronovost, P., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P. A., Simmonds, T., & Haraden, C. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of critical care*, 18(2), 71-75.
- Patterson, E. S., Rogers, M. L., Chapman, R. J., & Render, M. L. (2006). Compliance with intended use of bar code medication administration in acute and long-term care: an observational study. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 48(1), 15-22.
- Poon, E. G., Keohane, C. A., Yoon, C. S., Ditmore, M., Bane, A., Levtzion-Korach, O., ... & Gandhi, T. K. (2010). Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *New England Journal of Medicine*, 362(18), 1698-1707.
- Patterson, E. S., Cook, R. I., & Render, M. L. (2002). Improving patient safety by identifying side effects from introducing bar coding in medication administration. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9(5), 540-553.
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S. R., Holzmueller, C. G., ... & Sexton, J. B. (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of critical care*, 23(2), 207-221.
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British journal of anaesthesia*, 98(3), 347-352.
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit*. *Critical care medicine*, 37(5), 1787-1793.

- Rothschild, J. M., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Kaushal, R., Lockley, S. W., Burdick, E., ... & Bates, D. W. (2005). The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care*. *Critical care medicine*, 33(8), 1694-1700.
- Rothschild, J. M., Keohane, C. A., Cook, E. F., Orav, E. J., Burdick, E., Thompson, S., ... & Bates, D. W. (2005). A controlled trial of smart infusion pumps to improve medication safety in critically ill patients*. *Critical care medicine*, 33(3), 533-540.
- Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang, W. T., & Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 30-37.
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K., & Park, K. C. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and safety in health care*, 12(2), 112-118.
- Tracy, M. F. (2013). Patient Safety Issues in Critical Care. *AACN advanced critical care*, 24(4), 376-377.

JUDUL	Hubungan Antara Oksigenasi dan Tingkat Kesadaran pada Pasien Cedera Kepala Non Trauma di ICU RSUD Ulin Banjarmasin
PRESENTER	Rina Anggraini
AUTHOR (S)	Rina Anggraini, Ifa Hafifah
INSTITUSI	Rumah Sakit Umum Ulin, Kalimantan Selatan, Banjarmasin

ABSTRAK

Keberlangsungan hidup suatu sel dalam tubuh manusia memerlukan proses metabolisme dengan oksigen sebagai salah satu komponen terpenting. Ketidaksesuaian pemenuhan kebutuhan oksigen dapat memicu kerusakan sel termasuk organ utama seperti otak. Otak sebagai pusat kesadaran merupakan salah satu parameter pertama dalam penentuan terapi dan tindakan kegawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara pemenuhan kebutuhan oksigen dengan tingkat kesadaran pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Umum Ulin, Banjarmasin. Rancangan penelitian adalah korelasi dengan pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* yang dilakukan pada bulan Februari 2014. Alat ukur dalam penelitian ini adalah fraksi oksigen dan tingkat kesadaran pasien. Pengambilan data dilakukan pada hari pertama dan hari ke tiga perawatan, kemudian data dianalisa dengan statistik menggunakan *Chi Square Test* dengan $p\text{ value} < 0,05$. Hasil analisa statistik tingkat oksigenasi awal dan tingkat kesadaran kualitatif awal menunjukkan $p\text{ value} = 0,496$ ($p > 0,05$), sedangkan tingkat oksigenasi akhir dan tingkat kesadaran akhir menunjukkan $p\text{ value} = 0,017$ ($p < 0,05$). Kesimpulan terdapat hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala non trauma.

Kata kunci: oksigenasi, tingkat kesadaran, pasien cedera kepala non trauma

PENDAHULUAN

Setiap sel tubuh manusia membutuhkan oksigen untuk melaksanakan fungsi metabolisme, sehingga oksigen merupakan zat terpenting dalam kehidupan manusia. Mempertahankan oksigenasi adalah upaya untuk memastikan kecukupan pasokan oksigen ke jaringan atau sel. Oksigen (O_2) merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme, untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel tubuh, (Semedi dan Hardiono, 2012). Secara normal elemen ini diperoleh dengan cara menghirup udara ruangan dalam setiap kali bernafas. Penyampaian oksigen ke jaringan tubuh ditentukan oleh interaksi sistem respirasi, kardiovaskuler dan keadaan hematologis. Adanya kekurangan oksigen ditandai dengan keadaan hipoksia, yang dalam proses lanjut dapat menyebabkan kematian jaringan bahkan dapat mengancam kehidupan. Klien dalam situasi demikian mengharapkan kompetensi perawat dalaam mengenal keadaan hipoksemia dengan segera untuk mengatasi masalah, (Harahap, 2004).

Ketidaksesuaian pemenuhan kebutuhan oksigen dapat memicu kerusakan sel termasuk organ utama seperti otak. Meskipun hanya 2 persen dari berat badan otak membutuhkan 20% dari pemenuhan oksigen tubuh. Otak akan mulai mati dalam beberapa menit jika kekurangan oksigen. Kekurangan pemenuhan oksigen dapat menyebabkan kerusakan serius dalam kemampuan kognitif, fisik, psikologis dan fungsi

yang lain. Berbagai jenis proses penyakit dan cedera dapat menyebabkan hipoksia dan anoksia pada otak (FCA, 2004).

Cedera kepala non trauma adalah segala jenis cedera pada otak yang tidak disebabkan oleh sumber fisik melainkan lebih pada keracunan, tumor, infeksi dan penyakit degenerative. Otak merupakan organ utama yang bertanggung jawab dalam memelihara tingkat kesadaran. Untuk berfungsi dengan normal otak memerlukan jumlah oksigen dan glukosa yang adekuat, (Lights, 2012). Pada kasus cedera otak pasien sering mengalami penurunan kesadaran, tetapi hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran masih belum jelas. Penurunan tingkat kesadaran dapat dihubungkan dengan outcome yang buruk, bahkan beberapa ahli menyarankan jika tingkat kesadaran pasien untuk dipertimbangkan menjadi bagian tanda-tanda vital (Pressman, 2014). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara pemenuhan kebutuhan oksigen dengan tingkat kesadaran pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Umum Ulin, Banjarmasin.

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi dengan menggunakan rancangan prospektif menggunakan pengukuran tingkat kesadaran secara kualitatif dan pemberian fraksi oksigen. Pengukuran dan pengkajian data diambil pada hari pertama dan hari ketiga perawatan pasien dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU).

B. Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan cedera kepala non trauma dengan usia lebih dari 18 tahun dan mendapatkan perawatan di ICU dewasa di Rumah Sakit Ulin Banjarmasin. Pengambilan sampel dengan menggunakan consecutive sampling dikarenakan tidak diketahui dengan pasti jumlah populasi, dan didapatkan sebanyak 11 pasien.

C. Instrumen Penelitian

- 1) Flow meter
- 2) Kualitatif Glasgow Outcome Scale

D. Variabel Penelitian

- 1) Variable independen : Oksigenasi
- 2) Variable dependen : Tingkat kesadaran

E. Analisa Data

Analisa data menggunakan uji wilcoxon dengan $p\ value < 0.05$.

F. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 1 s.d 28 Pebruari 2014 di *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Ulin Kalimantan Selatan Banjarmasin.

HASIL PENELITIAN

Pada penelitian ini didapatkan jumlah sampel sebanyak 11 pasien, yang terdiri laki-laki berjumlah 6 orang, dan 5 perempuan, dengan usia lebih dari 18 tahun. Tabel 1 menunjukkan pengukuran pada hari pertama dan ketiga oksigenasi yang diberikan pada pasien cedera kepala non trauma dan tabel kedua menunjukkan tingkat kesadaran pasien pada pasien cedera kepala non trauma.

Tabel 1. Pengukuran Pemberian Oksigen pada Hari Pertama dan Ketiga pada Pasien Cedera Kepala Non Trauma

Nomor	Tingkat oksigenasi	Hari pertama		Hari Ketiga	
		Sampel Total	Persentase	Sampel Total	Persentase
1.	Aliran tinggi Konsentrasi tinggi	1	9%	3	27%
2.	Aliran tinggi konsentrasi rendah	1	9%	0	0%
3.	Aliran rendah konsentrasi tinggi	3	27%	3	27%
4.	Aliran rendah konsentrasi rendah	6	55%	5	45%

Tabel 2. Pengkajian Tingkat Kesadaran Kualitatif pada Hari Pertama dan Ketiga pasien Cedera Kepala Non Trauma

Nomor	Tingkat Kesadaran	Tingkat Kesadaran Hari Pertama		Tingkat Kesadaran Hari Ketiga	
		Sampel Total	Percentage	Sampel Total	Percentage
1.	Coma	1	9%	2	18%
2.	Sopor coma	2	18%	3	27%
3.	Sopor	5	45%	1	9%
4.	Somnolent	2	18%	2	18%
5.	Apatis	0	0%	3	27%
6.	Composmentis	1	9%	3	27%

Analisa statistik pada penelitian ini menggunakan chi square test dengan *p value* < 0.05. Tabel 3 menunjukkan analisa statistik tingkat oksigenasi awal dan tingkat kesadaran awal pasien cedera otak non-trauma dan tabel 4 menunjukkan analisa statistik tingkat oksigenasi akhir dan tingkat kesadaran akhir pada pasien cedera otak non trauma.

Tabel 3. Analisa Statistik Hubungan Tingkat Oksigenasi Awal dan Tingkat Kesadaran Awal pada Pasien Cedera Kepala Non Trauma

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.389 ^a	10	.496
Likelihood Ratio	10.920	10	.364
Linear-by-Linear Association	1.669	1	.196
N of Valid Cases	14		

a. 18 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

Tabel 4. Analisa Statistik Hubungan Tingkat Oksigenasi Akhir dan Tingkat Kesadaran Akhir pada Pasien Cedera Kepala Non Trauma

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28.778 ^a	15	.017
Likelihood Ratio	28.119	15	.021
Linear-by-Linear Association	6.210	1	.013
N of Valid Cases	14		

a. 24 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

PEMBAHASAN

Terapi oksigen adalah pemberian oksigen dengan konsentrasi yang lebih tinggi dari udara ruangan untuk mengatasi atau mencegah hipoksia. Banyak cara yang bisa digunakan untuk memberikan oksigen dengan berbagai konsentrasi oksigen yaitu lebih dari 21% sampai 100%, tergantung pada alat atau metode terapi digunakan (Semedi dan Hardiono, 2012). Hasil analisa statistik awal dalam penelitian ini hubungan antara tingkat oksigenasi awal dan tingkat kesadaran awal pasien cedera otak non trauma didapatkan nilai $p = 0,496$ ($p > 0,05$), ini menunjukkan H_1 ditolak yang berarti tidak terdapat hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala non trauma. Sedangkan hasil analisa statistik akhir dalam penelitian ini hubungan antara tingkat oksigenasi akhir dan tingkat kesadaran akhir pasien cedera kepala non trauma didapatkan nilai $p = 0,017$ ($p < 0,05$), ini menunjukkan H_1 diterima yang berarti terdapat hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala non trauma.

Pada awal penelitian ini didapatkan hasil nilai $p > 0,05$ bahwa tidak terdapat hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran, hal ini bisa terjadi dikarenakan pasien masih dalam tahap awal mendapatkan oksigenasi dan manajemen terapi di ruang Intensive Care Unit (ICU), sehingga tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pemberian oksigen dengan tingkat kesadaran pasien. Pada akhir penelitian (hari ke 3) didapatkan hasil nilai $p < 0,05$ bahwa terdapat hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran, hal tersebut bisa terjadi dikarenakan pasien dalam hari perawatan ke tiga telah mendapat oksigenasi dan manajemen terapi di ruang ICU selama beberapa waktu sehingga didapatkan perbaikan kondisi pasien.

Penelitian ini sesuai dengan konsep lama menyatakan bahwa pada pasien stroke dan cedera kepala trauma bisa disebabkan oleh kematian sel otak dikarenakan gangguan aliran darah sehingga kekurangan oksigen dalam bagian otak tersebut. Dan pada konsep yang baru menyatakan kematian sel-sel otak terjadi hanya terjadi ketika aliran darah jatuh di bawah 8-10ml/100gr/menit, sementara jika aliran darah melebihi nilai tersebut sel akan tetap hidup tetapi masih belum bisa berfungsi (Steenblock dan David A, 1998).

KESIMPULAN

Kesimpulan dalam penelitian ini terdapat hubungan antara oksigenasi dengan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala non trauma.

DAFTAR PUSTAKA

- Blyth, B., J., & Bazarian, J., J. (2010). Traumatic alterations in consciousness: Traumatic brain injury. *Emerg Med Clin North Am*, 28(3), 571-594
- Brain Injury Centre. 2008.
http://www.braininjurycentre.com.au/aus/index.php?option=com_content&id=145&Itemid=220
- Family Care Giver (FCG), 2004. Anoxic and Hipoxic Brain injury.
http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=575 .
- Harahap. 2004. Terapi Oksigen dalam Asuhan Keperawatan.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3583/1/keperawatan-ikhسانuddin2.pdf>
- LBFD Training Center. Altered level of consciousness. Retrieved March 27, 2014, from
<http://www.lbfdtraining.com/Pages/emt/sectionb/alloc.html>
- Pressman. (2014). Disorders of consciousness. Retrieved April 3, 2014, from
<http://neurology.about.com/od/NervousSystem/a/Disorders-Of-Consciousness.htm>
- Semedi dan Hardiono, 2012. Pemantauan Oksigenasi. <http://perdici.org/wp-content/uploads/mkti/2012-02-02/mkti2012-0202-085093.pdf>
- Steenblock, David A, 1998. Hyperbaric Oxygen for Treatment of Stroke and Traumatic Brain Injuries. *Journal of Naturopatic Medicine*. Vol.8 Issue 1, p61, 7p

JUDUL	Kualitas Hidup Lansia dengan Terapi Komplementer Secara Mandiri
PRESENTER <i>AUTHOR (S)</i>	Agustina Ari Handayani Agustina Ari Handayani
INSTITUSI	STIKES An-Nur Purwodadi

ABSTRAK

Proses menua akan dialami semua orang. Indonesia menduduki peringkat keempat di dunia dengan jumlah lansia 24 juta jiwa pada tahun 2013. Kondisi ini membutuhkan perhatian danantisipasi dari segi kesehatan agar menjamin kualitas hidup lansia. Penggunaan terapi komplementer semakin mengalami peningkatan sesuai kondisi lansia dan biaya perawatan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi kualitas hidup lansia dengan terapi komplementer secara mandiri.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan purposive sampling. Sampel sebanyak 12 partisipan yang terdiri dari 6 orang lansia dengan kriteria inklusi: berusia 60-65 tahun, tidak *bed rest*, telah menerima pelatihan akupresur dan *self hypnosis* dari peneliti, melakukan akupresur dan *self hypnosis* secara mandiri, menikah dan 6 anggota keluarga dari tiap lansia yang tinggal dalam satu rumah. Penelitian dilakukan selama 3 (tiga) bulan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terstruktur dan observasi. Analisa data menggunakan metode Collaizi.

Tujuh tema telah diidentifikasi yaitu kesehatan fisik, kemampuan fungsional, keluarga, kemampuan ekonomi, kebiasaan, spiritual dan lingkungan.

Lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri memiliki potensi kualitas hidup positif.

Keluarga mempunyai peran yang penting terhadap kesediaan lansia melakukan terapi komplementer secara mandiri. Penelitian lanjut melalui kajian kuantitatif perlu dilakukan untuk mendapatkan data kualitas hidup yang lebih mewakili populasi dengan menggunakan instrumen yang dikembangkan berdasarkan hasil tema yang sudah teridentifikasi dari penelitian ini.

Kata Kunci: lansia, terapi komplementer mandiri

PENDAHULUAN

Proses menua akan dialami semua orang. Indonesia menduduki peringkat keempat di dunia dengan jumlah lansia 24 juta jiwa pada tahun 2013. Kondisi ini membutuhkan perhatian danantisipasi dari segi kesehatan agar menjamin kualitas hidup lansia. Banyak lansia menggunakan terapi komplementer untuk manajemen kesehatan mereka. Pengobatan komplementer adalah pengobatan alternatif yang digunakan bersama-sama dengan pengobatan medis konvensional yang terbukti dengan metode ilmiah sehingga meningkatkan efektivitas atau melengkapi pengobatan. Manfaatnya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (National Institute Health ,2013 ; Mustikowati, 2012).

Arcury dkk (2009), menunjukkan bahwa 27,7% lansia menggunakan terapi komplementer. Penggunaan ini pada etnis Asia yang berpendidikan tinggi prosentasenya lebih besar. Pendapat ini diperkuat dengan survey yang dilakukan Williamson dkk (2003) bahwa 40,5% lansia yang diwawancarai menggunakan terapi komplementer untuk meningkatkan kualitas hidup, sedangkan 54,8% menyatakan untuk

menghilangkan rasa sakit. Penggunaan terapi komplementer semakin mengalami peningkatan sesuai kondisi lansia dan biaya perawatan kesehatan.

Penelitian terbatas pada 12 (dua belas) lansia yang dilakukan oleh Handayani (2014), menyatakan bahwa perlakuan akupresur dan *self hypnosis* dengan memasukkan kata-kata positif dan menyemangati diri dapat meningkatkan aspek kenyamanan secara umum pada lansia saat perubahan cuaca/pancaroba dengan indikator: fisik, lingkungan, psikospiritual dan sosial. Perlakuan akupresur dan *self hypnosis* dapat meningkatkan pelepasan hormon, juga meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, sehingga kelelahan berkurang, dan ketegangan di tubuh mereka segera mereda.

Aspek kenyamanan secara umum apabila dikelola terus menerus akan mampu meningkatkan kesehatan diri atau kualitas hidup. Penggunaan terapi komplementer secara mandiri pada lansia menjadi suatu kajian yang layak untuk dieksplorasi.

METODE

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi kualitas hidup lansia dengan terapi komplementer secara mandiri. Penelitian ini menggunakan disain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah mengeksplorasi kesehatan fisik lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri, mengeksplorasi kemampuan fungsional lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri, mengeksplorasi keluarga lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri, mengeksplorasi kemampuan ekonomi lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri, mengeksplorasi kebiasaan/*life style* lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri, mengeksplorasi spiritual lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri, mengeksplorasi lingkungan lansia yang melakukan terapi komplementer secara mandiri.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk mendapatkan penilaian kualitas hidup dan pengalaman lansia selama melakukan terapi komplementer secara mandiri. Sampel penelitian sebanyak 12 partisipan berada di wilayah Kelurahan Purwodadi yang terdiri dari 6 orang lansia (kriteria inklusi: berusia 60-65 tahun, tidak *bed rest*, telah menerima pelatihan akupresur dan *self hypnosis* dari peneliti, melakukan akupresur dan *self hypnosis* secara mandiri, menikah) dan 6 anggota keluarga dari tiap lansia yang tinggal dalam satu rumah.

Sampel diambil secara purposive dengan meminta kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Prosedur pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam/*indepth interview* secara individu dengan menggunakan panduan pertanyaan terbuka seperti: “Bagaimana kondisi kesehatan anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”, “Bagaimana aktivitas anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”. “Bagaimana dukungan keluarga anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”. “Bagaimana kemampuan ekonomi anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”. “Bagaimana kebiasaan/*life style* anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”. “Bagaimana kondisi spiritual anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”.

Bagaimana dukungan lingkungan anda selama menggunakan terapi komplementer secara mandiri?”.

Setiap responden menghabiskan waktu antara 30-40 menit dalam proses wawancara yang langsung direkam melalui *handphone* setelah mendapatkan izin dari responden.

Validasi langsung dilakukan peneliti bila ada yang kurang jelas dari jawaban responden. Analisis data dilakukan dengan membaca transkrip hasil wawancara.

Analisis menggunakan kode tema untuk mengidentifikasi konsep kunci dan tema dalam data. Analisis data ini digunakan untuk mendapatkan makna dari penilaian kualitas hidup, dan pengalaman dari responden untuk menggambarkan elemen-elemen kunci. Izin etik penelitian ini diperoleh dari Kesbangpolinmas Kabupaten Grobogan. Surat persetujuan kesediaan menjadi responden juga diminta ditandatangani sebelum wawancara dilakukan. Identitas responden dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk keperluan analisis data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Responden dalam penelitian ada 12 orang yang terdiri dari 6 orang ibu dengan anak balita penderita pneumonia dengan latar belakang pendidikan sekolah dasar (SD) 2 orang, sekolah menengah pertama (SMP) 3, sekolah menengah atas (SMA) 4 orang dan perguruan tinggi (PT) 3 orang.

Penelitian ini menemukan 7 (tiga) tema utama yang berhubungan dengan kualitas hidup setelah dikaji dari pernyataan-pernyataan yang disampaikan responden sampai dengan tahap saturasi data yaitu kesehatan fisik, kemampuan fungsional, keluarga, kemampuan ekonomi, kebiasaan, spiritual dan lingkungan.

Kesehatan Fisik. Tema ini teridentifikasi dari sub tema memiliki kondisi sehat, mengingat konsep ruang dan waktu, hidup tanpa rasa nyeri hebat, tidur dengan tenang

Hal ini didukung oleh beberapa pernyataan di bawah ini:

R1: “Kula mpun kraos seger badanipun, mboten gampang watuk, pilek lan ngg्रेसesi” (Badan terasa bugar, tidak mudah terserang batuk, pilek dan demam).

R8: “Beliau lebih mudah mengingat sekarang, hari ini hari apa dan tanggal berapa, biasanya bangun tidur saja bingung, ini siang atau malam?”

R2: “Awake pun radi sekeca niki, mboten gampang kemeng, panas lan kraos kesel” (Badan terasa lebih enak, tidak mudah nyeri, panas dan lelah).

R9: “Beliau tidur nyenyak, tidak gelisah, sangat tenang.

Kemampuan Fungsional- teridentifikasi dari sub tema mampu merawat diri sendiri, aktif dalam kegiatan bermasyarakat, bantuan orang lain.

R10: “Beliau hanya diawasi saja dari luar saat mandi, takut terjatuh di kamar mandi. Makan dan minum masih bisa dilakukan sendiri. Berpakaian juga sudah dapat dilakukan sendiri”.

R4: “Saya sering ikut arisan di kampung, pengajian apalagi badannya sekarang lebih seger”.

R7: “Kalau badan enak dan seger, bisa pergi kemana-mana, pikiran jadi lebih senang”.

Keluarga-teridentifikasi dari sub tema keluarga diingatkan oleh keluarga, bersedia menerima saran, mengetahui manfaat terapi komplementer.

R6: “Saya menemani beliau, terkadang cukup menunggu saja saat melakukan terapi komplementer mandiri”.

R7: “Beliau sangat bersemangat menerima saran saya karena ingin menjaga kesehatan meskipun sudah sepuh”.

R8: “Terapinya sangat membantu, jelas ngga mudah sakit, badan juga lebih bugar”.

Kemampuan ekonomi-identifikasi sub tema berdasarkan menikmati waktu pensiun, tercukupi kebutuhan pokok.

R1: “Awak penak saged santai, dolan-dolan panggenan putune” (Badan enak bisa santai, main ke tempat cucu).

R3:” Badan sehat cari uang lancar, bisa buat hiburan biar ada kegiatan. Cukup buat kebutuhan sehari-hari. Ngga usah ngoyo yang penting ada”.

Kebiasaan/life style- identifikasi sub tema berdasarkan menikmati makanan sehat, olahraga ringan, terapi komplementer mandiri.

R1: “Kula riyin jaman enem madhang niku sak senenge, lha kraose sak niki, waune nggih angel nedhi ngeten. Suwe-suwe biasa, banjur awake kepenak” (Dulu, saat masih muda, saya kalau makan sesuai selera. Sekarang baru menerima akibatnya. Makan makanan sehat sangat terpaksa, lama-lama terbiasa karena badan lebih sehat.

R3 : Olahraga untuk orangtua ternyata beda ya, ngga terlalu berat terus lebih melatih otot. Tadinya, saya pikir kalau orang tua ngga perlu olahraga ternyata masih perlu.

R5: Terapinya seperti olah raga otak membuat kita berpikiran baik, semangat. Kalau kayak gitu kog badan terasa enteng.

Spiritual- teridentifikasi dari sub tema perasaan damai, tujuan hidup tercapai, rasa syukur

R9: “Uring-uringanya berkurang. Lebih tenang, keluh-kesahnya juga berkurang”.

R5: “Semuanya sudah lengkap, ibadah lancar, anak-anak bisa hidup mandiri, tidak perlu pontang-panting mikir sana-sini, yang penting saya usaha tetap sehat dan tidak membebani anak-anak”.

R10: “Bersyukur, bisa menerima perkembangan kesehatannya, tidak mengharapkan sekuat usia muda”.

Lingkungan-sub tema teridentifikasi adalah kontribusi dan role play terapi komplementer

R4 : Peserta arisan mempunyai jatah mengisi materi, saya mengenalkan terapi komplementer mandiri.

R5: Belajar bersama terapi komplementer mandiri sangat menyenangkan meski ada peserta yang belum merasa perlu.

Fokus dari kualitas hidup lansia adalah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia dan kebutuhan untuk memilih. Kesehatan adalah kebutuhan dasar dan modal utama untuk mencapai kualitas hidup yang terbaik. Terapi komplementer berperan penting dalam meningkatkan kebutuhan dasar kesehatan karena memberikan terapi holistik mencakup unsur *mind-body* dan *spirit*.

Kualitas hidup lansia yang menggunakan terapi komplementer dapat dilihat tujuh tema.

Tema Kesehatan fisik berdasarkan kondisi fisik bila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Semiun (2006), seseorang dikatakan sehat apabila tidak mengeluh sakit dan semua organ fisik terlihat normal. Penelitian Handayani (2014), mengungkapkan bahwa perlakuan akupresur dan *self hypnosis* dapat meningkatkan pelepasan hormon, juga meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, sehingga kelelahan berkurang, dan ketegangan di tubuh mereka segera mereda.

Kemampuan fungsional lansia berkaitan dengan kemampuan lansia melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari. Ruhidawati (2005) mengartikan kemandirian merupakan suatu keadaan dimana seorang individu memiliki kemauan dan kemampuan berupaya untuk memenuhi tuntutan kebutuhan hidupnya secara sah, wajar dan bertanggung jawab terhadap segala hal yang dilakukannya, namun demikian tidak berarti bahwa orang yang mandiri bebas lepas tidak memiliki kaitan dengan orang lain.

Berdasarkan pernyataan responden terapi komplementer mampu mempertahankan aktivitas fisik lansia.

Keluarga-Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga lain. Menurut Friedman (1998), keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan klien penerima asuhan keperawatan, keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan keperawatan yang diperlukan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Bila salah satu dari anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, maka sistem didalam keluarga akan terganggu. Peranan keluarga sangat besar dalam keberhasilan pelaksanaan terapi komplementer mandiri.

Kemampuan ekonomi- Potensi lansia yang masih dapat diupayakan dalam pemenuhan kebutuhan hidup.

Menurut Riadi(2013), masyarakat Indonesia cenderung menempatkan masyarakat lanjut usia (lansia) sebagai hal yang paling istimewa. Hal ini menyebabkan lansia Indonesia masih tergantung pada orang lain khususnya keluarga.

Berdasarkan pendapat responden, para lansia masih berpotensi dalam memenuhi kebutuhan hidup apabila dalam kondisi sehat.

Kebiasaan/ life style-Gaya hidup lansia yang harus berubah karena usia dan status kesehatan. Responden menyatakan bahwa mereka yang melakukan terapi komplementer bersamaan dengan olah raga ringan dan mengkonsumsi makanan sehat merasakan peningkatan status kesehatan. Hal ini sependapat dengan penelitian Diana dkk (2008), gaya hidup yang sehat disertai dengan konsumsi suplemen, jamu dan tanaman obat mampu berperan dalam kesehatan promotif dan preventif pada lansia.

Spiritual-kebutuhan dasar pada lansia yang merupakan pencapaian tertinggi dalam hidupnya. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta rasa keterikatan, kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf. Sesuai pernyataan dari (Hamid dkk, 2000), dimensi spiritual ini berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik atau kematian.

Lingkungan-Peranan lingkungan sosial sangat penting dalam pengembangan terapi komplementer mandiri untuk meningkatkan kualitas hidup bagi lansia.

Kesempatan interaksi sosial pada lansia cenderung menurun disebabkan oleh kerusakan kognitif, kematian teman, fasilitas hidup atau *home care* (Estelle, Kirsch, & Pollack, 2006). Kebutuhan untuk berinteraksi dengan orang lain akan dimiliki oleh individu sampai akhir hayat. Namun, sebagian dari individu masih merasa kesepian ketika tidak memiliki lawan interaksi untuk berbagi masalah (Annida, 2010).

Berdasarkan pernyataan responden bahwa materi terapi komplementer merupakan kesempatan untuk berinteraksi dan menggerakkan lansia lain yang ada di sekelilingnya.

SIMPULAN

Penggunaan terapi komplementer mempunyai potensi positif untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Tema yang ditemukan pada kualitas hidup lansia ada 7 (tujuh), yaitu: kesehatan fisik, kemampuan fungsional, keluarga, kemampuan ekonomi, kebiasaan, spiritual dan lingkungan. Ketujuh tema tersebut dapat dipergunakan sebagai indikator keberhasilan terapi komplementer mandiri pada lansia untuk meningkatkan kualitas hidup.

UCAPAN TERIMA KASIH

Anita Lufianti S.Kep, Ns, M.Kes selaku ketua STIKES AN NUR Purwodadi.

Responden yang telah banyak terlibat dalam mempersiapkan perizinan untuk riset saya.

DAFTAR ACUAN

- Arcury TA, Suerken CK, Grzywacz JG, et al. 2006. Complementary and alternative medicine use among older adults: Ethnic variation. *Ethn Dis*;16:723–731.
- Annida (2010). Memahami Kesenian. Diambil tanggal 10 September 2013 dari <http://www.scribd.com/doc>
- Diana R, Katrin Roosita dan Ali Khomsan, 2008. Gaya Hidup, Konsumsi Suplemen, Jamu, Tanaman Obat dan Status Kesehatan Lansia di Kabupaten Bogor, *Jurnal Gizi dan Pangan*: Juli 3(2): 118 – 123.
- Estelle, Kirsch, & Pollack, (2006). Enhancing Social Interaction in Elderly Communities.
- Friedman MM, 1998. Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik .Edisi 3. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Hamid AY dkk, 2000. Keperawatan Jiwa. Edisi 3, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Handayani A.A, 2014. Self Hypo Acupressure for Improving General Comfort In Elderly During Extremely Rainy Season. Abstract for 10th International Seminar On Disaster: Community Empowerment for Disaster Mitigation and Rehabilitation.
- Mustikowati, 2012. Pengobatan tradisional komplementer- alternatif. Diambil tanggal 20 Maret 2014 dari http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&vivi=article&id=66:pengobat-p-komplementer-tradisional-alternatif.
- National Institute Health, 2013. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? diambil pada tanggal 18 Maret 2014 dari <http://nccam.nih.gov/health/wwhatiscam>
- Riadi K, 2013. Pemberdayaan Ekonomi Lansia diambil tanggal 20 April 2014 dari <http://event-archives.litbang.depkes.go.id/jspui/bitstream/123456789/17/1/PEMBERDAYAAN%20EKKONOM%20BAGI%20LALANS.pdf>
- Ruhidawati C. 2005. Pengaruh pola pengasuhan, kelompok teman sebaya dan aktivitas remaja terhadap kemandirian [Tesis]. Bogor. Program Pascasarjana, Institut Pertanian Bogor.
- Semiun Y, 2006. *Kesehatan Mental*. Yogyakarta : Penerbit Kanisius
- Williamson AT, Fletcher PC, Dawson KA. 2003, Complementary and alternative medicine: Use in an older population. *J Gerontol Nurs*;29:20–28.

JUDUL	Perilaku Orang Tua dalam Tindakan Pencegahan Demam Berdarah pada Keluarga di Dusun Nogotirto, Sleman, Yogyakarta
PRESENTER <i>AUTHOR (S)</i>	Vivi Leona Amelia Vivi Leona Amelia
INSTITUSI	Departemen Kedokteran Tropis, Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Salah satu dari penentu utama untuk mengontrol virus dengue adalah dengan pemberantasan vektor, yang terdapat sangat dekat dengan lingkungan rumah. Pada tahap pencegahan individual, peningkatan kesadaran masing-masing rumah tangga dalam kegiatan kesehatan lingkungan rutin dapat membantu mengendalikan kejadian DF dan DHF, termasuk dari menurunkan sumbernya dan juga penerepan dari perlindungan pribadi yang tepat.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei *cross-sectional*. *The Prevention and Control of DF and DHF Guidelines Revised from WHO* digunakan untuk mengukur perilaku pencegahan. Total 137 direkrut sebagai responden, dengan menggunakan metode pemilihan *stratified* dan *random*. Analisis deskriptif digunakan untuk menunjukkan besarnya perolehan hasil pada masing-masing *aitem* yang ada pada kuesioner.

Hasil penelitian didapatkan 100% untuk *reponse rate* dari seluruh kuesioner yang dibagikan. Manajemen lingkungan mendapatkan angka tertinggi dari responden yaitu sebesar 32.71%, dengan total *mean* pelaksanaan yaitu 2.82 ± 1.21 ; pada perilaku penggunaan kontrol kimia menunjukkan 27.16%, dengan 2.32 ± 1.6 ; perilaku perlindungan pribadi menunjukkan 20,98%, dengan 1.664 ± 0.84 ; dan perilaku yang terakhir yaitu penggunaan kontrol biologis sebesar 19.13%, dengan 1.79 ± 1.584 .

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan yang ditunjukkan dari responden paling tinggi yaitu manajemen lingkungan, tetapi nilai dari pelaksanaan sangat jauh dari yang diharapkan. Rendahnya nilai dari perlindungan pribadi dapat menjadi kebiasaan masyarakat yang berdampak pada buruknya penerapan sehari-hari dalam perlindungan pribadi, mereka dapat terkena transmisi dengue dari luar rumah.

Kata kunci: Perilaku Pencegahan, Demam Berdarah, Keluarga

PENDAHULUAN

Demam berdarah merupakan infeksi arbovirus yang banyak terdapat pada daerah tropis dan sub tropis¹. Penentu utama untuk mengontrol virus dengue adalah dengan pemberantasan vector, pengenalan kasus secara dini, dan manajemen klinis yang adekuat^{2,3}. Angka kejadian demam berdarah meningkat pada akhir dekade ini. Lebih dari 2,5 juta orang dan hampir 40% penduduk di dunia saat ini beresiko untuk terjadinya demam berdarah. *World Health Organization* (WHO) mengestimasi 500.000 dengan dengue membutuhkan hospitalisasi, dan proporsi terbesar yaitu anak-anak, dengan angka mortalitas 2,5%⁴. Alasan demam berdarah merupakan kasus yang menjadi perhatian termasuk diantaranya dari peningkatan perpindahan penduduk, perdagangan internasional dan akses perhubungan yang dapat memindahkan vektor dan juga virus^{4,5}.

Virus dengue sangat dekat dikatakan sebagai masalah perkotaan, namun dikenali juga secara signifikan terjadi pada daerah rural yaitu daerah Asia Tenggara, salah satu daerah yang endemis yaitu Indonesia⁶. Faktor yang bertanggung jawab pada kembali endemisnya kejadian demam berdarah yaitu tidak dapat diprediksinya pertumbuhan populasi manusia, tidak terencananya dan tidak terkontrolnya urbanisasi, tidak

adekuatnya manajemen limbah dan pasokan air, pertumbuhan distribusi dan kepadatan vektor nyamuk, kurang efektifnya pengontrolan nyamuk, meningkatnya perpindahan dan penyebaran virus dengue, penurunan dari infrastruktur kesehatan masyarakat⁶. Salah satu dari penentu utama untuk mengontrol virus dengue adalah dengan pemberantasan vektor, yang terdapat sangat dekat dengan lingkungan rumah.

Untuk mencapai keberlanjutan dari program pengontrolan vektor demam berdarah, sangat penting untuk fokus pada pengurangan sumber larva dan memiliki kerjasama yang baik pada sektor non-kesehatan, seperti organisasi non pemerintahan, organisasi kemasyarakatan dan kelompok masyarakat, untuk memastikan pengertian masyarakat dan keterlibatannya dalam implementasi⁷. Kesuksesan dan keberlanjutan dari program pengendalian *Ae. Aegypti* harus melibatkan hubungan dari pemerintah dan komunitas masyarakat. Partisipasi komunitas didefinisikan sebagai proses dimana masing-masing individu, keluarga dan komunitas masyarakat termasuk dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pengontrolan vektor untuk memastikan program yang diatur apakah sesuai dengan keinginan masyarakat dan memprioritaskan dari siapa yang tinggal di komunitas dan meningkatkan kesadaran sendiri dari diri masyarakat tersebut. Partisipasi komunitas merupakan metode yang paling menjanjikan untuk keberlanjutan dan program pengontrolan jangka panjang, dan ini merupakan strategi yang penting dalam pengontrolan demam berdarah⁶.

Pada tahap individual, penting adanya dorongan terhadap setiap anggota keluarga untuk mengimplementasikan kebiasaan rutin langkah-langkah pencegahan demam berdarah, termasuk dari pengurangan sumber dan implementasi perlindungan personal. Keluarga merupakan unit terkecil dari suatu komunitas, pencegahan yang utama berasal dari lingkungan rumah. Keluarga juga sebagai suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah dalam kelompoknya⁸. Pada penelitian kali ini akan mengetahui bagaimana anggota keluarga terutama orang tua dalam melakukan pencegahan terhadap demam berdarah di lingkungan keluarganya.

METODE

Penelitian ini dilakukan di Dusun Nogotirto, Sleman, Yogyakarta, menggunakan survei *cross-sectional* dilakukan antara 19 April hingga 10 Mei 2014. Pemilihan responden menggunakan sistem *stratified* dan pemilihan secara *random*. Kriteria inklusi yaitu orang tua pada setiap keluarga yang berada di daerah penelitian Nogotirto, dapat berbahasa Indonesia dan bersedia sebagai responden. Kriteria eksklusi yaitu sedang tidak berada ditempat saat penelitian berlangsung. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan total 137 responden.

The Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever Guidelines Revised dari WHO digunakan untuk mengukur perilaku pencegahan demam berdarah pada tahap lingkungan keluarga. Kuesioner tersebut telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Terdapat 15 aitem pertanyaan, 8 aitem untuk manajemen lingkungan, 5 aitem untuk perlindungan pribadi, 1 aitem untuk kontrol biologis, dan 1 aitem untuk kontrol kimia. Terdapat 5 kategori jawaban yaitu tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering dan selalu.

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, peneliti memberikan pertanyaan setelah menjelaskan cara menjawab dan setelah mendapat persetujuan dari responden. Setiap responden diberi pertanyaan satu-persatu yang dibacakan oleh peneliti, dan peneliti memberikan tanda pada jawaban responden.

Analisa data menggunakan analisis deskriptif untuk mengetahui distribusi frekuensi, presentase dan mean dari masing-masing karakteristik responden, dan juga untuk masing-masing aitem kuesioner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Total dari 137 kuesioner yang diberikan, seluruh kuesioner kembali kepada peneliti (*response rate* 100%), dan seluruh pertanyaan terjawab oleh responden, sehingga tidak ada nomer yang dikosongkan.

Karakteristik responden

Diantara 137 responden terdapat 55 laki-laki (40.14%) dan 82 wanita (59.86%). Rata-rata untuk usia responden adalah 42.18 tahun, paling banyak untuk masing-masing *gender* adalah antara usia 46-55 tahun. Taraf pendidikan telah baik, yaitu telah banyak yang mengenyam pendidikan hingga pendidikan menengah, pada laki-laki paling tinggi pada tahap SMP (40%) dan pada wanita paling banyak pada tahap SMA (36.85%).

Rata-rata responden telah memiliki anak (2.08), dan untuk jumlah anggota keluarga lain yang tinggal bersama yaitu rata-rata 1.27, yang berarti dalam suatu rumah bukan hanya keluarga kecil, namun bisa dengan kriteria *complex family*. Sebanyak 89.09% dari responden laki-laki bekerja, dan hanya 25.6% responden wanita yang bekerja, sehingga peran ayah sebagai pencari nafkah berjalan pada sistem keluarga di lingkungan komunitas ini, rata-rata penghasilan perbulan dari responden juga dikatakan cukup, sesuai dengan Upah Minimum Provinsi (UMP) DIY.

Tabel 1. Karakteristik responden wilayah penelitian Dusun Nogotirto (n=137)

Karakteristik responden	Laki-laki (n=55)	Wanita (n=82)	Mean ± SD
Usia			42.18±1.1
17-25	4 (7.27%)	13 (15.85%)	
26-35	11 (20%)	14 (17.07%)	
36-45	4 (7.27%)	16 (19.51%)	
46-55	25 (45.45)	35 (42.68%)	
56-65	11 (20%)	4 (4.8%)	
Pendidikan			
Tidak sekolah	0 (0%)	10 (12.19%)	
SD	5 (9.09)	15 (18.29%)	
SMP	22 (40%)	27 (32.92%)	
SMA	16 (29.09%)	30 (36.58%)	
Pendidikan tinggi	12 (21.81%)	0 (0%)	
Jumlah anak			2.08±0.89
Belum	0 (0%)	4 (4.8%)	
1	10 (18.18%)	18 (21.95%)	
2	28 (50.9%)	38 (46.34%)	
>3	17 (30.9%)	22 (26.82%)	
Status pekerjaan			
Bekerja	49 (89.09%)	21 (25.6%)	
Tidak bekerja	6 (10.9%)	61 (74.39%)	
Penghasilan			
<Rp. 1 jt	13 (23.63%)	30 (36.58%)	
Rp. 1 jt – 2 jt	24 (43.63%)	40 (48.78%)	
>Rp. 2 jt	18 (32.7250)	12 (14.63%)	

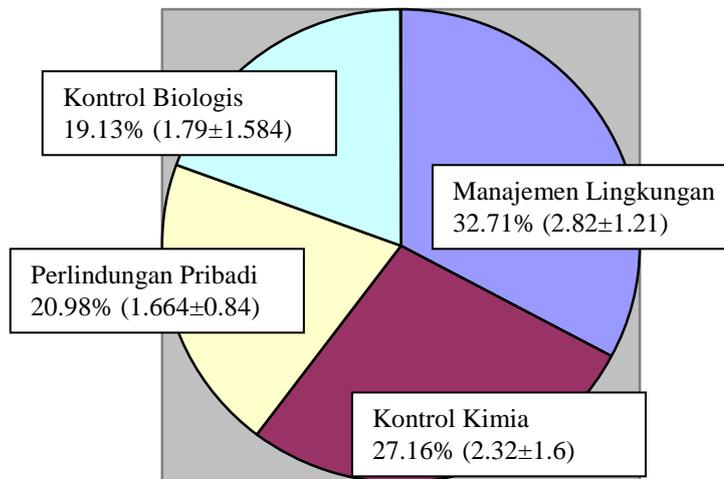
Tabel 1. Karakteristik responden wilayah penelitian Dusun Nogotirto (n=137) - lanjutan

Karakteristik responden	Laki-laki (n=55)	Wanita (n=82)	Mean ± SD
Jumlah anggota keluarga lain yang tinggal bersama			1.27±2.57
Tidak ada	39 (70.9%)	47 (57.31%)	
1	6 (10.9%)	19 (23.17%)	
>2	10 (18.18%)	16 (19.51%)	

Sumber : Data Primer

Gambaran perilaku pencegahan demam berdarah oleh responden

Pada gambaran perilaku pencegahan demam berdarah ini disajikan berdasarkan perilaku keseluruhan responden yang terlibat. Kegiatan pencegahan dalam *The Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever Guidelines Revised* dari *World Health Organization* (WHO) terdapat 4 kegiatan yaitu manajemen lingkungan, perlindungan pribadi, kontrol biologis dan kontrol kimia. Sebanyak 32.71% responden paling tinggi dalam melakukan kegiatan manajemen lingkungan dibandingkan dengan yang lainnya, namun dalam pelaksanaannya rata-rata hanya 2.82 yaitu tahap kadang-kadang, tindakan tidak dilakukan setiap hari.



Gambar 1. Gambaran perilaku pencegahan demam berdarah oleh responden wilayah penelitian Dusun Nogotirto (n=137)

Tingkat perilaku pencegahan demam berdarah oleh responden

Tingkat perilaku pada penelitian kali ini dibagi menjadi dua yaitu baik dan buruk. Pada keseluruhan responden perilaku pencegahan yang baik paling tinggi pada manajemen lingkungan (52.6%) dan paling tinggi untuk perilaku pencegahan yang buruk yaitu pada kontrol biologis (81.8%). Juga untuk kedua *gender* perilaku pencegahan yang buruk paling tinggi yaitu pada kontrol biologis masing-masing laki-laki 89.09% dan wanita 80.84%. Perilaku pencegahan yang baik paling tinggi pada laki-

laki yaitu kontrol kimia (56.37%) , berbeda pada wanita perilaku pencegahan yang baik paling tinggi pada manajemen lingkungan (62.2%).

Tabel 2. Tingkat perilaku pencegahan demam berdarah pada responden wilayah penelitian Dusun Nogotirto (n=137)

Perilaku	Seluruh Responden (n=137)		Laki-laki (n=55)		Wanita (n=82)	
	Buruk	Baik	Buruk	Baik	Buruk	Baik
Manajemen Lingkungan	65 (47.4%)	72 (52.6%)	34 (61.81%)	21 (38.18%)	31 (37.8%)	51 (62.2%)
Perlindungan Pribadi	75 (54.7%)	62 (45.3%)	27 (49.9%)	28 (50.9%)	48 (58.53%)	34 (41.47%)
Kontrol biologis	112 (81.8%)	25 (18.2%)	49 (89.09%)	9 (10.91%)	66 (80.48%)	16 (19.52%)
Kontrol Kimia	70 (51.1%)	67 (48.9%)	24 (43.63%)	31 (56.37%)	46 (56.09%)	36 (43.91%)

Sumber : Data Primer

PEMBAHASAN

Didapatkan bahwa 59.86% adalah wanita, tidak bekerja (74.39%) hal ini berkaitan dengan peran wanita sebagai ibu, seorang wanita lebih memiliki banyak waktu dalam pemeliharaan kesehatan keluarga dan kebersihan lingkungan⁹. Wanita memiliki peranan yang penting dalam kebersihan lingkungan disekitar rumah, termasuk pada anak wanita dan ibu^{9,10}. Pada tabel 2 perilaku pencegahan yang baik paling tinggi pada perilaku manajemen lingkungan, dengan banyak terlibatnya ibu dalam kegiatan dalam lingkungan keluarga sehari-harinya maka ibu menunjukkan lebih banyak dalam kegiatan manajemen lingkungan.

Pada tabel 1 didapatkan bahwa peran ayah banyak pada kegiatan mencari nafkah yaitu 89.09% dari responden laki-laki adalah bekerja. Perilaku pencegahan yang baik pada laki-laki paling tinggi yaitu pada kegiatan kontrol kimia, kontrol kimia merupakan kegiatan pengendalian vektor penyakit menggunakan bahan kimia yang dimaksud adalah kegiatan pengasapan^{6,11}, kegiatan yang jarang dilakukan oleh pihak pemerintah sangat memegang peranan penting dalam pengambilan keputusan untuk mengikuti kegiatan ini, sehingga disini diperlukan peran laki-laki sebagai seorang ayah dalam peranan untuk pengambilan keputusan dalam keluarga.

Untuk keseluruhan perilaku responden sebanyak 32.71% paling tinggi dalam melakukan kegiatan manajemen lingkungan, dan perilaku ini dilakukan dalam mean 2.82 yaitu pada tahap kadang-kadang, hal ini jika dilakukan secara terus menerus maka akan dapat mengurangi vektor yang ada disekitar lingkungan rumah². Kontrol kimiawi dalam tindakan pencegahan bukan merupakan pilihan pertama untuk mengurangi vektor, karena kegiatan ini tidak dapat diukur keberhasilannya karena kecenderungan vektor akan mengalami resistensi^{2,5,6,11}. Perlindungan pribadi mendapatkan nilai 20.98% dari responden dengan mean perilaku 1.66 yaitu pada tahap jarang, perlindungan pribadi yang tidak baik akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi dengue dari luar lingkungan rumah, tindakan pencegahan ini merupakan perlindungan untuk masing-

masing individu dalam usahanya untuk mengurangi resiko infeksi dengue dari lingkungan luar^{2,6,9}.

Pada penelitian kali ini mengedepankan pentingnya partisipasi dari masing-masing individu dalam lingkungan rumah dalam perannya untuk pencegahan demam berdarah. Peningkatan perilaku pencegahan diharapkan tercapainya optimalisasi dari penurunan vektor penyakit demam berdarah.

KESIMPULAN

1. Perilaku pencegahan demam berdarah paling tinggi dilakukan yaitu manajemen lingkungan 32.71% dengan mean 2.82 ± 1.21 . pada perilaku penggunaan kontrol kimia menunjukkan 27.16%, dengan 2.32 ± 1.6 ; perilaku perlindungan pribadi menunjukkan 20,98%, dengan 1.664 ± 0.84 ; dan perilaku yang terakhir yaitu penggunaan kontrol biologis sebesar 19.13%, dengan 1.79 ± 1.584 .
2. Perilaku pencegahan oleh wanita yang baik paling tinggi pada manajemen lingkungan (52.6%), oleh laki-laki yaitu kontrol kimia (56.37%).

SARAN

1. Pentingnya peningkatan peran bagi masing-masing individu dalam keluarga pada perilaku pencegahan demam berdarah di lingkungan rumah.
2. Pentingnya peningkatan perilaku dalam frekuensinya melakukan kegiatan pencegahan demam berdarah pada keluarga.
3. Perlunya peranan pemerintah dalam peningkatan pengetahuan keluarga tentang kegiatan pencegahan yang dilakukan di lingkungan rumah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Halstead SB. 2007. *Dengue*. Lancet;370:1644e52.
2. World Health Organization. 2009. *Dengue, guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control*. Geneva, Switzerland:World Health Organization.
3. Simmons CP, Farrar JJ, Nguyen vV, Wills B. 2012. *Dengue*. N Engl J Med;366:1423e32.
4. World Health Organization. 2013. *Dengue and Severe Dengue*. Akses: 1 Juni 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
5. Egger JR, Ooi EE, Kelly DW, Woolhouse ME, Daviesa CR, Colemana PG. 2008. *Reconstructing historical changes in the force of infection of dengue fever in Singapore: implications for surveillance and control*. Bulletin of the World Health Organization;86:187—96.
6. World Health Organization. 2011. *Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever Revised and expanded edition*. Regional Office for South-East Asia.
7. Wong, Ping Li. Sazaly AbuBakar. 2013. *Health Beliefs and Practices Related to Dengue Fever: A Focus Group Study*. PLOS Neglected Tropical Diseases. Vol 7(7): e2310. doi:10.1371/.
8. Manalu, Ammylia. 2009. *Determinan Partisipasi Keluarga dalam Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Bukit Raya Kota Pekanbaru Tahun 2009*. Tesis: Sekolah Pasca Sarjana Universitas Sumatera Utara.
9. Sigarlaki, Herke. 2007. *Karakteristik, Pengetahuan, dan Sikap Ibu terhadap Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Berita Kedokteran Masyarakat Vol. 23, No. 3, Hal 148 – 153

10. Ibrahim, Ragab., et all. 2009. *Knowledge, attitudes, and practices relating to Dengue fever among females in Jeddah high schools*. *Journal of Infection and Public Health* 2, 30—40
11. Sukowati, Supratman. 2010. *Masalah Vektor Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Pengendaliannya di Indonesia*. *Buletin Jendela Epidemiologi* Volume 2. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI.

JUDUL	Pengaruh <i>Cold Compression Therapy</i> terhadap Proses Penyembuhan Pasien Pasca <i>Open Reduction Internal Fixation</i> (ORIF) Ekstremitas Bawah
PRESENTER	Chandra Bagus Ropyanto
AUTHOR (S)	Chandra Bagus Ropyanto
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Permasalahan pasca pembedahan ortopedi berkaitan dengan nyeri, perfusi jaringan, promosi kesehatan, mobilitas fisik, dan konsep diri. Perawatan fase pasca operasi ortopedi merupakan upaya untuk menanggulangi efek operasi dan meningkatkan penyembuhan. Manajemen trauma jaringan lunak meliputi proteksi, istirahat, dingin, kompresi, dan elevasi. Hasil analisa penerapan EBN menunjukkan bahwa nyeri menurun dari rata-rata 6,6 menjadi 3,2; edema menurun dari rata-rata 49,3 cm menjadi 48 cm; dan rentang gerak sendi lutut dari rata-rata 25⁰ meningkat menjadi 44⁰. *Cold compression therapy* merupakan terapi modalitas yang digunakan pada berbagai manajemen operasi dengan berbagai variasi prosedur ortopedi dengan kerusakan jaringan berperan dapat meningkatkan proses penyembuhan dengan indikator penurunan nyeri dan edema, serta peningkatan rentang gerak sendi. *Cold compression therapy* dapat digunakan sebagai standar operasional prosedur untuk memberikan asuhan keperawatan saat 24 – 48 jam pasca ORIF.

Kata kunci : *cold compression therapy*, proses penyembuhan, pasca ORIF

PENDAHULUAN

Pasca bedah ortopedi dapat menimbulkan berbagai masalah karena merupakan suatu trauma pada berbagai jaringan muskuloskeletal. Permasalahan pasca pembedahan ortopedi berkaitan dengan nyeri, perfusi jaringan, promosi kesehatan, mobilitas fisik, dan konsep diri.

Trauma akibat pembedahan pada tulang, otot, jaringan, atau sendi akan mengakibatkan nyeri secara signifikan. Pembedahan menimbulkan trauma jaringan lunak dan struktur yang sebelumnya tidak mengalami cedera. Nyeri pasca pembedahan ekstremitas bawah memiliki intensitas nyeri hebat dengan kejadian sampai 70 % dengan durasi 3 hari (Smeltzer & Bare, 2005). Nyeri pasca bedah ortopedi saat berada diruang perawatan dalah 4,7 dengan menggunakan skala 0 sampai 10, dan nyeri berkontribusi terhadap aktivitas paskaoperasi (Morris et al, 2010).

Trauma jaringan menyebabkan perdarahan dan menimbulkan reaksi inflamasi sebagai mekanisme pertahanan tubuh yang berpotensi menimbulkan komplikasi. Perfusi jaringan diakibatkan dengan adanya edema dan perdarahan yang menghasilkan gangguan sirkulasi dan sindrom kompartemen. Inaktivitas berkontribusi terhadap stasis vena dan berkembang menuju DVT (Bare & Smeltzer, 2006).

Keterbatasan rentang gerak sendi terjadi karena cedera pada otot, spasme otot, dan reaksi pasien karena merasa nyeri saat digerakan. Keterbatasan rentang gerak sendi berpengaruh terhadap kemampuan mobilisasi pasien yang pada akhirnya menimbulkan ketidakberdayaan dan ketergantungan.

Homeostasis, bengkak, nyeri, rasa tidak nyaman, peningkatan mobilisasi dini dan rencana pulang merupakan fokus utama pada periode akut pasca operasi (Smith,

Stevens, Taylor, & Tibbey; 2002). Pendekatan farmakologis perlu dikombinasikan dengan pendekatan non farmakologis untuk meningkatkan penyembuhan pasien sehingga mempersingkat lama hari rawat.

Perawatan fase pasca operasi ortopedi merupakan upaya untuk menanggulangi efek operasi dan meningkatkan penyembuhan. Manajemen trauma jaringan lunak meliputi proteksi, istirahat, dingin, kompresi, dan elevasi. *Cold compression therapy* merupakan terapi modalitas yang digunakan pada berbagai manajemen operasi dengan berbagai variasi prosedur ortopedi dimana pembedahan menghasilkan kerusakan jaringan yang sama tetapi berat ringannya tergantung gejala (Block, 2010).

Cold compression therapy secara langsung ditujukan untuk bengkak, inflamasi, dan nyeri berkaitan dengan cedera dengan berbagai mekanisme (Block, 2010). *Cold compression* akan mengakibatkan efek secara lokal menurunkan tingkat metabolisme jaringan lunak sehingga mereduksi aktivitas enzimatik mencegah kerusakan jaringan yang diakibatkan hipoksia. Lokal hipotermia merangsang vasokonstriksi dan penurunan mikrosirkulasi lebih dari 60 % sehingga mereduksi ekstrasvasasi darah melingkupi jaringan, inflamasi lokal, dan produksi edema. Penurunan formasi edema akan menurunkan konduksi saraf sensorik dan motorik sehingga nyeri menurun. Reduksi aliran darah dan bengkak akan tercapai dengan kompresi pada area yang cedera. Kompresi akan meningkatkan tingkat, besaran, dan kedalaman reduksi temperatur yang akan mempercepat vakuasi limfe. Dingin meningkatkan rentang gerak sendi dengan mengurangi nyeri, menghambat spasme otot, dan mengurangi tegangan otot (Lin, 2002). Penelitian yang dilakukan Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey (2002) menunjukkan bahwa kompres es dengan *elastis bandage* mengurangi nyeri, edema, meningkatkan rentang gerak sendi, dan mempersingkat lama hari rawat pada pasien *total knee arthroplasty*.

Penelitian berjudul "*Cold and Compression in The Management of Musculoskeletal Injuries and Orthopaedic Operative Procedures : a Narrative Review*" dilakukan pada berbagai prosedur bedah ortopedi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi merupakan *cold compression therapy* memberikan manfaat lebih sebagai intervensi pada kerusakan jaringan yang parah akibat pembedahan, edema dan nyeri pasca operasi, dan kehilangan darah dalam jumlah cukup banyak (Block, 2010).

Cold compression merupakan intervensi keperawatan yang sudah dikenal cukup lama sebagai terapi modalitas, bahkan menjadi standar asuhan keperawatan pada pasca bedah ortopedi. Penelitian-penelitian sebelumnya sudah tidak membahas mengenai efektivitas *cold compression*, tetapi lebih menekankan pada efektivitas berbagai metode *cold compression*. Kenyataan yang ditemukan, ternyata *cold compression therapy* belum dilaksanakan diruangan. Aplikasi *cold compression* yang paling sederhana, murah, dan mungkin dilakukan diruangan adalah kompres dingin dengan *ice cold pack* serta kompresi dengan elastis verban.

Penerapan *cold compression therapy* pada pasien pasca bedah orthopedi dilakukan berdasarkan hasil penelitian Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey (2002). Aplikasi pemberian terapi dingin pada penelitian yang dilakukan Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey (2002) memiliki rentang waktu dan metode yang berbeda. Terapi dingin yang dilakukan dengan kompres es dilakukan saat 24 – 48 jam pasca operasi sebanyak 3 kali perhari dalam waktu 15 menit. Penggunaan *cryo-pad* dilakukan saat 6 - 48 jam pasca operasi dengan suhu 2⁰-5⁰C selama 15 menit. Aplikasi dilakukan dengan melakukan kompres es saat 24 – 48 jam pasca operasi dengan frekuensi 3 kali per hari dalam waktu 15 menit setiap terapi.

Penerapan EBN pada sistem muskuloskeletal yang dilakukan adalah *cold compression*. *Cold compression therapy* merupakan terapi modalitas yang digunakan pada berbagai manajemen operasi dengan berbagai variasi prosedur ortopedi dimana pembedahan menghasilkan kerusakan jaringan yang sama tetapi berat ringannya tergantung gejala. *Cold compression therapy* secara langsung ditujukan untuk bengkak, inflamasi, dan nyeri berkaitan dengan cedera dengan berbagai mekanisme (Block, 2010).

Penelitian yang dilakukan Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey (2002) menunjukkan bahwa kompres es dengan *elastis bandage* mengurangi nyeri, edema, meningkatkan rentang gerak sendi, dan mempersingkat lama hari rawat pada pasien *total knee arthroplasty*. Penelitian berjudul "*Cold and Compression in The Management of Musculoskeletal Injuries and Orthopaedic Operative Procedures : a Narrative Review*" menunjukkan bahwa terapi *cold compression therapy* memberikan manfaat lebih sebagai intervensi pada kerusakan jaringan yang parah akibat pembedahan, edema dan nyeri pasca operasi, dan kehilangan darah dalam jumlah cukup banyak (Block, 2010).

Aplikasi *cold compression* yang paling sederhana, murah, dan mungkin dilakukan diruangan adalah kompres dingin dengan *ice cold pack* serta kompresi dengan elastis verban dalam rentang waktu yang tepat untuk mendapatkan efek kompleks yang tepat dan mencegah terjadinya efek samping. Kompresi dengan verban elastis dapat dilakukan langsung setelah pasien dilakukan tindakan pembedahan sebagai penutup balutan luka. *Cold therapy* dilakukan dalam rentang 24 – 48 jam pasca operasi (Metules, 2007).

Penelitian yang dilakukan Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey (2002) menunjukkan bahwa kompres es dengan *elastis bandage* mengurangi nyeri, edema, meningkatkan rentang gerak sendi, dan mempersingkat lama hari rawat pada pasien *total knee arthroplasty*. Penelitian berjudul "*Cold and Compression in The Management of Musculoskeletal Injuries and Orthopaedic Operative Procedures : a Narrative Review*" menunjukkan bahwa terapi merupakan *cold compression therapy* memberikan manfaat lebih sebagai intervensi pada kerusakan jaringan yang parah akibat pembedahan, edema dan nyeri pasca operasi, dan kehilangan darah dalam jumlah cukup banyak (Block, 2010).

EBN dilakukan setelah mengkaji intervensi yang dilakukan ruangan dengan beberapa indikator yang berdasarkan analisa perbandingan fenomena di GPS Lt. 1 RSUP Fatmawati dengan studi literatur jurnal penelitian. Intervensi yang dilakukan di ruangan berupa tehnik relaksasi dan pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri, memposisikan ekstremitas yang dilakukan pembedahan lebih tinggi dan melakukan verban elastis untuk mengurangi edema, dan latihan rentang gerak sendi lutut tidak dilakukan pada 24 jam – 48 jam pasca pembedahan. Intervensi yang dilakukan di ruangan kurang memberikan hasil yang optimal.

Tujuan dari penerapan *evidence based practice* adalah mengidentifikasi pengaruh *cold compression therapy* terhadap proses penyembuhan dengan indikator proses penyembuhan nyeri, edema, dan rentang gerak sendi lutut. Penerapan EBN ini akan membandingkan nyeri, edema, dan rentang gerak sendi sebelum dan setelah dilakukan *cold compression therapy*.

METODOLOGI PENERAPAN EBN

Proses penyembuhan diukur 24 jam (sebelum dilakukan *cold compression therapy*) setelah pasca ORIF kemudian 48 jam pasca ORIF (setelah dilakukan *cold compression therapy*) dengan indikator nyeri, edema, dan rentang gerak sendi. Nyeri yang diukur

dengan *numeric rating scale*, mengurangi edema yang diukur dengan lingkaran kaki 2 cm di atas area operasi, dan rentang gerak sendi lutut.

EBN diaplikasikan setelah dilakukan uji validitas untuk mengukur kemampuserapan EBN berdasarkan studi sistematik review yang dilakukan oleh Block (2010). Hasil sistematik review menunjukkan bahwa *cold compression therapy* berupa penggunaan *ice cold pack* selama 24 jam dengan elastis verban pada area mampu mengurangi bengkak sebesar 17 %. dan dengan menggunakan *cryocuff* sebesar 33 %. Nilai NNT digunakan untuk yang mengukur hasil uji klinis.

Berdasarkan hasil tersebut maka nilai NNT pada penelitian ini adalah :

$$\begin{aligned} \text{NNT} &= 100 / \text{ARR} (\%) \\ &= 100 / (33 - 17) \\ &= 100 / 16 \\ &= 6,25 \\ &= 6 \end{aligned}$$

ARR : *Absolute Risk Reduction*

Hasil perhitungan nilai NNT=6, berarti setiap 6 orang yang mendapatkan terapi *ice cold pack* dengan balutan elastis dibandingkan menggunakan *cryocuff*, 1 orang mampu berkurang edemanya.

Subjek dalam penerapan *cold compression therapy* adalah pasien pasca bedah ortopedi yang dirawat di Lantai 1 Gedung Prof Soelarto RSUP Fatmawati Jakarta yang memenuhi kriteria inklusi selama EBN berlangsung. Kriteria sampel adalah pasien pasca bedah ortopedi ekstremitas bawah pada area femur, lutut, tibia, dan fibula, usia > 18 tahun, dapat berkomunikasi dengan baik, serta bersedia dilakukan EBN. Kriteria eksklusi meliputi pasien yang menjalani bedah ortopedi lebih pada satu area, pasien dengan alergi dingin, suhu tubuh kurang dari 36⁰C.

Jumlah subyek dalam penerapan EBN mempertimbangkan karakteristik pasien yang menjadi responden dibandingkan dengan subyek uji klinis yang telah ditelaah. Metode penghitungan adalah dengan menggunakan nilai f, yaitu faktor yang menunjukkan seberapa berat pasien kita (relatif terhadap prognosis) dibanding rerata pasien pada uji klinis. Rerata pasien sama dengan rerata pasien uji klinis maka f=1, apabila rerata pasien lebih berat maka f < 1, dan jika rerata pasien lebih ringan maka f > 1.

Berdasarkan hal tersebut, dengan nilai NNT=1, f=1, maka jumlah pasien yang dibutuhkan adalah 6,25/1=6 orang. EBN dilakukan di GPS Lt. 1 RSUP Fatmawati selama empat minggu dengan jumlah pasien yang menjalani pasca bedah ortopedi sebanyak lima orang.

Sebelum EBN dilakukan, penulis meminta ijin terlebih dahulu dengan pasien dan mengkaji resiko kontraindikasi pasien. EBN *cold compression* dilakukan tiga kali dalam rentang waktu 24 – 48 jam pasca operasi. Cara melakukan *cold compression* adalah :

1. Persiapan alat dengan membungkus *ice cold pack* dengan tissue.
2. Melakukan pengukuran awal tingkat nyeri, edema, dan rentang gerak sendi.
3. Kompres dilakukan pada area sekitar luka pasca operasi, tanpa membuka elastis verban selama 15 menit.
4. Saat dilakukan kompres respon pasien dan sensasi suhu *ice cold pack* dimonitor.
5. Setelah selesai *ice cold pack* dilakukan disinfektan dengan alkohol dan *chlorhexidine* 2 %.
6. Kompres diulangi sebanyak dua kali.

7. Melakukan pengukuran akhir tingkat nyeri, edema, dan rentang gerak sendi.

HASIL EVIDENCE BASED NURSING

Karakteristik subjek yang mengikuti *cold compression* antara lain rentang usia antara 25 – 70 tahun, 60 % berjenis kelamin laki-laki, 60 %, dan berpendidikan SMA. Berdasarkan kasus 80 % fraktur femur dan 20 % Osteoarthritis Genu, dengan tindakan ORIF 80 % dan 20 % *Total Knee Replacement*, serta 60 % dengan anastesi regional dan 20 % anastesi general.

Hasil penerapan *cold compression therapy* diukur berdasarkan indikator proses penyembuhan. Indikator proses penyembuhan meliputi : nyeri, edema, dan rentang gerak sendi lutut. Hasil observasi berdasarkan respon pasien saat dilakukan *cold compression therapy*, pasien merasa cukup nyaman dengan suhu *ice cold pack* serta menyatakan bahwa nyeri berkurang, sirkulasi lebih lancar, dan otot-ototnya berkurang ketegangannya.

Nyeri sebelum dilakukan *cold compression therapy* rata-rata 6,6 dan setelah dilakukan *cold compression* turun menjadi 3,2. Semua subyek mengalami penurunan tingkat nyeri, gambaran tingkat nyeri sebelum dan setelah terapi dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1

Tingkat Nyeri Subyek Sebelum dan Setelah Dilakukan *Cold Compression Therapy* pada Pasien Pasca Bedah Ortopedi di RSUP Fatmawati Jakarta tahun 2013 (n=5)

Subyek	Nyeri Pre CCT	Nyeri Post CCT	Selisih	Rata-rata Selisih
Ny. T	7	5	2	3,4
Ny. SR	4	2	2	
Tn. IS	6	2	4	
Tn. MA	7	4	3	
Tn. AP	9	3	6	
Rata-rata	6,6	3,2		

Edema saat sebelum dilakukan *cold compression* rata-rata 49,3 cm dan setelah dilakukan *cold compression* turun menjadi 48 cm. Hampir semua subyek mengalami penurunan edema kecuali 1 orang, gambaran tingkat edema sebelum dan setelah terapi lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2

Tingkat Edema Subyek Sebelum dan Setelah Dilakukan *Cold Compression Therapy* pada Pasien Pasca Bedah Ortopedi di RSUP Fatmawati Jakarta tahun 2013 (n=5)

Subyek	Edema Pre CCT (cm)	Edema Post CCT (cm)	Selisih (cm)	Rata-rata Selisih (cm)
Ny. T	55	55	0	1,3
Ny. SR	56	54,5	1,5	
Tn. IS	43,5	42,5	1	
Tn. MA	52	49	3	
Tn. AP	40	39	1	
Rata-rata	49,3	48		

Rentang gerak sendi lutut sebelum dilakukan *cold compression* rata-rata 25⁰ dan setelah dilakukan *cold compression* meningkat menjadi 44⁰. Semua subyek mengalami

peningkatan rentang gerak sendi lutut, gambaran rentang gerak sendi lutut sebelum dan setelah terapi dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3

Rentang Gerak Sendi Lutut Subyek Sebelum dan Setelah Dilakukan *Cold Compression Therapy* pada Pasien Pasca Bedah Ortopedi di RSUP Fatmawati Jakarta tahun 2013 (n=5)

Subjek	Rentang Gerak Sendi Pre CCT (°)	Rentang Gerak Sendi Post CCT (°)	Selisih (°)	Rata-rata Selisih (°)
Ny. T	30	35	5	19
Ny. SR	10	25	15	
Tn. IS	15	50	35	
Tn. MA	30	60	30	
Tn. AP	40	50	10	
Rata-rata	25	44		

PEMBAHASAN

Cold compression therapy merupakan kombinasi antara terapi dingin dan kompresi balutan pada area pembedahan. *Cold compression therapy* merupakan penggunaan es atau *cold gel pack* secara aman pada sisi anatomis dengan balutan elastis (Block, 2010). *Cold compression therapy* memiliki variasi metode, yang paling modern adalah penggunaan *cryo-pad* dan yang paling sederhana adalah kompres dingin dengan es atau *cold pack* dikombinasikan dengan elastis verban.

Indikasi penggunaan *cold compression therapy* mengacu pada indikasi terapi dingin. Terapi dingin pada kasus muskuloskeletal digunakan pada kondisi artritis, fraktur, sprain dan strain, spasme otot, serta cedera sendi (Halstead, 2004).

Hasil penerapan *cold compression* menunjukkan penurunan nyeri dan edema, serta peningkatan rentang gerak sendi. Ketiga aspek tersebut merupakan indikator proses penyembuhan pada fase rehabilitasi pasca bedah ortopedi.

Cold compression therapy berperan mempercepat proses penyembuhan dengan berbagai indikator. Indikator proses penyembuhan antara lain nyeri, edema, rentang gerak sendi, dan lama hari rawat. *Cold compression therapy* secara langsung ditujukan untuk bengkak, inflamasi, dan nyeri berkaitan dengan cedera dengan berbagai mekanisme (Block, 2010). Penelitian-penelitian sebelumnya yang membahas mengenai pengaruh *cold compression* lebih menekankan pada aspek *cold therapy* dibandingkan *compression therapy*.

Cold therapy akan menyebabkan perubahan pada jaringan lunak, otot, dan vaskuler. Perubahan-perubahan yang diakibatkan pemberian *cold therapy* akan memberikan efek berupa penurunan rasa nyeri, edema, rentang gerak sendi. Pendinginan pada jaringan tubuh secara fisiologis dasar dikembangkan berdasarkan kedalaman efek pendinginan pada jaringan dan efektifitas waktu yang dibutuhkan pada berbagai jaringan.

Cold therapy akan mengakibatkan efek lokal pendinginan sehingga menyebabkan vasokonstriksi yang menghasilkan penurunan aliran darah sehingga mengurangi edema. Dingin berfungsi juga sebagai anastesi lokal sehingga menurunkan sensasi terhadap nyeri (Halstead, 2004). *Cold compression* akan mengakibatkan efek secara lokal menurunkan tingkat metabolisme jaringan lunak sehingga mereduksi aktivitas enzimatik mencegah kerusakan jaringan yang diakibatkan hipoksia. Lokal hipotermia merangsang

vasokonstriksi dan penurunan mikrosirkulasi lebih dari 60 % sehingga mereduksi ekstrasvasasi darah melingkupi jaringan, inflamasi lokal, dan produksi edema.

Dingin akan menghambat stimulasi elektrik pada nervus median yang terdiri dari tiga mekanisme supresi respon autonom dan sensasi nyeri. Pertama Pada suhu 13,6 – 22 analgesik efek. Kedua akan mensupresi difusi *noxious inhibitory control* (DNIC) dimana berperan terhadap mekanisme nyeri. Ketiga *gate control theory*, input *noxious* direlay oleh serabut kecil myelin A dan unmyelin C menghambat *non-noxious* stimulan input (Saeki, 2004). Hasil penelitian terhadap 84 pasien pasca bedah *total knee replacement* di Australia menunjukkan bahwa setelah dilakukan kompres es saat 24 – 48 jam pasca operasi sebanyak tiga kali selama 15 menit mampu mengurangi nyeri pada hari ketiga ($3,5 \pm 1,9$) secara signifikan dibandingkan pada hari kedua ($4,8 \pm 1,9$) (Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey; 2002).

Penurunan formasi edema akan menurunkan konduksi saraf sensorik dan motorik sehingga nyeri menurun. Reduksi aliran darah dan bengkak akan tercapai dengan kompresi pada area yang cedera. Kompresi akan meningkatkan tingkat, besaran, dan kedalaman reduksi temperatur yang akan mempercepat evakuasi limfe. Kompresi berupa balutan akan meminimalkan jumlah kehilangan darah dengan mengkompresi kapiler dan nyeri dengan imobilisasi pada area yang terkena, selain itu juga meminimalkan resiko infeksi. (Smith, Stevens, Taylor, & Tibbey; 2002). Keuntungan aplikasi lokal terapi dingin termasuk pencegahan edema dengan mereduksi akumulasi cairan ke dalam jaringan tubuh, mereduksi inflamasi, memperlambat metabolisme, mengontrol perdarahan, memperlambat pertumbuhan bakteri, menurunkan perangsangan ujung saraf bebas dan fiber saraf perifer dengan peningkatan ambang nyeri, menurunkan aktivitas enzim, menurunkan spasitas dan kontraksi otot (Koc, Tez, Yoldas, Dizen, & Gocman; 2005).

Terapi dingin meningkatkan rentang gerak sendi dengan mengurangi nyeri, menghambat spasme otot, dan mengurangi tegangan otot (Lin, 2002). Aplikasi terapi dingin mengurangi spasme otot yang diikuti peningkatan rentang pergerakan (Lane & Latham, 2009). Dingin akan mengurangi spasitas otot karena menstimulasi reseptor kutaneus dan reflek inhibisi dari aktivitas otot. Efek jangka panjang akan dirasakan secara langsung pada gelendong otot dan meningkatkan viskositas yang membantu mengurangi reflek mengencangkan secara cepat. Diukur berdasarkan indikator nyeri, edema, dan rentang gerak sendi lutut.

KESIMPULAN

Cold compression therapy merupakan salah satu terapi modalitas dalam intervensi keperawatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan proses penyembuhan pada pasien pasca bedah ortopedi dengan cara mengurangi nyeri dan edema, serta meningkatkan rentang gerak sendi.

Saran

Evidence Based Nursing *Cold compression therapy* dapat dijadikan dasar untuk pengembangan pemberian asuhan keperawatan pada pasien saat 24-48 jam pasca ORIF sehingga mampu meningkatkan peran perawat dalam memberikan pelayanan yang berkualitas.

KEPUSTAKAAN

Block, J.E. (2010). Cold and Compression in The Management of Musculoskeletal Injuries and The Orthopaedic Operative Procedures : A Narrative Review. *Open Access Journal of Sport Medicine* : Juli 2010; Dove Medical Press.

- Halstead J.A. (2004). *Orthopaedic Nursing : Caring for patients with musculoskeletal disorders*. Brockton : Westren Schools.
- Koc, M., Tez, M., Yoldas, O., Dizen, H., & Gocmen, E. (2006). Cooling for The Reduction of Postoperative Pain : Prospective Randomized Study. *Hernia* : October 2006; Springer-Verlag.
- Lane, E., & Latham, T. (2009). Managing Pain using Heat and Cold Therapy. *Pediatric Nursing* : July 2009; Vol. 21, 6; RCN Publishing Company, London.
- Lin, Y.H. (2003). Effects of Thermal Therapy in Improving The Passive Range of Knee Motion : Comparasion of cold and superficial heat applications. *Clinical Rehabilitation*: Vol. 71 2003; EBSCO.
- Metules, T.J. (2007). Hot and Cold Pack. *Healthcare Traveler* : Mart 2007; Proquest Nursing & Allied Health Source.
- Morris, B.A., Benetti, M., Marro, H., & Rosenthal, C.K. (2010). Clinical practice guidline for early mobilization hours after surgery. *Ortopaedic Nursing* : September/October 2010; 29, 5; Proquest Healt and Medical Complete.
- Saeki, Y. (2002). Effect of Local Application of Cold or Heat for Relief of Pricking Pain. *Nursing and Health Science* : April 2002.
- Smith, J., Stevens, J., Taylor, M., & Tibbey, J. (2010). A Randomized, Controlled Trial Comparing Compression Bandaging and Cold Therapy in Postoperative Total Knee Replacement Surgery. *Ortopaedic Nursing* : Mart/April 2002; 21, 2; Proquest Healt and Medical Complete.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2009). *Brunner and Suddarth's : Text book medical surgical nursing*. St. Louis Missouri : Elsevier Saunders.

JUDUL	Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kualitas Tidur Lansia di Balai Perlindungan Sosial Tresna Werdha (BPSTW) Ciparay Jawa Barat
PRESENTER	Sulidah
AUTHOR (S)	Sulidah
INSTITUSI	Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan

ABSTRAK

Proses menua menyebabkan kualitas tidur lansia menurun. Beberapa penelitian menunjukkan manfaat latihan relaksasi otot progresif untuk mereduksi penyebab gangguan tidur. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh relaksasi otot progresif terhadap kualitas tidur lansia di BPSTW Ciparay, Bandung.

Rancangan penelitian ini Quasi Experimental dengan pendekatan Pretest-Posttest Control Group Design. Sampel diambil secara Purposive Sampling. Besar sampel 51 responden. Kelompok intervensi melakukan latihan relaksasi otot progresif selama empat minggu. Kualitas tidur diukur sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif menggunakan PSQI. Data dianalisis menggunakan t test dan Repeated Anova.

Hasil Uji t berpasangan kelompok intervensi menunjukkan nilai t hitung $>$ t tabel, dengan $p = 0,000$. Pada kelompok kontrol diperoleh nilai t hitung $<$ t tabel, dengan $p > 0,05$. Uji Repeated Anova memperoleh nilai F hitung $(71,415) >$ F tabel $(3,89)$ dengan $p=0,000$. Uji t tidak berpasangan didapatkan skor pretest, posttest 1, posttest 2 dan posttest 3 berbeda signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p < 0,05$.

Rata-rata skor PSQI kelompok intervensi menunjukkan kecenderungan penurunan setelah latihan relaksasi otot progresif, sedang kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan skor secara bermakna. Hal ini dimungkinkan karena latihan relaksasi otot progresif bermanfaat menimbulkan respon tenang, nyaman, dan rileks. Implikasi penelitian ini bahwa latihan relaksasi otot progresif secara bermakna meningkatkan kualitas tidur lansia sehingga dapat dipertimbangkan sebagai terapi komplementer keperawatan dalam meningkatkan kualitas tidur lansia.

Kata Kunci : Kualitas tidur, lansia, Relaksasi Otot Progresif

PENDAHULUAN

Program pembangunan nasional yang telah dijalankan mampu menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang semakin baik dan usia harapan hidup makin tinggi. Keadaan tersebut menyebabkan populasi penduduk lansia terus bertambah. Tahun 1971, jumlah penduduk lansia Indonesia adalah 5,3 juta jiwa (4,48%); telah meningkat menjadi 23,9 juta jiwa (9,77%) tahun 2010. Pada tahun 2020 mendatang diperkirakan akan terjadi ledakan penduduk lansia menjadi 28,8 juta jiwa atau sebesar 11,34% (Fatimah, 2012). Jawa Barat merupakan salah satu provinsi dengan kategori wilayah berstruktur tua karena jumlah lansia lebih dari 7% dari total penduduk Jawa Barat yang mencapai 3.663.908 jiwa pada tahun 2012. Kelompok lansia adalah mereka yang telah berusia 60 tahun atau lebih menurut WHO.

Memasuki fase lansia akan membawa perubahan organobiologik karena makin menuanya organ-organ tubuh. Salah satu dampak proses menua yang lazim terjadi adalah perubahan pada pola tidur. Seorang lansia akan lebih sering terjaga pada malam

hari sehingga total waktu tidur malamnya berkurang (Marchira, 2007). Secara fisiologis, rata-rata durasi tidur lansia adalah 6,5 jam per hari (Prayitno, 2002); sedang menurut Partinen dan Hublin (2000), rata-rata durasi tidur pada lansia adalah 6 jam sehari dan dapat kurang dari 5 jam pada lansia yang sakit.

Meskipun secara fisiologis kebutuhan tidur lansia berkurang tetapi hendaknya ketidakcukupan kuantitas dapat diimbangi dengan kualitas tidur. Tidur yang berkualitas meskipun kuantitasnya sedikit tetap lebih baik dibanding waktu tidur yang panjang tetapi tidak berkualitas. Tidur yang berkualitas digambarkan oleh Ilham Madjid (2008) sebagai keadaan tidur yang dalam, tidak mudah terbangun, dapat mencapai mimpi, dan ketika bangun tubuh menjadi lebih segar, merasakan kepuasan tidur dan bebas dari ketegangan.

Jenis gangguan tidur yang dialami lansia bervariasi. Menurut *Association of Sleep Disorder Centers* (1999) sebagaimana dikutip Prayitno (2002), ada empat jenis gangguan tidur yang berat pada lansia, yaitu 1) *Disorder of initiating and maintaining sleep*, atau dikenal dengan istilah insomnia; 2) *Disorder of the excessive somnolence*, atau hipersomnolensia; 3) *Abnormal of sleep behavior*, atau parasomnia; dan (4) *Disorder of sleep wake cycle*. Dalam kelompok gangguan tidur tersebut, insomnia adalah yang paling banyak dikeluhkan oleh lansia.

Faktor yang mempengaruhi gangguan tidur juga variatif. Leuckenotte (2000), Wolkove, dkk (2007), dan Crowley (2011) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi gangguan tidur yaitu respon terhadap penyakit, stress emosi, depresi, pengaruh lingkungan dan penggunaan obat-obatan. Hasil penelitian Khasanah dan Hidayati (2012) menyebutkan tiga faktor utama penyebab gangguan tidur, yaitu keadaan lingkungan yang berisik, merasakan nyeri, dan terbangun karena mimpi. Hasil berbeda didapatkan dalam penelitian Oliveira (2010) yang menyebutkan bahwa faktor pencahayaan dan inkontinensia urin sebagai penyebab gangguan tidur pada lansia.

Berbagai dampak negatif dapat ditimbulkan oleh gangguan tidur; diantaranya menurunnya daya tahan tubuh, menurunnya prestasi kerja, kelelahan, depresi, mudah tersinggung, dan menurunnya daya konsentrasi yang dapat mempengaruhi keselamatan diri sendiri dan juga orang lain. Menurut Japardi (2002), gangguan tidur yang berkepanjangan didapatkan 2,5 kali lebih sering mengalami kecelakaan mobil dari pada orang yang tidurnya cukup. Malik (2010) menyebutkan bahwa ketidakmampuan lansia memenuhi tidur yang berkualitas dan menurunnya fase tidur REM dapat menimbulkan keluhan pusing, kehilangan gairah, rasa malas, cenderung mudah marah/tersinggung, kemampuan pengambilan keputusan secara bijak menurun, hingga menyebabkan depresi dan frustrasi. Berdasarkan penelitian Syareef (2008) sebagaimana dikutip Jesica (2009), ditemukan 21,7% lansia yang mengalami gangguan tidur berkepanjangan memiliki keinginan untuk bunuh diri.

Diperlukan upaya konkrit guna membantu lansia mengatasi gangguan tidurnya. Beberapa usaha yang umum dilakukan lansia antara lain melakukan aktifitas fisik pendek, rendam kaki dengan air hangat, minuman hangat, membaca buku atau kitab suci (Jesica, 2009); memadamkan lampu, latihan nafas dalam, atau mengkonsumsi obat tidur (Stevens, 2008). Selain itu, Joshi (2008) meyakini bahwa efek rasa nyaman yang dihasilkan dari latihan relaksasi progresif juga bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur meskipun belum banyak yang mencoba. Relaksasi otot progresif (*progressive muscle relaxation*), yaitu suatu teknik relaksasi yang menggunakan serangkaian gerakan tubuh yang bertujuan untuk melemaskan dan memberi efek

nyaman pada seluruh tubuh (Corey, 2005). Rasa nyaman inilah yang dibutuhkan lansia guna meningkatkan kualitas tidurnya.

Unsur kebaruan (*novelty*) penelitian ini adalah bahwa penelitian ini menggunakan intervensi relaksasi otot progresif dengan 9 langkah. Hal ini berbeda dari penelitian sebelumnya yang menggunakan 16 langkah. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagaimana pengaruh relaksasi otot progresif terhadap kualitas tidur lansia di BPSTW Ciparay.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini menggunakan rancangan Quasi Experimental dengan pendekatan *Pretest-Posttest Control Group Design*. Populasi penelitian ini adalah semua lansia yang tinggal di BPSTW Ciparay. Jumlah populasi 150 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Kriteria inklusi penelitian ini meliputi: 1) Lansia yang berusia minimal 60 tahun; 2) Dapat melihat dan mendengar; 3) Mengalami gangguan tidur; 4) Mampu memahami bahasa Indonesia; dan 5) Bersedia menjadi responden dan mengikuti prosedur penelitian sampai tahap akhir. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah: 1) Lansia yang tidak kooperatif dan tidak mengikuti prosedur penelitian hingga tuntas; 2) Lansia yang menjalani perawatan khusus akibat mengalami keterbatasan/kelumpuhan anggota gerak; 3) Lansia yang menderita gangguan kejiwaan dan atau penyakit keganasan; 4) Mengalami demensia; 5) Lansia yang memiliki kebiasaan tidur siang hari; dan 6) Lansia yang selama penelitian melakukan aktifitas fisik berat pada siang hari.

Penelitian ini dilakukan di Balai Perlindungan Sosial Tresna Werdha (BPSTW) Ciparay, Kabupaten Bandung. Pelaksanaan penelitian berlangsung selama 40 hari, mulai tanggal 11 April sampai 20 Mei 2013. Pada awal penelitian digunakan 56 responden tetapi 5 responden dieksklusikan. Dengan demikian besar sampel penelitian ini 51 responden, terdiri dari 26 responden kelompok perlakuan dan 25 responden kelompok kontrol. Kualitas tidur responden diukur menggunakan instrumen *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* yang dikembangkan oleh Carole Smyth (2007) setelah melalui proses *back translation*. Hasil uji instrumen menyimpulkan bahwa instrumen bersifat valid dan reliabel dengan *alpha cronbach* sebesar 0,88. Data diambil menggunakan metode wawancara dan dilakukan sebanyak 4 kali; yaitu sebelum intervensi (*pretest*), dua minggu setelah intervensi (*posttest 1*), tiga minggu setelah intervensi (*posttest 2*), dan empat minggu setelah intervensi (*posttest 3*). Analisis hubungan sebelum dan sesudah relaksasi otot progresif digunakan uji t berpasangan dan *repeated anova*. Analisis hubungan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol digunakan uji t tidak berpasangan.

HASIL

Kualitas tidur responden diukur sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif. Hasil pengukuran pada kelompok perlakuan dimuat pada diagram 1.

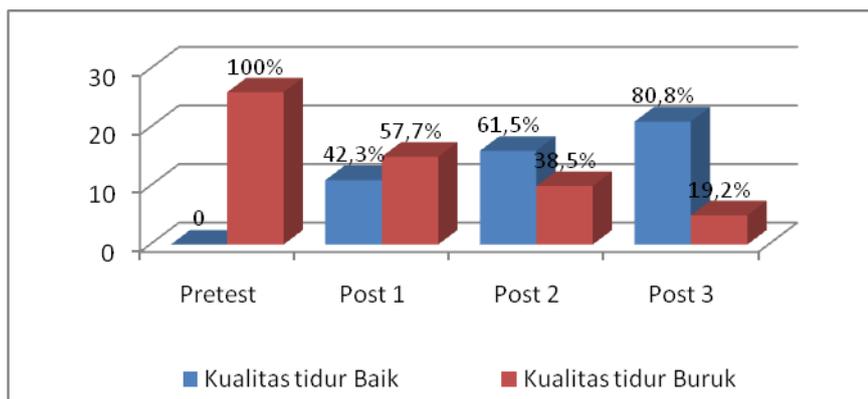


Diagram 1: Distribusi Responden Kelompok Perlakuan Berdasarkan Kualitas Tidur Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif

Berdasarkan diagram di atas diketahui bahwa sebelum latihan relaksasi otot progresif seluruh responden kelompok perlakuan mempunyai kualitas tidur buruk. Frekuensi responden dengan kualitas tidur baik setelah relaksasi otot progresif menunjukkan kecenderungan meningkat, sedang responden dengan kualitas tidur buruk cenderung berkurang frekuensinya. Hal ini mengindikasikan bahwa latihan relaksasi otot progresif memberi pengaruh terhadap peningkatan kualitas tidur lansia di BPSTW Ciparay.

Skor PSQI menggambarkan kualitas tidur responden. Semakin kecil skor PSQI maka semakin baik kualitas tidurnya. Perbandingan rata-rata skor PSQI sebelum dan sesudah relaksasi otot progresif dimuat pada diagram 2.

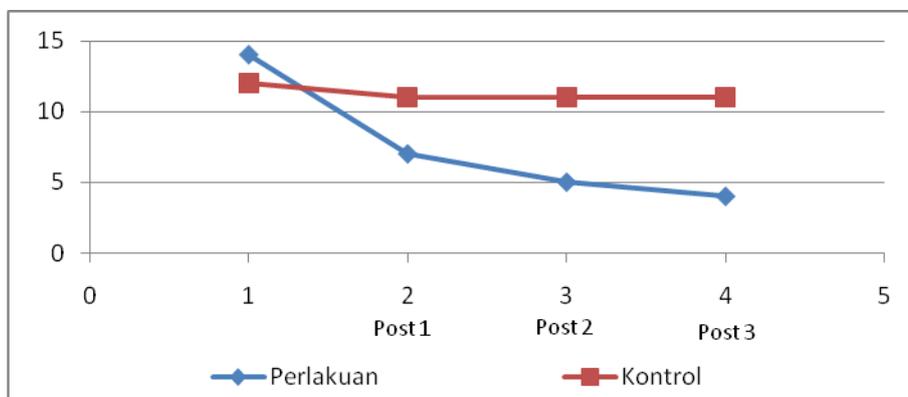


Diagram 2. Rata-rata Skor PSQI Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif

Diagram di atas menggambarkan bahwa kelompok perlakuan dengan latihan relaksasi otot progresif menunjukkan kecenderungan penurunan rata-rata skor PSQI; sedang kelompok kontrol tanpa latihan relaksasi otot progresif rata-rata skor PSQI cenderung konstan. Hal ini mengindikasikan bahwa latihan relaksasi otot progresif bermanfaat untuk meningkatkan kualitas tidur lansia.

Analisis hubungan menggunakan uji t dan repeated anova dimuat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Perbedaan Skor PSQI Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif Berdasarkan Uji t Berpasangan

Metode	n	Rerata±S.D	p
Skor PSQI pada <i>Pretest</i>	26	13,73±2,20	0,000
Skor PSQI pada <i>Posttest 1</i>	26	7,62±3,07	
Skor PSQI pada <i>Posttest 2</i>	26	5,62±2,37	
Skor PSQI pada <i>Posttest 3</i>	26	4,58±1,88	

Hasil perhitungan didapatkan nilai t hitung lebih besar dari t tabel dan $p < 0,05$. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna dari kualitas tidur lansia sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif pada kelompok perlakuan.

Hasil diatas diperkuat dengan hasil uji t lebih dari dua kelompok berpasangan menggunakan uji *repeated anova* yang dimuat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2. Perbedaan Skor PSQI Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif Berdasarkan Uji *Repeated Anova*

Skor PSQI	Perbedaan Rerata±SD	p
<i>Pretest</i>	0,28±0,578	0,000
<i>Posttest 1</i>	6,12±0,578	
<i>Posttest 2</i>	8,12±0,578	
<i>Posttest 3</i>	9,15±0,578	

Berdasarkan tabel di atas diketahui nilai $p = 0,000$. Hasil perhitungan di peroleh nilai F hitung lebih besar dari F tabel sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa paling tidak terdapat dua kelompok pengukuran kualitas tidur yang berbeda. Berdasarkan uji lanjut menggunakan LSD diketahui bahwa kelompok pengukuran kualitas tidur yang berbeda adalah kelompok *pretest* terhadap *posttest 1*, *pretest* terhadap *posttest 2*, *pretest* terhadap *posttest 3* dan *posttest 1* terhadap *posttest 3*. Adapun kelompok *posttest 1* terhadap *posttest 2*, *posttest 2* terhadap *posttest 3* menunjukkan perbedaan yang tidak bermakna. Hal ini mengindikasikan kualitas tidur lansia setelah relaksasi otot progresif lebih baik dibanding sebelum latihan.

Guna melihat apakah terdapat perbedaan skor PSQI sebagai indikator kualitas tidur antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, maka dilakukan analisis komparatif dengan *independent t-test* yang dimuat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3. Perbedaan Skor PSQI Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Uji t Tidak Berpasangan

Kelompok	Sampel	n	Rerata±SD	p
<i>Pretest</i>	Perlakuan	26	13,73±2,20	0,006
	Kontrol	25	11,56±3,09	
<i>Posttest 1</i>	Perlakuan	26	7,62±3,07	0,000
	Kontrol	25	11,28±3,55	
<i>Posttest 2</i>	Perlakuan	26	5,62±2,37	0,000
	Kontrol	25	11,24±3,28	
<i>Posttest 3</i>	Perlakuan	26	4,58±1,88	0,000
	Kontrol	25	11,28±3,49	

Rata-rata skor PSQI kelompok perlakuan lebih rendah dari kelompok kontrol. Hasil pengujian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna dari skor PSQI sebagai indikator kualitas tidur lansia antara kelompok perlakuan terhadap kelompok kontrol. Hal ini berarti kualitas tidur kelompok perlakuan lebih baik dibanding kelompok kontrol.

DISKUSI

Pengukuran kualitas tidur berdasarkan instrumen *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) didapatkan bahwa dari tujuh komponen yang ada, terdapat tiga komponen yang paling dominan menyebabkan gangguan tidur. Ketiga komponen tersebut adalah komponen 2 (C2) yaitu latensi tidur, komponen 3 (C3) yaitu durasi tidur, dan komponen 4 (C4) yaitu efisiensi tidur. Adapun komponen yang paling sedikit menyumbang skor adalah komponen 6 (C6) yaitu penggunaan obat-obatan untuk membantu tidur.

Latensi tidur menggambarkan waktu yang diperlukan untuk memulai tidur yang diukur dengan waktu yang dibutuhkan untuk memulai tidur serta frekuensi ketidakmampuan tidur dalam 30 menit. Pada penelitian ini didapatkan durasi waktu memulai tidur terpendek adalah 20 menit dan durasi terlama adalah 90 menit dengan durasi rata-rata 55 menit. Frekuensi tidak dapat tidur dalam 30 menit umumnya lebih dari 3 kali per minggu. Keadaan tersebut mengindikasikan lansia mengalami kesulitan memulai tidur. Hal ini terjadi karena sebagian besar lansia menderita insomnia. Insomnia merupakan jenis gangguan tidur yang paling sering ditemukan pada lansia. Hal ini sesuai dengan penelitian Eshelman (2008) menemukan lebih dari 50% lansia mengalami kesulitan tidur malam hari.

Durasi tidur menggambarkan lamanya waktu tidur. Lansia umumnya mengalami pemendekan durasi tidur bahkan ada yang tidak mampu mencapai tidur yang dalam (tidur tahap IV dan tidur REM). Kebanyakan lansia juga mudah terbangun hanya oleh stimulus yang ringan sekalipun. Padahal tidur yang dalam sangat bermanfaat untuk mengembalikan fungsi tubuh dan mempertahankan kebugaran. Johnson & Epperson (2006) menjelaskan bahwa orang yang kekurangan durasi tidur mengakibatkan tidak mampu berintegrasi dengan baik dan tidak efektif dalam aktifitasnya; mereka menunjukkan tanda-tanda kebingungan, curiga, mudah menyerah, tidak merasa aman, mudah marah, dan kehilangan selera makan; sehingga banyak lansia mengalami kerugian akibat ketidakmampuannya mencapai tidur yang dalam.

Efisiensi tidur menggambarkan perbandingan jumlah waktu tidur terhadap lamanya waktu ditempat tidur. Kesulitan memulai tidur, ketidakmampuan

mempertahankan kenyamanan tidur, dan sering terbangun merupakan faktor penyebab penurunan efisiensi tidur. Hal ini sesuai dengan penelitian Zarcone, Falke & Anlar (2010) yang mengidentifikasi 66,19% lansia hanya memiliki kurang dari 50% efisiensi tidurnya. Seiring dengan proses penuaan yang terjadi pada lansia, efisiensi tidur akan berkurang sehingga tidak tercapai kualitas tidur yang adekuat (Maas, 2002). Sesungguhnya penurunan jumlah jam tidur bukanlah suatu masalah jika lansia tersebut merasakan kualitas tidur yang baik, karena kualitas tidur yang baik akan dapat memulihkan fungsi tubuh. Maka, tidak berlebihan jika dikatakan bahwa tidur berkualitas walaupun durasinya pendek tetap lebih baik daripada tidur yang panjang tetapi tidak berkualitas.

Frekuensi penggunaan obat untuk membantu tidur menggambarkan berat ringannya gangguan tidur yang dialami oleh lansia. Semakin sering mengkonsumsi obat untuk membantu tidur berarti lansia tersebut mengalami gangguan tidur berat yang juga berarti kualitas tidurnya semakin buruk. Pada awal penelitian (*pretest*) ditemukan enam orang responden kelompok perlakuan yang menggunakan obat untuk membantu tidur. Frekuensi penggunaan obat adalah antara 1 – 2 kali seminggu. Jumlah responden yang menggunakan obat untuk membantu tidur berkurang menjadi tiga orang pada posttest 1, berkurang lagi menjadi hanya satu orang pada posttest 2 dan posttest 3 dengan frekuensi penggunaan kurang dari sekali dalam seminggu. Berkurangnya jumlah dan frekuensi penggunaan obat untuk membantu tidur disebabkan responden sudah memiliki kualitas tidur yang lebih baik dibanding sebelumnya sebagai hasil latihan relaksasi otot progresif.

Lansia umumnya mengalami penurunan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan psikologis sebagai dampak proses penuaan. Malik (2010) menjelaskan bahwa dorongan homeostatik untuk tidur lebih dulu menurun kemudian diikuti oleh dorongan irama sirkadian untuk terjaga. Menurut Woolfolk & McNulty (2003) gangguan juga sering terjadi pada ritmik sirkadian tidur-jaga, yaitu suatu kondisi dimana jam biologik menjadi lebih pendek dan fase tidurnya menjadi lebih maju. Gangguan ritmik sirkadian tidur jaga ini berpengaruh terhadap kadar hormon yang terutama disekresikan saat tidur dalam pada malam hari, antara lain hormon tiroid, prolaktin, dan melatonin (Jesica, 2009).

Secara umum, gangguan tidur yang menyebabkan kualitas tidur lansia menurun terjadi karena faktor fisik, psikologis dan lingkungan. Faktor fisik seperti adanya penyakit tertentu yang diderita mengakibatkan lansia tidak dapat tidur dengan baik. Hal ini pula yang banyak dialami lansia di BPSTW Ciparay. Faktor psikologis seperti kecemasan, stres, ketakutan, dan ketegangan emosional acapkali dialami lansia. Apalagi lansia di panti umumnya mempunyai stresor tambahan seperti keharusan beradaptasi terhadap lingkungan panti; adaptasi dengan teman sekamar, dengan penghuni panti yang lain dan atau pengelola panti; serta adaptasi terhadap kegiatan dan aturan panti (Erliana, 2008). Tidak jarang kejadian kecil yang dialami lansia menyulut emosi dan menyebabkan kecemasan atau stress yang tentu saja dapat berakibat timbulnya gangguan tidur.

Lingkungan dapat menjadi faktor pendukung maupun penghambat tidur. Termasuk faktor lingkungan misalnya pencahayaan, temperatur kamar, ventilasi, dan kebisingan. Secara umum kondisi lingkungan di BPSTW Ciparay cukup kondusif. Lokasi panti yang jauh dari kebisingan, temperatur yang nyaman, ventilasi yang memadai, dan pencahayaan yang baik merupakan faktor yang mendukung untuk tidur. Meskipun demikian, sebagian kecil lansia mengeluh kurang nyaman akibat temperatur

dan pencahayaan. Hal ini dapat dimengerti mengingat respon setiap individu terhadap lingkungan adalah berbeda-beda, apalagi lansia di panti mempunyai latar belakang yang berbeda pula.

Lingkungan dapat menjadi faktor pendukung maupun penghambat tidur. Termasuk faktor lingkungan misalnya pencahayaan, temperatur kamar, ventilasi, dan kebisingan. Secara umum kondisi lingkungan di BPSTW Ciparay cukup kondusif. Lokasi panti yang jauh dari kebisingan, temperatur yang nyaman, ventilasi yang memadai, dan pencahayaan yang baik merupakan faktor yang mendukung untuk tidur. Meskipun demikian, sebagian kecil lansia mengeluh kurang nyaman akibat temperatur dan pencahayaan. Hal ini dapat dimengerti mengingat respon setiap individu terhadap lingkungan adalah berbeda-beda, apalagi lansia di panti mempunyai latar belakang yang berbeda pula.

Responden kelompok perlakuan menunjukkan peningkatan kualitas tidur setelah latihan relaksasi otot progresif, sedang pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan yang bermakna. Tren peningkatan kualitas tidur kelompok perlakuan terlihat dari peningkatan frekuensi lansia dengan kualitas tidur baik dan penurunan skor rata-rata PSQI. Hal ini menunjukkan bahwa latihan relaksasi otot progresif mempunyai dampak positif terhadap peningkatan kualitas tidur lansia.

Latihan relaksasi otot progresif cukup efektif untuk memperpendek latensi tidur, memperlama durasi tidur, meningkatkan efisiensi tidur, mengurangi gangguan tidur, dan mengurangi gangguan aktifitas pada siang hari sehingga meningkatkan respon puas terhadap kualitas tidurnya. Hal ini memperkuat teori yang dikemukakan oleh Mentz (2003) bahwa teknik relaksasi otot progresif memberi respon terhadap ketegangan; respon tersebut menyebabkan perubahan yang dapat mengontrol aktivitas sistem syaraf otonom dan aktivasi *suprasciasmatic nucleus* sehingga mudah untuk tertidur.

Peningkatan kualitas tidur lansia setelah latihan relaksasi otot progresif disertai dengan berkurangnya keluhan lansia. Keadaan ini terlihat dari jawaban responden pada instrumen PSQI. Pada tahap *pretest* banyak lansia yang mengeluhkan memiliki nyeri dengan frekuensi yang cukup sering; tetapi seiring dengan latihan relaksasi otot progresif yang dilakukan membuat frekuensi nyeri menjadi berkurang bahkan hilang. Sebagian kecil responden juga menyatakan tidak dapat bernafas dengan nyaman, mengalami mimpi buruk, dan terbangun tengah malam untuk menggunakan toilet pada sebagian besar responden. Keluhan tersebut juga berkurang setelah melakukan latihan relaksasi otot progresif. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian terdahulu yang membuktikan bahwa latihan relaksasi otot progresif bermanfaat untuk meredakan keluhan sakit kepala dan meningkatkan kualitas hidup (Azizi & Mashhady, 2012); mengatasi ketegangan, kecemasan, stres dan depresi (Jacobson & Wolpe dalam Conrad & Roth, 2007); dan membantu mengatasi kesulitan memulai dan mempertahankan tidur pada penderita insomnia (Erliana, E., 2008).

Pengaruh relaksasi otot progresif terhadap kualitas tidur terlihat jelas dari peningkatan durasi tidur lansia. Pada awal penelitian, durasi tidur lansia terpendek adalah 3 jam, dan durasi terlama adalah 6 jam 45 menit. Setelah latihan relaksasi otot progresif rata-rata durasi tidur lansia kelompok perlakuan menunjukkan peningkatan. Durasi terpendek yang didapatkan adalah 5 jam dan durasi terlama adalah 7 jam 15 menit. Pada kelompok kontrol, rata-rata durasi tidur tersebut tidak mengalami perubahan.

Peneliti meyakini bahwa peningkatan kualitas tidur pada penelitian ini terjadi karena pengaruh latihan relaksasi otot progresif. Responden penelitian ini, baik

kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol memiliki karakteristik yang tidak jauh berbeda, tinggal dalam lingkungan yang sama, dan sama-sama memiliki gangguan tidur pada awal penelitian. Kelompok perlakuan menunjukkan peningkatan kualitas tidur secara bermakna setelah latihan relaksasi otot progresif; sedangkan kelompok kontrol tanpa melakukan latihan relaksasi otot progresif ternyata tidak mengalami perubahan pada kualitas tidur. Hal ini membuktikan bahwa latihan relaksasi otot progresif memberi pengaruh terhadap peningkatan kualitas tidur lansia.

Pada penelitian ini, faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan lama tinggal di panti tidak mempunyai hubungan dengan kualitas tidur. Hasil analisis korelasi antara faktor-faktor tersebut terhadap kualitas tidur menunjukkan tingkat signifikansi lebih dari 0,05 yang berarti bahwa kualitas tidur tidak berhubungan dengan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan lama tinggal di panti. Hal ini menegaskan bahwa peningkatan kualitas tidur memang disebabkan oleh latihan relaksasi otot progresif. Faktor psikologis memang mempengaruhi kualitas tidur; tetapi responden kelompok kontrol juga mempunyai kondisi psikologis yang hampir sama dengan kelompok perlakuan. Maka, jika kelompok perlakuan mengalami peningkatan kualitas tidur sedang kelompok kontrol tidak meningkat, berarti aspek psikologis sebagai variabel perancu pada penelitian ini dapat dikesampingkan.

Peningkatan kualitas tidur lansia setelah latihan relaksasi otot progresif didukung oleh konsep Smith (2005) dan Soewondo (2012) yang menyatakan bahwa gerakan kontraksi dan relaksasi otot dapat menstimulasi respon relaksasi baik fisik maupun psikologis. Menurut Demiralp, Oflaz, & Komurcu (2010) respon tersebut terjadi karena rangsangan aktivitas sistem syaraf otonom parasimpatis yaitu *nuclei rafe* yang terletak pada separuh bagian bawah *pons* dan *medulla*; akibatnya terjadi penurunan pada metabolisme tubuh, denyut nadi, tekanan darah dan frekuensi pernafasan, serta terjadi peningkatan sekresi serotonin sehingga tubuh menjadi tenang dan lebih mudah untuk tidur. Pada saat yang sama, ketika melakukan gerakan relaksasi otot, sebuah sel syaraf juga mengeluarkan *opiate peptides* yang merupakan saripati kenikmatan dan dialirkan keseluruh tubuh sehingga yang dirasakan adalah rasa nikmat dan rileks (Persson, et.al. 2008).

Menurut Yang, et.al. (2012), gangguan tidur diduga sebagai akibat dari peningkatan aktivitas *Reticular Activating System (RAS)*, *dopamine* dan *norepineprine* atau disebabkan penurunan aktivitas sistem batang otak. Dalam penelitiannya, Jacobson berkesimpulan bahwa adanya ketegangan menyebabkan serabut-serabut otot berkontraksi. Jacobson meyakini bahwa otot yang tegang berhubungan dengan jiwa yang tegang dan fisik yang rileks akan disertai dengan mental yang rileks pula (Soewondo, 2012). Dalam latihan relaksasi otot progresif, gerakan menegangkan sekumpulan otot dan kemudian melelemkannya serta membedakan sensasi tegang dan rileks, seseorang tersebut dapat menghilangkan kontraksi otot untuk selanjutnya akan mengalami perasaan rileks dan nyaman (Zarcone, Falke & Anlar, 2010).

Menurut Oliveira (2010) aktivasi sistem saraf simpatis membuat lansia tidak dapat merasakan rileks dan cenderung menghalangi hadirnya rasa kantuk. Melalui latihan relaksasi otot progresif lansia dilatih untuk menghadirkan respon relaksasi sehingga dapat mencapai keadaan yang tenang dan kondusif untuk tertidur. Potter & Perry (2005) menyatakan bahwa seseorang akan tertidur hanya jika telah merasa nyaman dan rileks. Smith (2005) menjelaskan bahwa kondisi rileks yang dihasilkan terjadi karena latihan relaksasi otot progresif dapat memberikan pemijatan halus pada berbagai kelenjar tubuh, menurunkan produksi kortisol dalam darah, mengatur

pengeluaran hormon yang adekuat sehingga memberi keseimbangan emosi dan ketenangan pikiran.

Menurut Davis and McKay (2001), latihan relaksasi otot progresif terbukti mampu mengatasi keluhan *anxietas*, *insomnia*, kelelahan, kram otot, serta menstabilkan tekanan darah. Kenyataan tersebut didasarkan pada keyakinan manfaat latihan dalam menurunkan kecemasan dan ketegangan fisiologis, serta meningkatkan relaksasi otot sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah. Aliran darah sistemik menjadi lancar, denyut nadi menjadi normal, frekuensi pernapasan menjadi normal, dan mengurangi *evaporasi* sehingga klien menjadi nyaman dan pikiran menjadi tenang sebagai akibat dari penurunan aktivitas *Reticular Activating System* (RAS) dan peningkatan aktivitas batang otak (Joshi, 2008; Yang, et.al., 2012). Mentz (2003) menjelaskan bahwa efek relaksasi mampu meningkatkan kerja syaraf parasimpatis sehingga kerja jantung berkurang dan suplai oksigen terpenuhi. Seseorang yang melakukan latihan relaksasi otot progresif akan menunjukkan penurunan kadar norepineprin, penurunan kontraktilitas jantung, dan menstimulasi *suprachiasmatic nucleus* untuk menimbulkan sensasi nyaman sehingga merangsang timbulnya kantuk.

KESIMPULAN

Latihan relaksasi otot progresif terbukti bermanfaat untuk meningkatkan kualitas tidur lansia. Manfaat tersebut tergambar secara jelas dengan meningkatnya respon subyektif kepuasan responden terhadap kualitas tidur, latensi tidur memendek, durasi tidur bertambah, efisiensi tidur meningkat, keluhan gangguan tidur berkurang, dan berkurangnya gangguan aktifitas siang hari sehubungan dengan masalah tidur. Hasil penelitian ini mendukung penemuan penelitian sebelumnya tentang manfaat relaksasi otot progresif yang mampu mereduksi penyebab gangguan tidur.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizi, M. & Mashhady, H. 2012. *Analysis of Progressive Relaxation Effect on Life Quality of Migraine Patients*. Current Research Journal of Social Sciences 4 (2): 150-152.
- Conrad, A. & Roth, W.T. 2007. *Muscle Relaxation Therapy For Anxiety Disorders: It Works But How?* Journal of Anxiety Disorders 21: 243–264.
- Corey, G. 2005. *Student Manual For Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*, 7th Edition. USA : Thompson Brooks/Cole.
- Crowley, K. 2011. *Sleep and Sleep Disorders in Older Adults*. Melalui <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/sid=b76f647>> [07/10/12]
- Davis & McKay. 2001. *Panduan Relaksasi dan Reduksi Stres Edisi V*. Jakarta: EGC.
- Demiralp, Oflaz, & Komurcu. 2010. *Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy*. Journal of Clinical Nursing, Vol. 19: 1073–1083.
- Erliana, E. 2008. *Perbedaan Tingkat Insomnia Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif (Progressive Muscle Relaxation) di BPSTW Ciparay Bandung*. Melalui <<http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/pdf>> [11/17/12]
- Eshelman, R. 2008. *A Systematic Review of Nonpharmacological Therapies for Insomnia*. Silver Spring Vol. 45: 49-64.
- Fatimah. 2012. *Populasi lansia*. Melalui <<http://theopoxibink.blogspot.com/>> [06/06/12]

- Japardi, I. 2002. Gangguan Tidur. USU Digital Library. Melalui <<http://library.usu.ac.id/download/fk/bedah-iskandar%20japardi12.pdf>> [06/06/12]
- Jesica, B. 2009. Pentingnya Tidur Berkualitas Bagi Kesehatan. Jakarta: Sagung Seto.
- Johnson & Epperson. 2006. *Quality of Sleep and Quality of Life in Elderly*. Sleep Med 12 (1): 93-102.
- Joshi, S. 2008. *Nonpharmacologic Therapy For Insomnia in Elderly*. Clin Geriatr Med. 24 (1) : 107-119.
- Khasanah, K. & Hidayati, W. 2012. Kualitas Tidur Lansia Balai Rehabilitasi Sosial “Mandiri” Semarang. Jurnal Nursing Studies 1 (1) : 189-196.
- Lueckenotte, A.G. 2000. *Gerontological Nursing*. Philadelphia. Mosby Year Book.
- Madjid, I. 2008. Mewujudkan Lanjut Usia Yang Sejahtera. Jakarta: Penerbit Harapan Jaya.
- Malik, K. 2010. Seri Hidup Sehat : Rahasia Dibalik Tidur. Jakarta: Pusaka Indonesia.
- Maas, J.B. 2002. *Power of Sleep*. Bandung: Mizan Media Utama.
- Marchira, C.R. 2007. Insomnia Pada Lansia dan Penatalaksanaannya. Jurnal Berkala Kesehatan Klinik 13 (2) : 123-129.
- Mentz. 2003. *Relaxation Therapy*. Melalui <<http://www.mayday.coh.org>> [05/26/13]
- Oliveira, A. 2010. *Sleep Quality of Elders Living in Long Term Institution*. Melalui <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_10.pdf> [07/07/12]
- Partinen & Hublin, 2000. *Epidemiology of Sleep Disorders*. Philadelphia: WB Saunders.
- Persson, et.al. 2008. *Relaxation as treatment for chronic musculoskeletal pain : a systematic review of randomized controlled studies*. Physical Therapy Reviews, Vol. 13 (5): 355-365.
- Potter & Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktek. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Prayitno, A. 2002. Gangguan Pola Tidur Pada Kelompok Usia Lanjut dan Penatalaksanaannya. Jurnal Kedokteran Trisakti 12 (1) : 23-30.
- Smith, J.C. 2005. *Relaxation, meditation, and mindfulness : A mental health practitioner's guide to new and traditional approaches*. New York: Springer.
- Smyth, C. 2007. *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. Try This : Best Practices in Nursing Care to Older Adults. Issue Number 6.1. Melalui <http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_6_1.pdf> [07/07/12]
- Stevens, M.S. 2008. *Normal Sleep, Sleep Physiology, and Sleep Deprivation : General Principles*. Melalui <www.emedicine.com/neuro/topic444.htm> [01/22/12]
- Wolkove, et.al. 2007. *Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people*. Melalui <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/>> [07/10/12]
- Woolfolk, R.L. & McNulty, T.F. 2003. *Relaxation Treatment for Insomnia: A Componen Analysis*. Journal of Consulitng and clinical Psychology. Vol. 51 (4): 495-503.
- Zarcone, P., Falke, R., & Anlar, O. 2010. *Effect of Progressive Relaxation on Sleep Quality*. Neurosci, Vol. 63: 221-227.

JUDUL	Model Pelayanan Penyakit Kronis
PRESENTER	Meidiana Dwidiyanti
AUTHOR(S)	Meidiana Dwidiyanti
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Latar Belakang Penyakit kronis memerlukan proses penyembuhan yang lama minimal 3 bulan, misalnya jantung, ginjal, dm, tb, asthma, stroke dan lain-lain. Karena penyembuhan yang lama mengakibatkan masalah yang kompleks seperti selain masalah fisik,ada masalah psikologi,sosial, dan spiritual. *Outcome* pelayanan kesehatan yang komprehensif atau holistik juga masih jarang di teliti di indonesia, di beberapa negara *outcome* pelayanan sudah menggambarkan kualitas hidup pasien.pada artikel ini di jelaskan tentang berbagai model yang di kembangkan di negara lain dan dampaknya atau *out come* pelayanan yang lebih komprehensif atau holistik. **Metode** Metode penulisan ini menggunakan literature review dari cinahl, ebsco, science direct dengan kata kunci nursing model, *chronic illness* dan *outcome*. **Hasil** Hasil penulisan menunjukkan prinsip pelayanan penyakit kronis yaitu mendorong pasien mampu mengelola diri sendiri. Ada beberapa model pelayanan penyakit kronis. 1) *stanford course*, 2) program *flinders*, 3) model a5:(US), 4) *counseling-motivational interviewing*, 5) *health coaching*, 6) program SOWAN. *Outcome* dari pelayanan adalah kesejahteraan dengan indikator kemampuan pasien berfungsi secara komprehensif yaitu fisik, kognitif, emosi komunikasi dan spiritual. **Kesimpulan** Model pelayanan penyakit kronis yang bertujuan untuk kemampuan merawat dirinya sendiri dan *outcome* yang jelas perlu di kembangkan, sehingga pelayanan kesehatan mempunyai out come yang jelas.

LATAR BELAKANG

Penyakit kronis memerlukan proses penyembuhan yang lama minimal 3 bulan, misalnya jantung, ginjal, DM, TB, Asthma, stroke dan lain-lain. Karena penyembuhan yang lama mengakibatkan masalah yang kompleks seperti selain masalah fisik,ada masalah psikologi,sosial, dan spiritual. Di Indonesia belum ada model pelayanan kesehatan yang mampu menyelesaikan secara komprehensif sehingga bisa menyelesaikan masalah yang di hadapi pasien dengan penyakit kronis.

Pelayanan yang berfokus pada pasien belum di dikembangkan secara khusus di Indonesia, sehingga pelayanan kesehatan terlihat sekarang ini,seperti sama di semua pasien dengan penyakit yang berbeda, sehingga pelayanan yang di hasilkan juga sama yaitu minum obat dan hilangnya gejala yang di nyatakan sembuh. Tetapi dampak terhadap sehat secara keseluruhan misalnya psikologi,sosial, spiritual belum di tangani secara khusus.

Di Negara-negara maju beberapa model pelayanan penyakit kronis sudah di kembangkan misalnya di Stanford University di Amerika, Flinder University di Australia, model health couching, dan 5 A di Inggris sudah dinyatakan efektif di lakukan pada pasien penyakit kronis.

Outcome pelayanan kesehatan yang komprehensif atau holistik juga masih jarang di teliti di Indonesia, di beberapa Negara *outcome* pelayanan sudah menggambarkan kualitas hidup pasien.Pada artikel ini di jelaskan tentang berbagai model yang di kembangkan di Negara lain dan dampaknya atau *out come* pelayanan yang lebih komprehensif atau holistik.

JENIS PROGRAM PELAYANAN PENYAKIT KRONIS YANG MENDORONG PASIEN MAMPU MENGELOLA DIRI SENDIRI

Beberapa jenis program yang mendorong *self management* yang di kembangkan di Amerika, Inggris, Australia menurut Lawn and Schoo (2010) adalah sebagai berikut:

1. Stanford Course

Program Stanford adalah program yang dilakukan secara berkelompok (10-15 orang), dipimpin oleh teman sendiri (peer) dan berlangsung selama 6 minggu. Program ini banyak dilakukan di berbagai negara dan pada berbagai penyakit kronis. Model ini membutuhkan tenaga kesehatan yang professional dan peer sebagai leader program. Leader perlu mengikuti training selama 3 hari sehingga dapat mengajarkan ketrampilan seperti:

- a. Problem solving (pemecahan masalah)
- b. Action plan (rencana kegiatan)
- c. Goal setting (tujuan)
- d. Mengatasi emosi
- e. Hidup sehat
- f. Manajemen gejala (symptoms) dan pengobatan
- g. Komunikasi
- h. Bekerja bersama dengan tenaga kesehatan

Penggunaan dukungan dari peer melalui pengalamannya sendiri mampu mendukung dan memandu orang dengan penyakit kronis.

Keuntungannya menurut Kubina and Kelly (2007) Program peer group lebih mungkin relevan dengan pengalaman hidup pasien. Fokusnya pada masalah dan tujuan pasien, bukan perspektif dari tenaga kesehatan oleh karena itu motivasi pasien cenderung tinggi. Pemberdayaan melalui saling belajar, dan bekerja dalam kelompok. Kelompok kerja mengurangi isolasi dan memfasilitasi efikasi diri. Orang yang merasakan kesulitan dalam pengobatan dan tidak percaya dengan pelayanan akan menemukan pendekatan yang lebih menyenangkan. Penggunaan skala dalam pra-dan pasca-penilaian dan alat umpan balik berarti bahwa perubahan/kemajuan dapat diukur secara obyektif atas waktu dan sangat cocok untuk evaluasi yang lebih ketat. Program ini tidak bertentangan dengan intervensi lain atau perawatan medis. Program ini telah dikembangkan dan dievaluasi secara ilmiah lebih dari 25 tahun di beberapa populasi dan konteks.

2. Program Flinders

Program Flinders merupakan program yang dilakukan secara individu, pengkajian berdasarkan klien dan perencanaan perawatan yang memfasilitasi perubahan perilaku dengan menggunakan berbagai tools serta penggunaan interaksi motivasi antara pasien dan tenaga kesehatan termasuk identifikasi pasien dalam menentukan kebutuhan yang prioritas dan tujuan. Program ini membutuhkan pengkajian yang detail dan perencanaan perawatan yang terstandar. Tenaga professional perlu mengikuti training selama 2 hari dan 3 studi kasus setelah training. Komponen utama program Flinders:

- a. *Self-assesment* tentang kapasitas sendiri berdasarkan 6 domain, perilaku dan ketrampilan untuk self management (SM) yang efektif.
- b. Identifikasi permasalahan klien yang spesifik, dapat diukur, perencanaan tujuan yang realistic, waktu (SMART) dengan penggunaan CBT.
- c. Membangun perencanaan (yang bisa jg berkaitan dengan pengobatan) melalui negosiasi antara pasien dan tenaga kesehatan. Perencanaan perawatan meliputi masalah, tujuan, intervensi, siapa yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan

mereview tanggal sebagai bagian dari perawatan yang yang baik. Tools yang digunakan untuk pasien meliputi symptom action plan, cek list kunjungan dokter dan handbook.

Keuntungannya menurut Battersby, Kit, Prideaux, Harvey, Collins, Mills (2008): Individual dan interaksi berpusat pada pasien (menggunakan mengidentifikasi masalah dan tujuan pasien) ditargetkan dan karena itu lebih relevan. Program ini cocok untuk orang-orang dengan multi-morbiditas melalui wawancara dan proses perencanaan sehingga mampu menangkap kompleksitas dan saling ketergantungan. Keterampilan wawancara untuk memotivasi diajarkan dalam pelatihan dan melekat dalam alat terstruktur. Penggunaan skala dalam program Flinders berarti bahwa perubahan dan kemajuan dapat diukur secara obyektif dari waktu ke waktu, dan karena itu juga cocok untuk evaluasi yang lebih ketat. Langkah-langkah dapat dipecah dan digunakan di lebih dari satu kontak dengan pasien untuk kebutuhan pasien secara individu. Efektivitas alat ilmiah telah dievaluasi dalam serangkaian acak, terkontrol dan tidak terkontrol percobaan lebih dari 10 tahun.

3. Model A5:(US)

Model ini pertama kali dikembangkan di US untuk intervensi pada perokok. 5A terdiri dari:

- a. *Assess*: bertanya tentang perilaku
- b. *Advise*: memberikan pesan yang jelas untuk mendukung perubahan
- c. *Agree*: membuat tujuan berdasarkan kesiapan untuk berubah
- d. *Assist*: memberikan dukungan/mendampingi dengan pengetahuan, ketrampilan, kepercayaan diri dan dukungan
- e. *Arrange*: merefer dan membuat jadwal untuk follow up

Selain pendekatan 5A, program ini juga memberikan dukungan kepada pasien dengan konseling/wawancara motivasi dan coaching kesehatan.

Keuntungan 5A menurut Dosh, Summers, Torres, Arnold, Baumann, White (2005) adalah singkatan lugas dan mudah diingat untuk aplikasi di lingkungan pelayanan kesehatan yang sibuk. Mudah dipahami oleh pasien dan mirip dengan harapan ada dukungan kesehatan profesional melalui pemberian saran, arahan. Mengakui keahlian pasien dalam hidup dengan kondisi mereka, informasi yang diinginkan sesuai dengan harapan pasien.

4. *Counseling-motivational interviewing* (konseling/wawancara motivasi)

Metode ini menggunakan *motivational interviewing* dan terapi pilihan untuk membantu pasien agar mengambil tanggung jawab sesuai dengan pilihannya dan membantu mereka dalam mempertahankan pola hidup dengan kebiasaan yang positif seperti hubungan social, diet dan aktifitas fisik dan latihan. *motivational interviewing* adalah metode yang berfokus pada pasien (*patient-centered*) untuk meningkatkan motivasi internal untuk berubah. Selama wawancara ambivalence atau keraguan di eksplorasi dan diselesaikan.

Dalam terapi pilihan, *motivational interviewing* digunakan untuk membuat discrepancy dengan membedakan antara apa yang diinginkan dengan apa yang sedang dilakukan. Penerimaan perbedaan diantara keduanya akan membuat pasien sadar akan ketidakkonsistenan antara apa yang sekarang mereka lakukan dengan nilai yang ada pada diri mereka sehingga membuat perubahan. *motivational interviewing* sangat efektif dalam beberapa penelitian. Prinsip *motivational interviewing* diantaranya:

- a. Ekspres empati
- b. Mengembangkan ketidaksamaan

- c. Mencegah argument/ alasan
- d. mengurangi resistance dalam perubahan
- e. Mendukung self-efficacy

motivational interviewing membutuhkan tidak judgement, kolaborasi, membangun trust, reflective listening, empati, ekspres empati, Mengembangkan ketidaksamaan, Mencegah argument/ alasan, mengurangi resistance dalam perubahan, meningkatkan kesiapan untuk berubah, mengubah perubahan dalam kata-kata dan meningkatkan self-efficacy.

Keuntungannya Pill, Rees, Stott, Rollnick (1999).:Pelatihan yang tersedia untuk para profesional dan keterampilan yang diperoleh digunakan untuk memfasilitasi perubahan perilaku. Pendekatan yang fleksibel dan dapat diterapkan di pelayanan kesehatan, dan dimasukkan dalam model perawatan. Dapat digunakan dalam jangka panjang serta konsultasi singkat. Cocok untuk mendukung manajemen diri dan perubahan perilaku. Beberapa uji klinis telah dilakukan dengan beragam populasi lebih dari tiga dekade dengan efektivitas jelas ditunjukkan.

5. *Health coaching*

Health coaching didefinisikan sebagai peran yang interaktif oleh peer atau individu yang profesional untuk mendukung pasien supaya aktif berpartisipasi dalam *self-management* dalam penyakit kronis. Itu juga dapat berupa coaching melalui telepon. *Health coaching* diambil dari *evidence based* teori psikologis, prinsip dan tehnik praktek dimana tenaga kesehatan dapat menggunakan pasien. *Health coaching* merupakan bagian dari *motivational interviewing* dan pendekatan perilaku kognitif, dan latihan selama 1-2 hari dalam workshop.

Keuntungannya menurut Lindner, Menzies, Kelly, Taylor, Shearer (2003): Bekerja dengan pasien lebih penting daripada menggunakan model. Menggunakan wawancara motivasi dan pendekatan perilaku kognitif lainnya yang memiliki dasar bukti yang jelas.

Dari dari 5 program tersebut peneliti memilih *self management* model 5A Hal tersebut mendasari peneliti membuat sebuah program tentang keperawatan mandiri 'SOWAN' yang modifikasi dari program *self management* Lorig, (2003) yang sudah diteliti dengan *outcome* penurunan jumlah pasien COPD yang datang ke rumah sakit sebanyak 39,8% (p=0,01), pasien yang melalui instalasi gawat darurat menurun menjadi 41,0% (p=0,02), dan kunjungan dokter yang tidak terjadwal menjadi 58,9% (p=0,003) (Bourbeau, 2003).

6. Program SOWAN

Program ini di kembangkan oleh Meidiana (2014) pada pasien dengan pelayanan TB paru, pelayanan yang berfokus pada pasien dan bertujuan untuk meningkatkan target sehat mandiri. Modifikasi yang dilakukan oleh peneliti melalui konsep "SOWAN" yang berarti *Supportive, Observation, Well-being, action, Nursing* dengan menggunakan model 5 A dari *self management* yaitu A pertama sebagai *Assess* di ganti menjadi pengkajian tingkat kemandirian, A kedua yaitu *Advise* sebagai di ganti sebagai mengelolah keluhan dengan pertimbangan budaya lokal bahwa pasien kalau datang minta segera di atasi keluhannya dengan segera, A ketiga yaitu *Agree* di ganti dengan target *self care*/sehat mandiri karena ada kesepakatan untuk apa yang dilakukan pasien di rumah, A ke empat yaitu *Assist* di ganti dengan memotivasi pasien dan keluarganya, dan A ke lima yaitu *Arrange* di ganti rencana tindak lanjut untuk pertemuan berikutnya.

OUT COME PELAYANAN DALAM PENYAKIT KRONIS

Penelitian tahun 2000 tentang *outcomes* pelayanan dokter dan perawat ternyata sama di ukur dari fungsi secara fisik, peran dari fisik, *bodily pain, vitality*, fungsi sosial, peran emosi kesehatan mental. Artinya pada pelayanan kesehatan primer di masyarakat peran dokter dan perawat sangat di butuhkan dengan keluaran yang sama (Mary, Robert, Kane, Elizabeth, Annette, Totten, 2000).

Berdasarkan *pilot project* Lang & Karen (1990) tentang klasifikasi *outcomes* dari pelayanan keperawatan terdapat 12 kategori yaitu

Outcomes secara fisik berhubungan dengan menjaga hidup sehat seperti mengukur tekanan darah, frekuensi nadi, temperature, penyembuhan luka dan sebagainya. Dan hal ini biasanya diukur secara kuantitatif. *Outcomes* psikososial termasuk perilaku, komunikasi, hubungan baik interpersonal maupun intrapersonal pasien, termasuk juga koping, emosi dan sikap pasien. *Functional status* termasuk pada kegiatan hidup sehari-hari, merawat diri (*self care*), mobilitas, komunikasi. Ketika mengukur *functional status* juga memperhatikan kemampuan keluarga dan *caregiver*.

Behavior category termasuk kegiatan sehari-hari, ketrampilan, dan kegiatan yang dilakukan sekarang oleh pasien yang berkaitan dengan penerapan pengetahuan, penyelesaian masalah, motivasi dan kepatuhan. *Knowledge category* berkaitan dengan level pengetahuan dan pemahaman pasien termasuk diit, pengobatan, tindakan dan diagnose baik secara medis maupun keperawatan. *Symptom control* Contohnya mengatasi sakit, kelelahan, rasa nyaman, mual-muntah, konstipasi, diare, atau inkontinensia pada pasien. *Category of home maintenance* merupakan fungsi dari *family unit*, misal pola kehidupan keluarga lingkungan, *support* dan peran fungsi. *Well being* kualitas hidup sering digunakan berkaitan dengan kesejahteraan, tetapi juga berkaitan dengan status fungsi (*functional status*) *Goal attainment*, berkaitan dengan harapan pasien yang dibandingkan dengan kondisi saat pasien pulang. Hal ini bersifat individual klien. *Satisfaction* mengukur kepuasan pasien. *Safety* Melakukan semua tindakan dengan memperhatikan keamanan pasien, seperti mencegah resiko jatuh dan perlu dikembangkan lagi untuk *outcome* yang lebih rinci. Penyelesaian diagnosa keperawatan.

Pengukuran *outcomes* pasien sangat penting sebagai bukti tentang pelayanan keperawatan yang efektif. Penelitian Doran et al (2006) menunjukkan adanya hubungan antara intervensi keperawatan dengan pencapaian outcome dari pasien. Pada tahun 2000, Mundinger, Kane, Lenz, Wei-Yan Tsai, Clearly, Friedewald, Albert et al membuat sebuah *study* perbandingan antara *outcome primary care* dimana pasien dirawat oleh perawat dan pasien dirawat oleh dokter. Hasil penelitian itu menunjukkan bahwa intervensi dokter dan intervensi keperawatan tidak menimbulkan perbedaan yang jelas pada *outcome* pelayanan tersebut.

Cara mengembangkan *outcome* Center for Research on Quality in Health Care, RAND health, Los Angeles Veterans Administration and Health Program, USA telah membuat sebuah penelitian tentang bagaimana mengembangkan cara pengukuran *outcome* dalam pelayanan kesehatan. Penelitian tersebut menemukan bahwa terdapat 4 langkah guna mengembangkan pengukuran yang valid untuk membandingkan *outcomes* antara system pelayanan kesehatan. Langkah-langkah tersebut adalah (1) memilih area pelayanan kesehatan yang akan dinilai (2) Memilih indikator-indikator *outcomes* yang akan dinilai (3) Membuat spesifikasi yang tepat untuk implementasi secara konsisten (4) Mengevaluasi *outcome* berdasarkan indikator-indikator yang sudah dipilih.

Self management mempengaruhi peningkatan *outcome* yang bervariasi pada pasien, pada berbagai penyakit kronis. Maka dilakukan evaluasi efek *self management*

yang berkelanjutan namun spesifik pada COPD. Pasien yang datang ke rumah sakit dengan penyakit COPD (*Chronic Obstruction Pulmonary Disease*) menurun menjadi 39,8% dalam grup intervensi dibandingkan dengan grup yang diberi perawatan biasa ($P=0,01$) dan kedatangan untuk masalah kesehatan lainnya telah menurun hingga 57,1% ($P=0,01$). Pasien dengan COPD yang masuk melalui Instalasi Gawat Darurat menurun hingga 41,0% ($P=0,2$) dan kunjungan (visit) dokter yang tidak terjadwal 58,9% ($P=0,003$). Peningkatan yang besar terjadi pada skor total kualitas hidup dan dampak yang diamati pada grup intervensi pada bulan ke 4, walaupun intervensi tetap diberikan namun hanya untuk menjaga skor hingga 12 bulan (Bourbeau, 2003).

Pengukuran kesehatan merupakan evaluasi yang penting namun bersifat lebih subjektif. Dalam mengukur kesehatan perlu dipertimbangkan subjektivitas dari pasien atau keluarga karena individu atau personal menginterpretasi kondisi kesehatannya berdasarkan informasi yang di ambil dengan harapan tertentu supaya menguntungkan, dipengaruhi juga oleh perasaan dan kesejahteraan sosial seseorang. (Schug, 1996) *Outcome* setelah dilakukan *self management* terjadi penurunan yang signifikan untuk kemarahan, kebingungan, tekanan depresi dan kelelahan pada kelompok yang dilakukan intervensi. Selain itu, terjadi juga penurunan emosi fatalistik dan *palliative coping style* (Jilian Inouye, 2001).

Keluaran dari pelayanan kesehatan atau keperawatan melalui reaksi pasien baik fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Stres pasien dapat di pakai untuk menentukan gambaran tentang luaran dari kesehatan akibat stres karena penyakit. Dalam memahami stress, coping dan hasil yang di capai untuk mengatasi masalah stres peneliti mencoba membandingkan tiga teori yaitu berdasarkan respon (Selye, 1956, 1983). Berdasarkan stimulus (Holmes & Rahe, 1967) berdasarkan transaksi (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984).Kesejahteraan merupakan *outcome* dari pelayanan yang holistik dengan indikator kemampuan pasien berfungsi secara komprehensif yaitu fisik, kognitif, emosi komunikasi dan spiritual.

KESIMPULAN

Model pelayanan penyakit kronis yang bertujuan untuk kemampuan merawat dirinya sendiri dan out come yang jelas perlu di kembangkan, sehingga pelayanan kesehatan mempunyai out come yang jelas.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura. <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html> Last edited 29 (2008) (accessed 24 januari 2013)
- Barlow, J. (2002). Self Management approach for people with chronic condition: a review. *Journal of Patient Education and Counseling*. (48): 177 - 187
- Baron, R. M. dan Kenny, D. A. *Mediator Versus Moderator Variables*. August 8, 2011. <http://psych.wis.edu/henriques/mediator.html> (accessed January 23, 2013).
- Battersby MW, Ah Kit J, Prideaux C, Harvey PW, Collins JP, Mills PD. Implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study. *Aust J Prim Health*.2008;14:66–74.
- Bec-Deva, M. (2010). Expanding Our Nightingale Horizon. *Seven Recommendations for*, 28 (4)(2010): 317-326.
- Bourbeau, M.D., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupre, A., Begin, R., Renzi, P., Nault, D., Borycki, E., dan Schwartzman, K. (2008). Reduction of Hospital

- Utilization In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med.* 163:585-591
- Burke BL, Arkowitz H, Mencia M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843–61.
- Campbell, D.T. dan Stanley, J.C. (1966) *Experimental and Quasi – Experimental Design for Research.* Rand McNally College Publishing Company: United States of America. Pp 84
- Canadian Nurse Association. (2002) *Supporting Self-Care: A Shared Initiative – 1999-2002.* Ottawa.
- Doran Diane, Harrison, Laschinger, Hirdes, Rukholm, Sidani, McGillis Hall, Tourangeau, Cranley. 2006. Relationship between Nursing Intervention and Outcome Achievements in Acute Care Setting. *Research in Nursing and Health Journal*, 29, 61-70.
- Doran, D.M. (2011). *Nursing Outcomes, the State of The science.* Canada: Jones & Bartlett Learning.
- Howyida,S.Abd.Elhameed, Heba, A.Aly., dan Aber, Y.Mahdy. (2012) Effect of Counseling on Self Care Management among Adult Patient with Pulmonary Tuberculosis. *Life Science Journal.* 9 (1) : 956 – 964.
- Jaarsma, Halfens, Abu Saad, et al. 2000. Self Care and Quality of life in patients with advanced heart failure : The effect of a supportive educational intervention. *Journal of Heart & Lung* vol 29 (5), 209-221.
- Katherine M. 2003. *Motivating Self Care- the Reality : Persons as Self-Care Agents.* New York : Springer Publishing Company
- McGlynn EA. 1998. Developing A Clinical Performance Measure. *Am J Prevention Medicine*, 1998, Apr, 14 (3), 14-21.

JUDUL	Kemampuan Berkomunikasi dan Berpikir Kritis dalam Mengambil Keputusan dengan Perilaku Seksual Berisiko pada Remaja
PRESENTER	Untung Sujianto
AUTHOR(S)	Untung Sujianto
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Masa remaja merupakan masa peralihan dari usia kanak-kanak ke usia dewasa. Pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang pesat pada fungsi reproduksi dan terjadi perubahan fisik, psikhis maupun sosial. Remaja yang belum siap terhadap perubahan-perubahan fisik, psikhis maupun sosial dan rasa ingin tahu yang tinggi, mengakibatkan ingin mencoba sesuatu yang baru dan bila tidak diarahkan pada hal yang positif dapat mengakibatkan masalah kesehatan reproduksi seperti kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja SMU kecamatan Ambarawa Semarang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif dengan metode penelitian survey. Sampel penelitian ini ada 80 responden yakni 40 responden remaja dari SMA Negeri dan 40 responden SMA Swasta. Pengambilan sampel menggunakan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan c-survey. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan remaja dalam berkomunikasi, berfikir kritis dalam mengambil keputusan masih kurang. Sedangkan perilaku seksual berisiko seperti *petting* sebanyak 12,7 persen, seks oral sebanyak 8,9 persen dan koitus atau bersenggama sebanyak 6,3 persen. Kemudian berdasarkan wawancara mendalam alasan remaja melakukan perilaku seks berisiko karena ajakan teman dan rasa keingintahuan yang tinggi terhadap hal baru. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan masih kurang dan perilaku seksual berisiko yang berdampak pada kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS), HIV maupun AIDS perlu mendapatkan perhatian yang lebih serius.

Kata kunci :Komunikasi, berfikir kritis, perilaku seksual berisiko, remaja

PENDAHULUAN

Era globalisasi berdampak pada perubahan yang cepat pada bidang sosial, ekonomi diseluruh dunia dan berpengaruh secara bermakna pada perilaku dan gaya hidup remaja dalam mempersiapkan masa dewasa. Lebih dari 20 tahun yang lalu, pergantian yang cepat pada bidang sosial, politik, dan ekonomi menyebabkan terjadinya perubahan secara radikal terhadap lingkungan remaja di seluruh dunia. Pada satu generasi yang lalu, penyakit-penyakit infeksi merupakan penyebab utama kesakitan (*morbidity*) dan kematian (*mortality*) secara global. Sedangkan saat ini faktor sosial, perilaku, dan lingkungan merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian. Era globalisasi juga merubah pola kehidupan remaja dan angka kesakitan dan kematian di seluruh dunia. Hal ini terlihat penyebab kematian penduduk remaja adalah kecelakaan

tidak disengaja, HIV/AIDS, penyakit infeksi lainnya, pembunuhan, perang dan cedera lain yang disengaja, dan bunuh diri serta melukai diri sendiri (Dixon-Mueller R.,2009).

Masa remaja merupakan masa peralihan dari usia kanak-kanak ke usia dewasa. Pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang pesat pada fungsi reproduksi sehingga mempengaruhi terjadinya perubahan-perubahan perkembangan baik fisik, mental maupun peran sosial (Ahmadi, 2009). Dampak pertumbuhan dan perkembangan remaja diantaranya adalah perilaku seksual pranikah yang mengakibatkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS), HIV dan AIDS. Pada masa remaja merupakan masa yang labil, yang artinya mudah terpengaruh oleh pergaulan khususnya teman sebaya dan kurang mampu dalam mengambil sikap maupun keputusan bagi diri remaja. Hal ini dapat ditunjukkan dari beberapa hasil penelitian remaja tentang perilaku seks pranikah di beberapa kota besar seperti Denpasar berkisar antara 26–29 persen, Bandung sebanyak 20,2 persen, Bogor sebanyak 30 persen dan Sukabumi sebesar 26,5 persen (UNFPA, 2011). Dampaknya adalah kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) semakin meningkat. Perkiraan angka nasional kejadian aborsi adalah sekitar 2 juta kasus per tahun, yang berarti 37 aborsi per 1000 wanita usia 15-49 tahun yang kejadiannya 53 persen dilakukan di perkotaan. (Sugiharta, 2007). Demikian juga dampak lain dari perilaku seksual pranikah yang tidak aman adalah risiko tertularnya HIV/AIDS. Kasus HIV/AIDS di Indonesia sudah mencapai tingkat yang tinggi atau berisiko. Pada akhir September 2011 secara kumulatif sebesar 26.508 kasus dengan rincian 4.917 orang dengan AIDS dan 21.591 orang positif HIV, dimana dari kasus AIDS tersebut terjadi pada usia produktif (45,9 persen kelompok usia 20-29 tahun dan sekitar 31,1 persen pada kelompok usia 30-39 tahun). Masa inkubasi AIDS adalah antara 5-10 tahun, sehingga dapat diprediksi bahwa kelompok golongan usia antara 20-29 tahun telah terinfeksi sejak usia antara 15-24 tahun yaitu masa remaja. Pola risiko penyebaran HIV/AIDS adalah heteroseksual sebesar 78,8 persen; IDU sebesar 9,4 persen; LSL sebesar 2,8 persen; transmisi perinatal sebesar 3,3 persen dan penyebab lainnya yang tidak diketahui adalah sebesar 5,5 persen. Kasus AIDS terbanyak sampai September tahun 2011 adalah Jawa Tengah, Papua, Bali, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Sulawesi Utara, Papua Barat, Nusa Tenggara Barat, Sumatera Selatan (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2011).

Kebijakan Pemerintah RI terhadap Pendidikan Seks sampai saat ini belum resmi ditetapkan dalam kurikulum di sekolah. Pendidikan Seks masih diserahkan pihak sekolah baik materi dan cara pengajaran yang sesuai dengan keinginan sekolah. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Indonesia (BKKBN) adalah Badan pemerintah yang bertanggung jawab tentang kesehatan reproduksi di Indonesia, termasuk penilaian kebutuhan masyarakat, pengembangan dan mengadakan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Meskipun BKKBN berhasil mempromosikan penggunaan alat-alat kontrasepsi dan keluarga berencana sejak tahun 1980-an, semua program dalam bidang ini difokuskan pada wanita yang sudah menikah dengan tujuan mengurangi jumlah penduduk Indonesia (BKKBN, 2008).

Berdasarkan fenomena tersebut, maka peneliti ingin mengetahui tentang hubungan kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja SMA. Secara umum hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memberikan informasi kepada masyarakat khususnya tentang kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis remaja dalam mengambil keputusan dan dampak dari perilaku seksual berisiko dan memberikan pemahaman tentang upaya-upaya yang dapat dilakukan guna meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan

berfikir kritis dalam mengambil keputusan sehingga remaja memiliki kemampuan dalam mengatasi permasalahan-permasalahan kesehatan reproduksi.

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif non eksperimental dengan studi deskriptif yang digunakan untuk menggambarkan kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan dan perilaku seks remaja. Responden dalam penelitian ini adalah remaja yang berusia 15-19 tahun di SMA kecamatan Ambarawa Kabupaten Semarang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2010 dengan jumlah responden sebanyak 80 orang.

Instrumen penelitian yang digunakan berupa alat ukur angket kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan dan perilaku seksual. Alat ukur angket meliputi kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan. Alat ukur kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan ini terdiri dari 11 pertanyaan dengan analisa pilihan jawaban setuju (skor 2) dan tidak setuju (skor 1). Selanjutnya pemberian skoring atas jawaban yang diberikan yang kemudian jawaban dijumlahkan lalu digolongkan kedalam dua tingkat kemampuan yaitu kurang dan baik. Instrumen pengukuran variabel perilaku seksual pranikah pada remaja menggunakan kuisisioner yang selanjutnya dibuat skoring dan wawancara. Alat ukur tentang perilaku seksual terdiri atas 7 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya (skor 2) dan tidak (skor 1). Dalam analisisnya, responden digolongkan dalam dua perilaku seksual yaitu perilaku seksual tidak berisiko dan perilaku seksual berisiko. Untuk menentukan pengkategorian hasil analisa data dan penyebaran data apakah berdistribusi normal atau tidak maka digunakan uji *Kolmogorov Smirnov* (Sarwono, 2006).

HASIL PENELITIAN

A. Kemampuan Berkomunikasi Dan Berfikir Kritis Dalam Mengambil Keputusan

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemampuan Berfikir Kritis dalam Mengambil Keputusan (n=80)

Berfikir Kritis	Frequency (f)	Precent (%)
Kurang	33	41,3
Baik	47	58,8
Total	80	100,0

Kemampuan berfikir kritis dalam mengambil keputusan remaja SMU kecamatan Ambarawa Semarang dalam kategori kurang adalah tinggi yaitu 41,3 persen dengan interval kepercayaan 95% (IK 95%) .

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemampuan Komunikasi (n=80)

Kemampuan Berkomunikasi	Frequency (f)	Precent (%)
Kurang	36	45
Baik	44	55
Total	80	100,0

Kemampuan berkomunikasi remaja SMU kecamatan Ambarawa Semarang dalam kategori kurang adalah tinggi yaitu 45 persen dengan interval kepercayaan 95% (IK 95%).

B. Perilaku Seksual

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Seksual (n=80)

Perilaku Seksual	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Berisiko	12	15
Tidak Berisiko	68	85
Total	80	100,0

Perilaku seks berisiko remaja SMU kecamatan Ambarawa kabupaten Semarang dalam hal ini adalah mereka yang menyatakan telah melakukan salah satu atau ketiga aktifitas seksual diantaranya *petting*, seks oral, dan hubungan seksual atau coitus. Persentase perilaku seks berisiko dalam kategori tinggi yaitu 15 persen.

C. Hubungan Kemampuan Berkomunikasi dan Berfikir Kritis Dalam Mengambil Keputusan dengan Perilaku Seksual

Tabel 4
Tabel Silang
Hubungan Kemampuan Berfikir Kritis dalam mengambil keputusan dengan Perilaku Seksual (n=80)

Kemampuan Berfikir Kritis	Perilaku Seksual		Total (%)	X ²	P value
	Berisiko	Tidak Berisiko			
Kurang	9 (27.3%)	24 (72.7%)	33 (100%)	5.098	0,024
Baik	3 (6.4%)	44 (93.6%)	47 (100 %)		
Total	12 (15%)	68 (85%)	80 (100 %)		

Kajian bivariat untuk menilai adanya kemungkinan hubungan kemampuan berfikir kritis dalam mengambil keputusan terhadap perilaku seks berisiko. Ternyata kemampuan berfikir kritis dalam mengambil keputusan secara bermakna ($p=0,024$) mempunyai probabilitas sebesar 5,09 kali lipat untuk terjadinya perilaku seks berisiko.

Tabel 5
Tabel Silang
Hubungan Kemampuan Komunikasi dengan Perilaku Seksual (n=80)

Kemampuan Komunikasi	Perilaku Seksual		Total (%)	X^2	<i>P value</i>
	Berisiko	Tidak Berisiko			
Kurang Baik	10 (27.8 %)	26 (72.2%)	36 (100%)	6.659	0,010
Baik	2 (4.5 %)	42 (95.5%)	44 (100 %)		
Total	12 (15%)	68 (85%)	80 (100 %)		

Kajian bivariat untuk menilai adanya kemungkinan hubungan kemampuan dalam berkomunikasi terhadap perilaku seks berisiko. Ternyata kemampuan berkomunikasi secara bermakna ($p=0,010$) mempunyai probabilitas sebesar 6,66 kali lipat untuk terjadinya perilaku seksual berisiko.

PEMBAHASAN

1. Kemampuan Berkomunikasi Dan Berfikir Kritis Dalam Mengambil Keputusan

Kemampuan berfikir kritis dalam mengambil keputusan meliputi kemampuan menyelesaikan masalah, membuat keputusan, evaluasi terhadap setiap tindakan, kesadaran terhadap tindakan yang dilakukan baik saat ini ataupun yang akan datang. Pada hasil penelitian ini ternyata di dapatkan kemampuan berfikir kritis dalam mengambil keputusan dalam kategori kurang yaitu 41,3 persen. Hal ini menunjukkan bahwa secara psikologis remaja masih mengalami masa yang labil dan belum dapat berfikir secara rasional. Selain itu remaja mempunyai sikap kepercayaan bahwa PMS, HIV/AIDS dapat dicegah dengan menjaga stamina fisik (makan makanan bergizi) atau minum antibiotik sebelum berhubungan seks dengan pelacur. Bila telah tertular PMS, mereka membeli obat di toko obat tanpa konsultasi dokter oleh karena harus mengeluarkan biaya yang mahal dan mereka percaya dapat menyembuhkan penyakit itu sendiri (Situmorang, 2003).

Kemudian kemampuan berkomunikasi yang meliputi kemampuan berkomunikasi secara asertif, tegas, mampu mengungkapkan perasaan, memberikan umpan balik dan mampu mendengarkan orang lain. Pada hasil penelitian ini di dapatkan kemampuan komunikasi dalam kategori kurang masih tinggi yaitu 45 persen. Kita ketahui bahwa komunikasi merupakan komponen yang sangat penting sebagai faktor protektif dalam menghadapi pengaruh perilaku yang negatif. Selain itu, pemahaman remaja tentang seksualitas kurang yang disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah adat istiadat, budaya, agama, dan kurangnya informasi dari sumber yang benar

(Sugiharta, 2007). Pemahaman seksual yang kurang ini berdampak pada perilaku seksual remaja yang berisiko pada kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, penyakit menular seksual bahkan HIV/AIDS.

2. Perilaku Seksual

Perilaku seksual pranikah pada remaja adalah perilaku karena adanya dorongan seksual yang dilakukan oleh lawan jenis dan belum resmi terikat dalam perkawinan. Dampak yang muncul dari perilaku seksual pranikah pada remaja sangatlah besar, seperti perasaan bersalah, depresi, marah, aborsi, tertular penyakit infeksi menular seksual maupun HIV/AIDS (Hidayana, 2004).

Perilaku seksual remaja saat ini mulai dari *kissing*, *necking*, *petting*, masturbasi/onani, seks oral, *intercourse* dan seks anal. Perilaku seksual yang berisiko meliputi seks oral, seks anal maupun *intercourse*. Pada penelitian ini perilaku seksual yang berisiko meliputi *petting* sebanyak 12,7 persen, seks oral sebanyak 8,9 persen dan koitus atau bersenggama sebanyak 6,3 persen. Perilaku seksual berisiko ini dapat berdampak pada kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS) maupun HIV/AIDS. Penelitian ini juga mendukung temuan oleh Depkes bahwa remaja Indonesia yang melakukan hubungan seks para-nikah masih tinggi. Adapun alasan remaja melakukan hubungan seks pra-nikah diantaranya adalah terjadi begitu saja (38,4 persen); dipaksa oleh pasangannya (21,2 persen). Sedangkan pada laki-laki karena ingin tahu (51,3 persen); terjadi begitu saja (25,8 persen) dan delapan puluh empat orang (1 persen) dari responden pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), 60 persen di antaranya mengalami atau melakukan aborsi (Depkes RI, 2008). Berdasarkan alasan-alasan tersebut, maka jelas bahwa remaja belum mampu berfikir secara kritis dalam mengambil keputusan dan belum mampu berkomunikasi secara asertif, tegas, mengungkapkan perasaan, memberikan umpan balik dalam menghadapi situasi-situasi yang dapat berdampak pada kesehatan reproduksi. Hal ini sangat mengkhawatirkan karena data nasional tentang HIV/AIDS menunjukkan bahwa usia 20-29 tahun adalah kelompok terbesar dengan HIV positif, dimana kejadiannya dapat berkisar pada usia 15-20 tahun (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2011).

3. Hubungan kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan dengan Perilaku Seksual

Pada hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan terhadap perilaku seks dengan hasil p value $< 0,05$. Pada penelitian ini diketahui bahwa mayoritas remaja menyatakan punya pacar dan hampir sebagian responden menyatakan tidak mampu untuk menolak bila diajak pacar pada situasi yang berisiko terjadinya hubungan seksual. Artinya bahwa remaja tidak mampu menolak tekanan atau menghindari situasi yang berisiko terjadinya aktifitas atau hubungan seksual. Hal ini terbukti adanya aktifitas seksual atau hubungan seks yang teridentifikasi pada responden diantaranya *petting*, oral seks, dan *intercourse*.

Dengan melihat hasil perilaku remaja yang berisiko tersebut mengindikasikan remaja semakin toleran terhadap perilaku seks berisiko. Kesucian atau keperawanan yang dahulu dijunjung tinggi dan dijaga, tidak lagi dianggap hal yang penting dalam sebuah perkawinan atau dalam memilih calon istri, namun lebih ditekankan pada kepribadian istri (Situmorang, 2003). Hal ini didukung bahwa sikap dan persepsi remaja terhadap hubungan seks adalah hal yang biasa. Pacar merupakan pasangan seksual yang paling umum, walaupun belum dapat diterima secara sosial dan agama

(Paxton & Simon, 2006). Hal ini juga didukung adanya pemahaman masyarakat tentang seksualitas remaja yang masih kurang, dimana pada masa remaja perkembangan kognitif, emosi, sosial dan seksual mengalami perubahan yang terus-menerus (Sugiharta, 2007).

Kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan berhubungan dengan perilaku seks berisiko. Hal ini menunjukkan bahwa kompetensi psikososial remaja dalam kemampuan menolak, kesadaran diri terhadap risiko terjadinya aktifitas atau hubungan seksual sebagian besar masih dalam kategori kurang. Hal ini dapat dipahami bahwa masa remaja dan pacar atau orang paling dekat mempunyai hubungan terjadinya perilaku seksual pada remaja dan pacar sebagai faktor risiko terjadinya perilaku seksual pada remaja (Welling *et al.*, 2006).

Perilaku seksual remaja saat ini memprihatinkan dan menimbulkan masalah kesehatan. Faktor penyebab diantaranya adalah exposure media pornografi, tekanan teman sebaya, hubungan dengan orang tua (Soetjiningsih, 2007). Dan pada hasil penelitian ini ternyata kemampuan berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan juga berkaitan dengan perilaku seksual pada remaja. Oleh karena itu perlu adanya upaya meningkatkan kemampuan komunikasi dan berfikir kritis pada remaja yang dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan-pelatihan tentang kesehatan reproduksi pada remaja.

KESIMPULAN

Kemampuan remaja dalam berkomunikasi dan berfikir kritis dalam mengambil keputusan masih dalam kategori kurang. Demikian juga dengan perilaku seksual remaja yang meliputi seks oral, seks anal maupun *intercourse* yang berisiko terjadinya pada kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS) maupun HIV/AIDS dalam kategori tinggi (15%). Oleh karena itu perlu adanya upaya untuk meningkatkan kemampuan remaja dalam berkomunikasi dan berfikir kritis seperti pelatihan-pelatihan kesehatan reproduksi remaja, sehingga diharapkan permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja dapat diminimalkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, A., & Sholeh, M. (2005). *Psikologi Perkembangan. Edisi Revisi*. Jakarta : PT.Rineka Cipta
- BKKBN. (2008). *Ketrampilan hidup (life skills) dalam program kesehatan reproduksi remaja*. Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi.
- Departemen kesehatan RI, Badan Pusat Statistik, BAPENAS. (2008). *Indonesia survei kesehatan reproduksi remaja 2007*. BKKBN. Jakarta.
- _____, Heteroseksual Pemicu Utama Penularan HIV di Indonesia, <http://ceria.bkkbn.go.id/referensi/substansi/detail/547>, akses tgl 20-2-2010
- _____, Laporan HIV/AIDS. Ditjen PPM & PL Depkes RI tahun 2011
- Hidayana, IM (2004). *Seksualitas teori dan realitas*. Jakarta : FISIP UI.
- Dixon-Mueller R. (2009). Starting Young: Sexual Initiation and **HIV** Prevention in Early Adolescence. *British Journal of Social Psychology*, Vol. 13 (1), pp. 100-9
- UNFPA. (2011). *State of world population 2011*. People and possibilities in a world of 7 billion.

Robert Blum, "Adolescent Health: Global Issues, Local Challenges in 'Growing Up Healthy' the January 2005 edition <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0105/ijge/blum.htm>, diakses tgl 10 Januari 2010

- Situmorang, R. (2007). *Factors Influencing Premarital Sexual Intercourse Among Adolescent In Indonesia : A Case Study Of In-School late Adolescents From Indonesian Young Adult Reproductive Health Survey (IYARHS) 2007*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts (population and reproductive health research) faculty of graduate studies mahidol university.
- Situmorang, A. (2003). *Adolescent Reproductive Health in Indonesia* . A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/ Center for Communication Program Jakarta, Indonesia
- Simon, S., & Paxton, S. (2004). Sexual risk attitudes and behaviours among young adult Indonesians. *Culture, Health & Sexuality*, 6(5), 393-409. doi:101080/13691050410001680519.
- Sugiharta, K. (2007). *Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya*. Edisi kedua. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Soetjningsih. (2007). *Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya*. Edisi kedua. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Population Council. Brodening girls horizons : effects of life skill education program in rural uttar prodesh.prerana. New Delhi. 2009. www.popcouncil.org/asia/india.html. Akses tgl 22 Januari 2010.
- Sarwono J (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Jogjakarta. Graha Ilmu.

JUDUL	Efektivitas Program Edukasi Predialisis Berbasis <i>Empowerment</i> pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik untuk Meningkatkan Efikasi Diri Pasien Dalam Melakukan <i>Self Care</i>
PRESENTER	Henni Kusuma
AUTHOR(S)	Henni Kusuma
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Latar Belakang: Penderita PGK (Penyakit Ginjal Kronik) yang memasuki tahap terminal memerlukan terapi pengganti ginjal dan perawatan mandiri seumur hidupnya. Pasien PGK tahap predialisis sebaiknya sudah mulai dipersiapkan untuk penanganan terapi pengganti ginjal dan perawatan mandiri agar lebih optimal dalam mengelola penyakitnya. Perawat sangat berperan dalam memfasilitasi edukasi yang memberdayakan pasien agar dapat meningkatkan efikasi diri pasien dalam manajemen perawatan mandiri.

Tujuan: Studi ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas pelaksanaan program edukasi berbasis *empowerment* untuk meningkatkan efikasi diri pasien PGK dalam melakukan *self care*.

Metode: Penelitian ini berupa *pilot study* dengan rancangan quasi eksperimen *one group pre & post test*. Sampel dalam studi ini berjumlah 7 orang partisipan yang diambil dengan teknik *purposive sampling* yakni pasien PGK fase predialisis yang dirawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta. Partisipan dievaluasi tingkat efikasi diri dalam melakukan *self care* menggunakan kuesioner *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease* yang dimodifikasi khusus untuk pasien PGK sebelum dan sesudah mengikuti program edukasi predialisis berbasis *empowerment*.

Hasil dan Pembahasan: Partisipan pada penelitian ini berada pada usia dewasa madya (100%), berjenis kelamin laki-laki (71,4%), berpendidikan terakhir SMA (85,7%), bekerja (100%), serta berada pada stadium 4 (71,4%). Adapun sebelum dilakukan edukasi seluruh partisipan memiliki efikasi diri rendah, sedangkan setelah dilakukan edukasi seluruh partisipan memiliki efikasi diri sedang. Hasil ini menunjukkan bahwa program edukasi predialisis berbasis *empowerment* efektif untuk meningkatkan efikasi diri pasien PGK dalam melakukan *self care*.

Kesimpulan dan Saran: Program edukasi predialisis berbasis *empowerment* dapat dijadikan standar praktik pelayanan asuhan keperawatan pada pasien PGK tahap predialisis untuk meningkatkan efikasi diri pasien dalam melakukan *self care*. Namun, sebaiknya edukasi dilakukan dalam waktu yang lebih lama. Penelitian selanjutnya, diharapkan dapat mengkaji efektivitas program ini dengan metode *Randomized Control Trial* dan sampel yang lebih banyak.

Kata Kunci: Penyakit Ginjal Kronik, Predialisis, Edukasi Berbasis *Empowerment*, Efikasi Diri, *Self Care*.

PENDAHULUAN

Jumlah pasien penyakit ginjal kronik (PGK) tahap akhir dari tahun ke tahun terus bertambah, baik di dunia maupun di Indonesia. Sebagai data pendukung, jumlah pasien *End Stage Renal Disease* (ESRD) di United States pada akhir tahun 2005 telah mencapai 527.283 orang (NKF, 2006). Sedangkan di Indonesia menurut PERNEFRI (Perhimpunan Nefrologi Indonesia), pada tahun 2007 terdapat sekitar 70.000 orang penderita penyakit ginjal kronik tahap akhir (Suharyanto & Madjid, 2009).

Dalam penanganan lebih lanjut, penderita PGK yang memasuki periode penyakit ginjal tahap akhir (tahap 5) atau *End Stage Renal Disease* (ESRD) memerlukan terapi pengganti ginjal yakni dialisis untuk menopang fungsi ginjal yang hanya dapat berfungsi kurang dari 15 % (NKF, 2002; Black & Hawks, 2005). Walaupun terdapat pilihan lain yakni transplantasi ginjal, namun terapi dialisis masih menjadi pilihan primadona yang banyak dilakukan karena resiko kegagalan dari operasi transplantasi atau cangkok ginjal masih cukup tinggi. Oleh sebab itu, kebutuhan akan terapi dialisis kian meningkat.

Pasien PGK predialisis (tahap 3 dan 4 atau nilai GFR < 30 ml/menit) harus sudah mulai dipersiapkan untuk penanganan PGK tahap terminal (informasi berbagai alternatif terapi pengganti ginjal untuk pasien pilih) agar kesiapan pasien lebih optimal, serta mendapatkan informasi dan pelatihan mengenai pengelolaan penyakit agar perjalanan penyakitnya lebih lambat menuju *End Stage Renal Disease* (NKF, 2002). Namun, fenomena pasien PGK di Indonesia sering kali datang ke rumah sakit sudah dengan gejala komplikasi penyakit yang berat atau sudah memasuki penyakit ginjal kronik tahap 4 dan 5 yang memerlukan waktu segera untuk dilakukan terapi dialisis. Sehingga, hal ini menuntut proses adaptasi dan pengambilan keputusan yang cepat pada pasien.

Dalam hal ini, perawat sangat berperan penting dalam memfasilitasi edukasi dan memberdayakan pasien untuk dapat mengambil keputusan mengenai pilihan terapi dialisis yang akan dijalani (sesuai kondisi dan pertimbangan klien) serta meningkatkan *self efficacy* pasien dalam manajemen penyakit ginjal kronik (King, et al., 2008). Hal ini diharapkan akan berdampak pada peningkatan keyakinan diri untuk tetap dapat hidup berkualitas walaupun dengan menjalani terapi dialisis seumur hidup. Pada akhirnya diharapkan dengan keyakinan diri yang tinggi maka kepatuhan pasien terhadap program terapi kesehatan akan meningkat sehingga komplikasi penyakit tidak terjadi dan perjalanan penyakit menjadi lebih lambat (pada pasien penyakit ginjal kronik tahap 3 dan 4) (Bandura, 1997).

Edukasi bagi pasien PGK pada prinsipnya dimulai sejak awal pasien terdiagnosa PGK. Namun, pada tahap predialisis lebih ditekankan pada persiapan pasien menjalani terapi dialisis dan manajemen PGK tahap lanjut. Menurut Curtin et al (2008) edukasi yang paling efektif dilakukan pada pasien PGK yang memerlukan penanganan jangka panjang adalah edukasi berbasis *empowerment* (pemberdayaan kemampuan diri) atau *self management education*. Pada prinsipnya, edukasi ini menitikberatkan pada pemberdayaan pasien agar dapat mandiri dalam menentukan terapi dan manajemen penyakit yang sesuai dengan kondisinya (pembentukan *self efficacy*). Hal ini dapat lebih menumbuhkan motivasi untuk patuh dalam menjalani terapi dan manajemen penyakit sehingga komplikasi penyakit dapat dihindari (Lorig et al, 2001., Klang, Bjouvel, & Clyne, 2006).

Dari analisis situasi diketahui bahwa edukasi pada pasien PGK di ruang rawat penyakit dalam RS. Gatot Soebroto yang akan menjalani terapi dialisis hanya bersifat edukasi lisan yang dilakukan saat *informed consent* untuk persetujuan dilakukan terapi dialisis

(hemodialisis) oleh tim medis. Pasien belum mendapatkan program edukasi predialisis yang terstruktur berbasis *empowerment* dari perawat. Mayoritas pasien hanya digiring untuk mengikuti prosedur medis (terapi hemodialisis) yang diperlukan untuknya tanpa ia memutuskan sendiri dan tidak menggali informasi apa yang ia butuhkan untuk dapat berdaya menentukan tindakan dan melakukan manajemen penyakitnya secara keseluruhan. Akibatnya, pasien PGK cenderung pasrah bahkan beberapa ada yang menolak dengan hal apa yang perlu dilakukan untuk menangani penyakitnya dan mencegah komplikasi. Oleh karena itu, peneliti bermaksud ingin mengkaji efektivitas metode edukasi predialisis berbasis *empowerment* atau *self management education* untuk meningkatkan efikasi diri dalam melakukan *self care* pada pasien PGK di ruang rawat penyakit dalam RS. Gatot Soebroto.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini berupa *pilot study* dalam bentuk aplikasi asuhan keperawatan berbasis pembuktian ilmiah atau EBNP (*Evidence Based Nursing Practice*) yang berjenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian quasi eksperimen *one group pre & post test*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien penyakit ginjal kronik yang dirawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta.

Sampel dalam studi ini berjumlah 7 orang partisipan yang diambil dengan teknik *purposive sampling* yakni pasien rawat inap yang terdiagnosa menderita penyakit ginjal kronis stadium 3, 4, dan 5 yang berada pada fase PGK predialisis. Kriteria inklusi pasien pada penerapan EBNP ini adalah pasien yang bersedia menjadi partisipan (setelah penulis memberikan penjelasan tentang kegiatan EBNP yang akan dilakukan), tidak mengalami gangguan kognitif, memiliki pendengaran dan penglihatan yang baik, serta dapat membaca dan menulis.

Pasien yang menyetujui untuk mengikuti kegiatan edukasi predialisis berbasis *empowerment*, dilakukan pengkajian awal mengenai efikasi diri pasien dalam manajemen penyakit sebelum mengikuti program edukasi. Pasien dijelaskan mengenai cara pengisian kuesioner efikasi diri dan diberikan kesempatan untuk mengisi kuesioner. Setelah itu, penulis membuat kontrak waktu dengan pasien meliputi kapan, berapa kali, berapa lama, dan tentang apa saja yang materi ingin diketahui pasien. Penulis menyiapkan 6 topik sesi edukasi yang meliputi pengetahuan tentang PGK, terapi pengganti ginjal, manajemen cairan dan nutrisi, medikasi dan manajemen gejala, aktivitas dan istirahat, dan coping stres. Semua topik tersebut terdokumentasikan dalam *booklet* yang diberikan pada partisipan sebagai media edukasi.

Dalam pelaksanaannya program edukasi dilakukan sesuai kontrak yang dibuat dengan 7 orang partisipan tersebut selama 2 minggu dengan frekuensi 2-3 kali sesi edukasi dalam seminggu. Oleh karena itu, secara total ada 2 orang yang mengikuti 4 sesi edukasi dan ada 5 orang yang mengikuti 6 sesi. Edukasi dilakukan per individu selama 60 menit dalam tiap sesinya yang meliputi pendahuluan 5 menit, apersepsi 10 menit, 25 menit penjelasan materi, 15 menit tanya jawab, dan 5 menit penutup. Pada tiap topik pembahasan diawali penetapan tujuan yakni berupa target kompetensi yang ingin dicapai terkait *self care* pada topik tersebut. Dalam pelaksanaannya, program edukasi predialisis akan direncanakan bersama dengan pasien sesuai kebutuhan.

Setelah pemberian edukasi maka selanjutnya dilakukan evaluasi kembali tingkat efikasi diri partisipan dalam melakukan *self care* di akhir program edukasi dengan menggunakan kuesioner *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease* (Kaiser, 2001) yang dimodifikasi khusus untuk PGK. Total pertanyaan pada kuesioner tersebut yakni

13 item. Adapun penilaian hasil ukur menggunakan skala Likert dengan rentang 1-3 (1=Tidak Yakin, 2=Yakin, 3=Sangat Yakin). Adapun total nilai akan diklasifikasikan menjadi 3 tingkat yakni efikasi diri rendah, sedang, dan tinggi. Hasil evaluasi akhir tersebut akan dibandingkan dengan tingkat efikasi diri sebelum diberikan edukasi.

HASIL PENELITIAN

a. Karakteristik Demografi

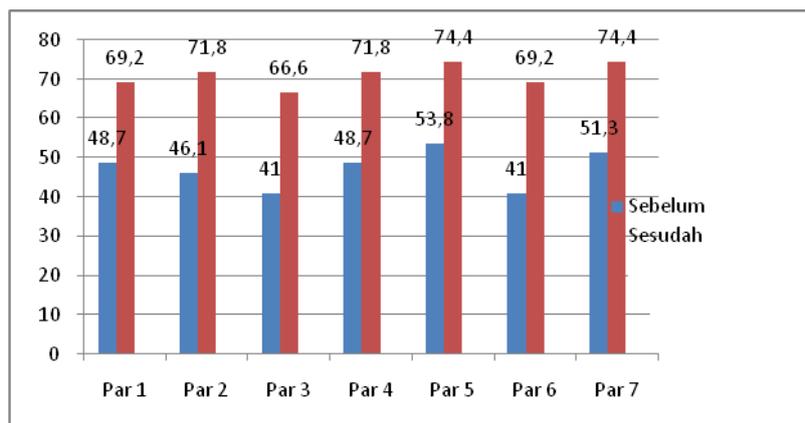
Tabel 1 menunjukkan bahwa partisipan pada penelitian ini berada pada usia dewasa madya (100%), berjenis kelamin laki-laki (71,4%), berpendidikan terakhir SMA (85,7%), bekerja (100%), serta berada pada stadium 4 (71,4%).

Tabell. Distribusi Frekuensi Partisipan Berdasarkan Karakteristik Demograf (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, dan Pendapatan) Bulan Juni-Juni 2012 (n=7)

Karakteristik Demografi	Frekuensi	%
Usia		
1 = Remaja	0	0
2 = Dewasa Awal	0	0
3 = Dewasa Madya	7	100
4 = Dewasa Akhir	0	0
Jenis Kelamin		
1 = Laki-laki	5	71,4
2 = Wanita	2	28,6
Pendidikan		
1 = Tidak Lulus SD	0	0
2 = SD	1	14,3
3 = SMP	0	0
4 = SMA	6	85,7
5 = PT	0	0
Pekerjaan		
1 = Tidak Bekerja	0	0
2 = Bekerja	7	100
Stadium Penyakit		
1 = Stadium 3	1	14,3
2 = Stadium 4	1	14,3
3 = Stadium 5	5	71,4

b. Efikasi Diri Sebelum dan Sesudah Edukasi Predialisis Berbasis *Empowerment*

Diagram 1. Efikasi Diri Partisipan Sebelum dan Sesudah Edukasi Predialisis Berbasis *Empowerment* Bulan Juni-Juli 2012 (n=7)



Keterangan Klasifikasi Tingkat Efikasi Diri :

76 - 100 = Tinggi

56 - 75 = Sedang (Cukup)

≤ 55 = Rendah

Dari diagram 4.1 tersebut dapat terlihat bahwa sebelum edukasi keseluruhan partisipan memiliki efikasi diri yang rendah, sedangkan sesudah edukasi terlihat bahwa efikasi diri pasien seluruhnya mengalami peningkatan walaupun hanya pada tingkat efikasi diri sedang.

Berdasarkan hasil tersebut maka dapat diambil kesimpulan bahwa program edukasi predialisis berbasis *empowerment* dapat meningkatkan efikasi diri pasien PGK dalam manajemen kesehatannya.

PEMBAHASAN

Pender, et al (2009) menegaskan bahwa efikasi diri mengacu pada keyakinan seseorang akan kemampuan diri dalam mengatur dan melakukan tindakan/kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan. Sedangkan, menurut Bandura (1997) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya, sehingga terjadi ketidakpatuhan terhadap perawatan dirinya. Efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien penyakit ginjal kronis.

Metode *self management education* berfokus pada pemberdayaan atau *empowering* pasien yang berdasarkan pada perspektif bahwa hasil optimal perawatan kesehatan akan dicapai ketika pasien menjadi peserta aktif dalam proses perawatan kesehatan (Norris et al, 2002). Perspektif pemberdayaan (*empowering*) menunjukkan bahwa pasien dapat memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan tanggung jawab untuk mengambil tindakan perubahan yang dapat meningkatkan status kesehatan mereka secara keseluruhan (Delamater, 2006).

Orem (2001) menyebutkan bahwa individu akan patuh dalam manajemen kesehatannya dipengaruhi oleh efikasi dirinya untuk melakukan manajemen kesehatan mandiri (*self care*). Selain itu hal yang juga mempengaruhi efikasi diri individu dalam manajemen kesehatan adalah pengetahuan pasien. Usia dan tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang terkait manajemen kesehatannya. Pengetahuan merupakan domain dari perilaku yang sangat penting untuk terbentuknya

tindakan seseorang (Notoadmojo, 2010). Pengetahuan merupakan modal awal bagi terbentuknya sikap yang akhirnya akan mengarah pada niat akan melakukan perbuatan atau bertindak (Notoatmojo, 2007).

Hasil penerapan edukasi predialisis yang dilakukan pada ketujuh pasien PGK dalam praktek EBN ini seperti terlihat dalam diagram 4.1 menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan tingkat efikasi diri yang dialami oleh seluruh pasien dari tingkat rendah menjadi tingkat sedang. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa edukasi predialisis berbasis *empowerment* atau *self management education* dapat meningkatkan efikasi diri bagi pasien dengan penyakit ginjal kronis. Namun, perubahan yang dialami pasien belum memperlihatkan hasil yang maksimal. Hal ini dikarenakan adanya beberapa keterbatasan dalam edukasi yang dilakukan diantaranya : 1) lamanya periode program edukasi yang dilaksanakan hanya selama 2 minggu (hasil optimal sesungguhnya dapat dicapai setelah pasien mengikuti program edukasi selama 7 sampai 12 minggu), 2) edukasi ini tidak melibatkan profesi kesehatan lainnya dari berbagai multidisiplin ilmu, 3) bentuk edukasi dalam praktek ini dilakukan secara per individu (bukan dalam bentuk kelompok diskusi *support group*).

Dari hasil tersebut kedepannya diharapkan kegiatan edukasi predialisis pada pasien PGK dapat melibatkan atau berkolaborasi dengan tim interdisiplin ilmu lainnya dalam pelayanan kesehatan sehingga informasi yang didapatkan pasien dan keluarga menjadi lebih lengkap. Dalam pelaksanaan selanjutnya perlu untuk merencanakan edukasi dalam periode yang lebih lama dan terbagi menjadi beberapa sesi (dapat disesuaikan dengan pemberian materi edukasi dari interdisiplin ilmu) agar dapat maksimal untuk meningkatkan efikasi diri dan kemampuan pasien dalam melaksanakan upaya penatalaksanaan PGK secara mandiri. Di samping itu, untuk mencakup lebih banyak pasien PGK maka edukasi ini dapat dikembangkan pula oleh pihak rumah sakit di tatanan pelayanan kesehatan pada unit rawat jalan atau poli dan kegiatan edukasinya dapat juga dilakukan dalam bentuk kelompok *support group* yang dapat dilaksanakan secara rutin.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan tingkat efikasi diri pasien PGK tahap predialisis antara sebelum dan sesudah edukasi predialisis berbasis *empowerment*. Program edukasi predialisis berbasis *empowerment* dapat dijadikan standar praktik pelayanan asuhan keperawatan pada pasien PGK tahap predialisis untuk meningkatkan tingkat efikasi diri pasien dalam melakukan *self care*. Namun, sebaiknya edukasi dilakukan dalam waktu yang lebih lama. Penelitian selanjutnya, diharapkan dapat mengkaji efektivitas program ini dengan metode *Randomized Control Trial* dan sampel yang lebih banyak.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2011 dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>.
- Black, J. M., & Hawk, J. H. (2005). *Medical Surgical Nursing; clinical management for positive outcomes*. (7th Ed.), St. Louis: Elsevier. Inc.
- Curtin, R. B., et al. (2008). *Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease*. *Advance in Chronic Kidney Disease*, 15 (2), pp: 191-205. DOI:10.1053/j.ackd.2008.01.006. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2011 dari <http://ackdjournal.org/article/S1548-5595%2808%2900007-4/abstract>.

- Delamater, A.M. 2006. *Improving Patient Adherence*. Diakses pada tanggal 21 Juni 2012 pada <http://www.clinical.diabetesjournals.org/cgi/content/full/242/71>.
- Kaiser, G. (2001). *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2011 dari <http://patienteducation.stanford.edu/research/secd6.html>.
- King, K., et al. (2008). *The Missouri Kidney Program's Patient Education Program (PEP): A 12-Year Retrospective Analysis*. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2011 dari <http://www.nephrologynews.com/clinical/article/the-missouri-kidney-programs-patient-education-program-a-12-year-retrospective-analysis>.
- Klang, B., Bjouvel, H., & Clyne, N. (2006). *Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2011 dari <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.00957.x/full>.
- Lorig KR, Sobel, DS, Ritter PL, Laurent, D, Hobbs, M. (2001). *Effect of A Self Management Programme for Patients with Chronic Kidney Disease*. Diunduh pada tanggal 4 Oktober 2011 dari http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/novdec01/lorig.htm.
- National Kidney Foundation. (2006). *Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendation 2006 Updates (Hemodialysis Adequacy-Peritoneal Dialysis Adequacy-Vascular Acces)*. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2011 dari http://www.kidneyorg/professionals/kdoqi/guideline_uphd_pd_va/hd_guide1.htm.
- National Kidney Foundation. (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guideline for Chronic Kidney Disease: Evaluations, Classification, and Stratification*. Diakses pada tanggal 20 Agustus 2011 dari http://www.kidneyorg/professionals/kdoqi/guideline_ckd/htm.
- Notoadmojo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Norris, S.L., Lau, J., Smith, S.J., Schmid, C.H., Engelgau, M.M. (2002). Self Management Education for Adult with Type 2 Diabetes. A Meta-analysis of The Effect on Glicemic Control. *Diabetes Care*. 25 (7): 1159-1171. Diakses pada tanggal 24 Juli 2013 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12087014>.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*, (6th Ed), St. Louis. Missouri: Mosby Year Book.
- Pender, NJ., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2009). *Health Promotion in Nursing Practice*. Fourth edition. New Jersey: Prenyice Hall. Diakses pada tanggal 21 Juni 2012 dari <http://sciencedirect.com>.
- Suharyanto, T., & Madjid, A. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: TIM.

JUDUL	Pengaruh Bauran Pemasaran Jasa dan Status Akreditasi Terhadap Proses Keputusan Mahasiswa Memilih Program Studi S1 Keperawatan di STIK Immanuel Bandung
PRESENTER	Dian Ekawati
AUTHOR(S)	Dian Ekawati, H. Nandan Limakrisna, Vanessa Gaffar
INSTITUSI	STIKes Immanuel Bandung

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pelaksanaan bauran pemasaran jasa di Program Studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung, mengidentifikasi penilaian status akreditasi di Program Studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung, mengetahui gambaran proses keputusan mahasiswa dalam memilih Program Studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung dan mengetahui sejauhmana pengaruh bauran pemasaran jasa dan status akreditasi terhadap proses keputusan mahasiswa dalam memilih program studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gambaran secara keseluruhan kondisi bauran pemasaran jasa berada pada kategori nilai sedang. Indikator dengan skor tertinggi menurut penilaian responden adalah *product*, sedangkan indikator dengan skor terendah adalah *physical evidence*, gambaran secara keseluruhan kondisi status akreditasi berada pada kategori nilai tinggi, indikator dengan skor tertinggi adalah kurikulum, sedangkan indikator dengan skor terendah adalah system pengelolaan, gambaran secara keseluruhan kondisi proses keputusan pembelian berada pada kategori nilai tinggi, indikator dengan skor tertinggi adalah ketelitian memilih program studi yang ada, sedangkan indikator dengan skor terendah adalah akan promosi lagi ke adik kelas. Terdapat pengaruh yang positif dari bauran pemasaran jasa dan status akreditasi terhadap proses keputusan mahasiswa memilih Program Studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung.

Saran bagi STIK Immanuel adalah karena indikator bauran pemasaran jasa yang memiliki skor terendah adalah *physical evidence*, oleh sebab itu institusi dapat mempertimbangkan untuk memperbaiki desain interior dan eksterior serta sarana prasarana. Indikator status akreditasi yang memiliki skor terendah adalah system pengelolaan, oleh sebab itu diupayakan memperbaiki system pengelolannya. Indikator proses keputusan memilih yang memiliki skor terendah adalah perilaku setelah proses keputusan memilih yaitu akan promosi lagi ke adik-adik kelasnya, hal ini dapat diatasi dengan cara mengembangkan *internal marketing* melalui *student get student* dan *electronic marketing*, publikasi hasil-hasil penelitian dosen dan melaksanakan pengabdian kepada masyarakat.

Kata Kunci: Bauran Pemasaran Jasa; Status Akreditasi; Proses Keputusan Mahasiswa

PENDAHULUAN

Di Indonesia perkembangan sektor jasa berlangsung pesat dan hal ini mendorong adanya peningkatan minat dan perhatian baik dari kalangan akademisi ataupun praktisi untuk menelaah dan mengkaji berbagai permasalahan dalam sektor jasa karena bidang jasa inilah menjadi salah satu bagian yang paling cepat mengalami perubahan yang merefleksikan variasi dan berbagai kekuatan yang disebabkan diantaranya oleh kebijakan pemerintah, penetapan standar mutu asosiasi profesional, privatisasi, inovasi teknologi, ekspansi bisnis dan globalisasi, yang kesemuanya itu berimplikasi kepada persaingan yang semakin tajam, (Nasution, 2004 : 2-4).

Di lingkup bidang jasa lembaga pendidikan tinggi dalam hal ini perguruan tinggi, yang sebenarnya adalah tempat komunitas terdidik dan memiliki kematangan sosial yang lebih baik daripada masyarakat pada umumnya, tetapi disisi lain juga perguruan tinggi harus bertahan/ *survive*, maka hal ini menimbulkan persaingan antar perguruan tinggi khususnya perguruan tinggi swasta (PTS) akibatnya PTS harus bekerja ekstra keras untuk memperoleh mahasiswa, bahkan tidak jarang ada PTS-PTS yang gulung tikar karena tidak dapat menutup biaya operasionalnya karena tidak ada atau kurangnya peminat. Perguruan tinggi swasta harus punya kiat-kiat atau trik yang jitu untuk dapat memperoleh mahasiswa, mempertahankannya bahkan kalau bisa meningkatkan lagi jumlah mahasiswanya. Tetapi persaingan di antara perguruan tinggi ini haruslah menjadi kehormatan atau bersaing secara terhormat. Persaingan terhormat didalamnya akan menjadikan nilai-nilai dan tekad bersama, bersatu dalam mencerdaskan kehidupan bangsa dan berlomba dalam kebaikan, maka hal ini akan menjadikan perguruan tinggi yang sifatnya jauh berbeda dengan industri jasa yang lainnya. Kapasitas dan kapabilitas tiap-tiap perguruan tinggi berbeda-beda, namun janganlah hal ini menjadikan alasan berlakunya “hukum rimba” dalam perguruan tinggi, dimana perguruan tinggi yang besar mematikan perguruan tinggi yang lebih kecil, (Hanuranto, 2010 : 2).

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dan metode asosiatif. Metode deskriptif yaitu metode penelitian yang dilakukan untuk mengetahui dan menjelaskan karakteristik variabel-variabel dari suatu situasi atau keadaan (Bambang S. Soedibjo, 2005 : 3). Sedangkan metode asosiatif atau disebut juga metode korelasional digunakan untuk melihat hubungan atau pengaruh antara dua atau lebih variabel. Penelitian asosiatif dapat dikatakan sebagai kelanjutan dari metode deskriptif dimana kita hanya menghimpun, menyajikan data secara cermat dan teliti.

Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa program studi S1 Keperawatan STIK Immanuel yang masih aktif sampai dengan Oktober 2012 yang dapat dilihat pada Tabel di bawah ini :

**Tabel 1. Jumlah Mahasiswa
S1 Keperawatan STIK Immanuel**

untuk mengukur jumlah sampel digunakan rumus Slovin yaitu :

$$n = \frac{207}{1+207 (0,05^2)} = 136$$

Keterangan : n = sampel

N = populasi

e = taraf kesalahan

No.	Angkatan	Jumlah Mahasiswa Baru
1.	2010	53 orang
2.	2009	50 orang
3.	2008	49 orang
4.	2007	55 orang

Jika populasi (N) sebanyak 207 orang dan taraf kesalahan (e) sebesar 5% maka minimal sampel adalah :

$$n = \frac{207}{1+207 (0,05^2)} = 136 \text{ Mhs}$$

Kuesioner atau angket digunakan sebagai instrument utama dalam penelitian ini. Kuesioner dipergunakan untuk mendapat data tanggapan orang mengenai suatu keadaan, peristiwa yang mereka ketahui.

Analisis data menggunakan uji frekuensi, statistik deskriptif yang berisikan perhitungan-perhitungan untuk melihat bagaimana pola atau karakteristik data serta mendeteksi ketidakwajaran responden dalam menjawab kuesioner (Bambang S. Soedibjo, 2005 : 117). Pengolahannya menggunakan *software* SPSS (*Statistical Packed for Social Science*) Versi 17. Korelasi antara item yang diteliti akan terlihat pada *Corrected Item –Total Correlation* pada program SPSS tersebut. Secara umum jika nilai *Corrected Item –Total Correlation* nya lebih besar dari 0,2, maka pernyataan tersebut dapat dikatakan valid, (Lupiyoadi, 2001:202). Alat uji statistik yang dipergunakan untuk menganalisis hipotesis adalah Analisis Regresi Linier Berganda. Analisis regresi linier berganda dipergunakan karena variabel terikat yang dicari dipengaruhi oleh lebih dari satu variabel bebas atau variabel penjelas, Sugiyono (2006 : 91).

HASIL dan PEMBAHASAN

Bauran Pemasaran Jasa

Berdasarkan hasil pengumpulan data tanggapan responden atas Bauran Pemasaran Jasa, maka diperoleh data hasil rekapitulasi dalam Tabel sebagai berikut :

Tabel 2.

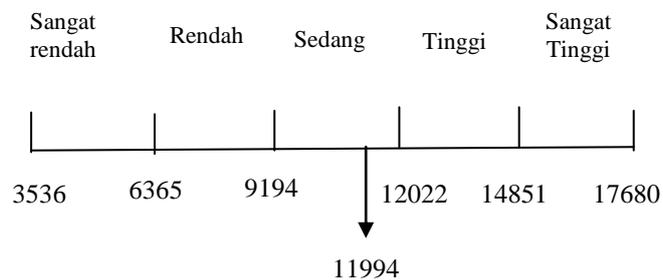
Rekapitulasi Tanggapan Responden Terhadap Bauran Pemasaran Jasa

No	Indikator	Jumlah Pertanyaan	Skor	Skor Rata- rata
1	<i>Product</i>	4	2291	573
2	<i>Price</i>	3	1677	559
3	<i>Promotion</i>	5	2675	535
4	<i>Place</i>	2	1060	530
5	<i>People</i>	2	1052	526
6	<i>Process</i>	3	1598	533
7	<i>Phisical Evidence</i>	7	1641	234
Total		26	11994	3490

Pada Tabel 2. menunjukkan bahwa indikator bauran pemasaran jasa yang memiliki dominasi yang tinggi adalah produk dengan skor rata-rata sebesar 573. Hal ini berarti dimensi produk dalam bauran pemasaran jasa STIK Immanuel sudah sangat baik dan disukai oleh mahasiswa, dari segi atribut produk dan unsur-unsur yang ada di dalamnya mampu memberikan nilai yang tinggi dan dianggap cukup dominan dalam mempengaruhi persepsi mahasiswa terhadap produk itu sendiri, serta memberikan kepuasan mahasiswa secara emosional.

Secara keseluruhan variabel bauran pemasaran jasa dapat diketahui kedudukannya berdasarkan skor yang didapat dari penelitian kepada 136 mahasiswa, nilai tersebut dibandingkan dengan kriteria skor standar, yang didapat melalui perhitungan skor ideal (kriterium) dan skor terkecil, sehingga melalui skor standar tersebut dapat diketahui daerah kontinum yang menunjukkan wilayah ideal dari variabel bauran pemasaran jasa. Berdasarkan jumlah skor, hasil pengumpulan data bauran pemasaran jasa adalah 11994 (Tabel 2), dengan demikian hasil tinjauan kontinum bauran pemasaran jasa menurut

persepsi 136 responden adalah $(11994 : 17680) \times 100 \% = 68\%$, seperti terlihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 1. Hasil Tinjauan Kontinum Bauran Pemasaran Jasa

Skor hasil penelitian bauran pemasaran jasa menunjukkan angka 11994, dimana skor tersebut termasuk dalam kategori sedang. Secara keseluruhan bauran pemasaran jasa yang terdiri *product, price, promotion, place, people, process dan physical evidence* mampu memberikan pengaruh positif kepada mahasiswa. Sebagian besar tanggapan positif responden ada pada indikator *product* yang berarti *product* yang ditawarkan oleh STIK Immanuel yaitu Program Studi S1 Keperawatan di STIK Immanuel Bandung masih cukup diminati oleh mahasiswa. Berdasarkan skor 11994 mengindikasikan bahwa Program Studi S1 Keperawatan di STIK Immanuel Bandung mampu memberikan persepsi positif kepada mahasiswa.

Status Akreditasi

Berdasarkan hasil pengumpulan data tanggapan responden atas Status Akreditasi, maka diperoleh data hasil rekapitulasi dalam Tabel sebagai berikut :

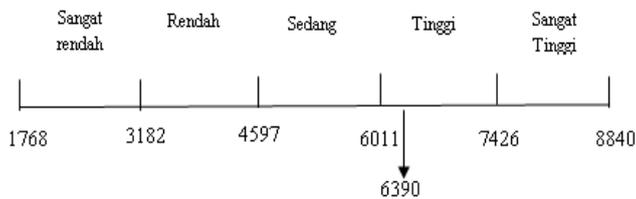
Tabel 3

Rekapitulasi Tanggapan Responden Terhadap Status Akreditasi

No	Indikator	Jumlah Pertanyaan	Skor	Skor Rata-rata
1	Visi dan Misi	2	1044	522
2	Sistem Pengelolaan	3	1044	348
3	Mahasiswa dan Lulusan	2	1097	549
4	SDM	2	1045	523
5	Kurikulum	1	564	564
6	Sarana Prasarana	3	1596	532
Total		13	6390	3490

Pada Tabel 3 menunjukkan bahwa indikator status akreditasi yang memiliki dominasi yang tinggi adalah kurikulum dengan skor rata-rata sebesar 564. Hal ini berarti kurikulum dalam status akreditasi STIK Immanuel sudah sangat baik dan disukai oleh mahasiswa. Kurikulum dan unsur-unsur yang ada di dalamnya mampu memberikan nilai yang tinggi dan dianggap cukup dominan dalam mempengaruhi persepsi mahasiswa terhadap status akreditasi itu sendiri, serta memberikan kepuasan mahasiswa secara emosional.

Berdasarkan jumlah skor dapat diketahui daerah kontinum yang menunjukkan wilayah ideal dari variabel status akreditasi dan hasil pengumpulan data status akreditasi adalah 8840 (dapat dilihat dalam Tabel 3), dengan demikian status akreditasi menurut persepsi 136 responden adalah $(6390 : 8840) \times 100 \% = 72\%$, dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 2. Hasil Tinjauan Kontinum Status Akreditasi

Proses Keputusan Mahasiswa

Penelitian mengenai Proses Keputusan Mahasiswa terdiri dari : kesadaran untuk melanjutkan studi, pencarian informasi ke perguruan tinggi yang lain, ketelitian akan prodi-prodi yang ada, perasaan setelah memilih prodi S1 Keperawatan, perasaan puas dan bangga dan akan promosi lagi ke adik kelas. Berikut ini adalah data mengenai tanggapan responden terhadap Proses Keputusan Mahasiswa yang disajikan dalam Tabel 4 :

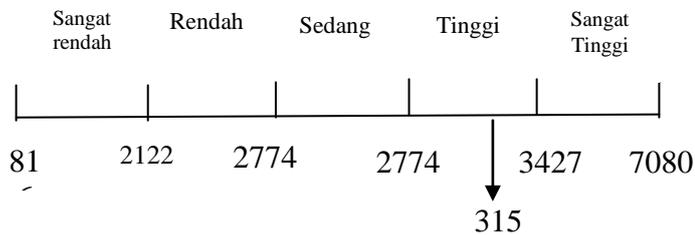
Tabel 4

Tanggapan Responden Terhadap Proses Keputusan Mahasiswa

No	Pernyataan	Skor					Total
		1	2	3	4	5	
		Frekuensi					
1	Kesadaran untuk studi lanjut	0	2	7	85	7	538
2	Pencarian Informasi PT lain	0	2	15	80	2	520
3	Ketelitian memilih prodi yang ada	0	0	4	92	4	545
4	Merasa tepat memilih prodi S1 Keperawatan	0	0	27	73	0	507
5	Perasaan Puas dan Bangga	0	0	8	88	4	538
6	Akan promosi lagi ke adik kelas	0	0	29	71	0	505
Jumlah							3153

Data pada Tabel 4 menunjukkan bahwa indikator proses keputusan memilih yang memiliki tingkat dominasi tertinggi adalah ketelitian memilih prodi yang ada dengan skor rata-rata mencapai 545. Responden menilai bahwa diperlukan ketelitian pada saat memilih program-program yang ada di suatu lembaga pendidikan agar tidak terjadi penyesalan pada saat sudah masuk ke dalam program tersebut. Hal ini sejalan dengan pencapaian skor tinggi pada indikator *product* pada variabel bauran pemasaran jasa dimana di dalamnya terdapat kebutuhan mahasiswa terhadap program Strata 1 atau sarjana dan indikator kurikulum pada variabel status akreditasi dimana di dalamnya

terdapat elemen metode pembelajaran dengan mengenalkan praktikum lebih awal kepada mahasiswa melalui *early clinical experience*, dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2. Hasil Tinjauan Kontinum Proses Keputusan Mahasiswa

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah disesuaikan dengan uraian teori mengenai pengaruh bauran pemasaran jasa dan status akreditasi terhadap proses keputusan mahasiswa memilih program studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung, maka didapat kesimpulan penelitian sebagai berikut :

1. Gambaran secara keseluruhan kondisi bauran pemasaran jasa berada pada kategori nilai sedang. Indikator dengan skor tertinggi menurut penilaian responden adalah *product*, sedangkan indikator dengan skor terendah adalah *physical evidence*. Penilaian tertinggi terhadap indikator *product* ada pada item kebutuhan mahasiswa terhadap program Strata 1 atau sarjana, hal ini dikarenakan sebagian besar responden merasa bahwa untuk mencari pekerjaan saat ini, standar minimal pendidikan yang ditetapkan perusahaan-perusahaan pencari kerja haruslah sarjana, tidak cukup dengan pendidikan minimal diploma 3 apalagi SMA.
2. Gambaran secara keseluruhan kondisi status akreditasi berada pada kategori nilai tinggi. Indikator dengan skor tertinggi menurut penilaian responden adalah kurikulum, sedangkan indikator dengan skor terendah adalah sistem pengelolaan. Penilaian tertinggi terhadap indikator kurikulum ada pada item perbandingan teori dengan praktik, hal ini dikarenakan sebagian besar responden menilai bahwa pada sistem perkuliahan terutama pada program studi keperawatan sangatlah penting jika perbandingan praktik lebih besar dari pada teori dan mahasiswa tertarik pada *early clinical experience* yang digunakan di STIK Immanuel sebagai salah satu metode pembelajaran, yaitu memperkenalkan praktik klinik keperawatan lebih awal kepada mahasiswa yang diimplementasikan pada *nursing practice* dimulai sejak semester 1.
3. Gambaran secara keseluruhan kondisi proses keputusan pembelian berada pada kategori nilai tinggi. Indikator dengan skor tertinggi menurut penilaian responden adalah ketelitian memilih program studi yang ada, sedangkan indikator dengan skor terendah adalah akan promosi lagi ke adik kelas. Penilaian tertinggi terhadap indikator ketelitian memilih program studi yang ada, ada pada item teliti dengan penawaran program studi yang ada di STIK Immanuel hal ini dikarenakan sebagian besar responden menilai bahwa diperlukan ketelitian pada saat memilih program-program yang ada di suatu lembaga pendidikan agar tidak terjadi penyesalan pada saat sudah masuk ke dalam program tersebut.
4. Berdasarkan tabel nilai koefisien determinasi yang dipergunakan untuk mengukur besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikatnya, pada tabel tersebut

nilai R Square adalah 0,715, hal ini menunjukkan bahwa variabel-variabel bebas diteliti, strategi bauran pemasaran (produk, harga, promosi, tempat, orang, proses, bukti fisik) dan status akreditasi menjelaskan 71,5% berpengaruh terhadap variabel terikatnya (proses keputusan mahasiswa), hal ini berarti terdapat pengaruh yang positif antara Bauran Pemasaran Jasa dan Status Akreditasi terhadap Proses Keputusan Mahasiswa Memilih Program S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan temuan yang dihasilkan, maka penulis menyatakan hal-hal di bawah ini dengan harapan dapat menjadi masukan dan memberikan manfaat bagi Program Studi S1 Keperawatan STIK Immanuel, yaitu :

1. Indikator bauran pemasaran jasa yang memiliki skor terendah adalah *physical evidence*, oleh sebab itu institusi dapat mempertimbangkan untuk memperbaiki desain interior ruangan menjadi lebih modern tetapi minimalis dengan penempatan ruangan dan furniture yang tertata rapi serta penggunaan cat dinding yang lebih menarik yang dapat membangkitkan semangat kepada pengunjung seperti warna orange, merah atau hijau. Institusi juga dapat mempertimbangkan untuk memperbaiki desain eksterior gedung dengan cara penempatan pintu masuk utama yang langsung dapat dilihat oleh calon pengunjung dan penempatan nama institusi dan papan penunjuk arah yang jelas. Sarana prasarana berupa ruang kelas pun dibuat nyaman mungkin dengan penempatan pendingin ruangan di setiap ruang kelas dan kebersihan ruang kelas lebih ditingkatkan, kemudian disediakan bahan bacaan, air mineral dan permen pada saat calon mahasiswa dan pengantarnya sedang menunggu proses seleksi. Saat ini calon mahasiswa yang datang dengan menggunakan kendaraan roda 4 ataupun roda 2 harus parkir jauh dari tempat pendaftaran mahasiswa baru, oleh sebab itu disarankan ruang pendaftaran mahasiswa baru letaknya di posisi depan dan disediakan lahan parkir khusus bagi pendaftar yang datang. Hal lain yang menjadi pertimbangan calon mahasiswa adalah keberadaan kantin yang nyaman yang menyediakan aneka macam makanan yang lengkap, oleh sebab itu disarankan mendirikan kantin dengan penataan *counter* yang teratur dan menyediakan berbagai jenis makanan dan minuman dengan harga yang terjangkau. Bagian lainnya dari *physical evidence* adalah tersedianya toilet yang bersih dan jumlahnya memadai, oleh sebab itu disarankan untuk menyediakan toilet dalam jumlah yang memadai misalnya ada toilet di setiap lantai pada masing-masing gedung serta terpelihara kebersihannya.
2. Indikator status akreditasi yang memiliki skor terendah adalah sistem pengelolaan, dalam penilaian akreditasi sistem pengelolaan mencakup pengelolaan fungsional dan operasional program studi yang terdiri dari *planning, organizing, staffing, leading, controlling*, serta operasi internal dan eksternal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapat kesimpulan bahwa mahasiswa merasa ada ketidakpuasan dalam hal pengelolaan nilai, yakni sering terjadi keterlambatan dalam hal penerbitan nilai, oleh sebab itu cara meningkatkannya yaitu diupayakan sumber daya manusia dalam hal ini tenaga pendidik harus segera menerbitkan nilai, maksimal satu minggu setelah mahasiswa selesai melaksanakan ujian akhirnya.
3. Indikator proses keputusan memilih yang memiliki skor terendah adalah perilaku setelah proses keputusan memilih yaitu akan promosi lagi ke adik-adik kelasnya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, mahasiswa yang sudah memilih Program

Studi S1 Keperawatan enggan untuk melakukan promosi ke adik-adik kelasnya dalam hal ini almamater SMA nya, hal ini dapat diatasi dengan cara mengembangkan *internal marketing* melalui *student get student* dan *electronic marketing* seperti menggunakan *website* maupun *facebook marketing*, selain promosi melalui jalur non akademik seperti yang sudah disebutkan di atas, promosi dapat juga dilakukan melalui jalur akademik dengan cara publikasi hasil-hasil penelitian dosen. Tidak dapat dipungkiri pula bahwa masyarakat mengalami kesulitan berkomunikasi dengan bahasa akademis kalangan perguruan tinggi. Oleh sebab itu, sedapat mungkin “bahasa” publikasi hasil penelitian pun dikemas dengan bahasa yang mudah dicerna dan disalurkan melalui media yang akrab dengan masyarakat awam sekalipun seperti melalui forum Komunikasi Karya Ilmiah Populer di media cetak atau elektronik. Jika demikian, maka hasil penelitian yang telah menghabiskan dana tidak sedikit tersebut, dapat bernilai guna secara riil untuk membangun bangsa Indonesia tercinta ini. Promosi pada jalur akademik lainnya dapat dilakukan dengan cara pengabdian kepada masyarakat. Kenyataan yang terjadi saat ini adalah jumlah perawat bertambah banyak setiap tahunnya tetapi jumlah penyakit yang terjadi di masyarakat tetap tinggi, oleh sebab itu diperlukan akademisi yang turun ke masyarakat guna memberikan informasi cara pencegahan dan penanganan penyakit.

4. Saran untuk peneliti selanjutnya adalah peneliti dapat melakukan studi mengenai pengaruh *service quality/ servqual* dan brand “Immanuel” terhadap proses keputusan mahasiswa memilih Program Studi S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung dengan memperhatikan implikasinya terhadap peningkatan mutu pendidikan perguruan tinggi untuk dapat memberikan hasil yang maksimal baik bagi institusi, peneliti maupun sebagai referensi strategi pemasaran bagi praktisi bisnis yang sama maupun bidang bisnis yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

- Alma, Buchari. 2007. *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*, Bandung : Alfabeta.
- Jogiyanto. 2010. *Metodologi Penelitian Bisnis : Salah kaprah dan Pengalaman-Pengalaman*, Yogyakarta : Fakultas Ekonomika dan Bisnis UGM.
- Kotler, Phillip. 2005. *Manajemen Pemasaran*, Jakarta : PT.Indeks.
- Lupiyoadi, Rambat. 2001. *Manajemen Pemasaran Jasa : Teori dan Praktek*, Jakarta : Salemba Empat.
- Nasution. 2004. *Manajemen Jasa Terpadu*, Bogor : Ghalia Indonesia.
- Payne, Adrian. 2001. *The Essence of Service - Marketing Pemasaran Jasa*, Jogjakarta : Andi.
- Soedibjo, Bambang S. 2005. *Pengantar Metode Penelitian*, Bandung : STIE-STM IK Pasim.
- Soegoto, ES. 2008. *Marketing Research-The Smart Way to Solve a Problem*, Jakarta : Elex Media Komputindo.
- Sugiarto. 2001. *Teknik Sampling*, Jakarta : PT.Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. 2008. *Memahami penelitian Kualitatif*, Bandung : Alfabeta.
- Sunyoto, Danang. 2012. *Riset Pemasaran dan Perilaku Konsumen*, Jakarta : Caps Publishing.

Turmudzi, Didi. 2010. *Direktori Perguruan Tinggi Swasta Aptisi Wilayah IV A*, Bandung : Aptisi.

Umar, Husein. 2005. *Riset Pemasaran dan Perilaku Konsumen*, Jakarta : PT.Gramedia Pustaka Utama.

Jurnal :

Margaretha, Yola (2011) “*Analisis Pengaruh Bauran Pemasaran Jasa Terhadap Minat Beli pada Program Magister Manajemen Universitas Kristen Maranatha*” Prosiding Volume 1 No.1 Semantik Universitas Dian Nuswantoro Semarang ISBN 979-26-0255-0

Soedjais, Zaenal, (2010) “*Perguruan Tinggi dalam Perspektif Globalisasi*”. Jurnal Pendidikan Volume 4 No.2 September 2003 Universitas Terbuka ISSN : 1411-1942.

Modul :

Abdul Hakim. 2010. *Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi*, Bandung : Modul Semiloka Strategi Peraihan Mahasiswa Baru.

Hanuranto, AT. 2010. *Marketing Perguruan Tinggi*, Bandung : Modul Semiloka Strategi Peraihan Mahasiswa Baru.

Hermawan, Dadang. 2010. *Pemasaran Perguruan Tinggi* Bandung : Modul Semiloka Strategi Peraihan Mahasiswa Baru.

Sumber lainnya :

Abdul Hakim. 2010. “*26,9% Program Studi Tidak Terakreditasi*”, Harian Umum Pikiran Rakyat, 5 November 2010, halaman 22.

Haryadi, Dedi. 2010. “*Sebentar lagi Unpad Mendunia*”, Harian Umum Tribun Jabar, 3 November 2010, halaman 19.

Nata Saputra, Yudha. 2011. “*Manfaat Akreditasi*”, Harian Umum Pikiran Rakyat, 6 Januari 2011, halaman 22.

JUDUL	<i>Nursing Performance of Diploma and Baccalaureate Graduate in Selected Government Hospitals in Yogyakarta, Indonesia: Basis for An Action Plan</i>
PRESENTER	Vivi Retni Intening
AUTHOR(S)	Vivi Retno Intening
INSTITUSI	STIKes Bethesda Yakkum Yogyakarta

ABSTRACT

Healthcare is the fastest growing service in both developed and developing countries globally. As professionals who have major contribution to health care, nurses have an important role in the goal to attain improvements in the quality of health services. Performance of health workers in particular nursing spearheading health care is a very important issue to be studied in order to maintain and improve the quality of health services. A good performance of health workers is a bridge in answering quality assurance health care that is given to patients.

This is a descriptive non-experiment research with a cross sectional approximation. The research described the performance of staff nurse in terms of professional clinical performance, communication/collaboration, teaching and learning, leadership, spiritual care, assessment, diagnose, nursing care plan, interventions, evaluation and documentation, and managing care. Using total sampling of 99 Baccalaureate graduate staff nurse respondents and 204 randomly selected of Diploma graduate staff nurse in 4 selected government hospitals in Yogyakarta March-april 2013, their performance was assessed by themselves. The further data analysis is done through distribution frequency and average mean of performance.

The nursing performance of the staff nurses who are Diploma Graduate with their average mean of performance was 3.41-4.20 verbally interpreted as above average. As well as Baccalaureate Graduate respondents, the average mean of performance was 3.41-4.20 verbally interpreted as above average.

The Diploma graduates and Baccalaureate graduates staff nurse respondents are predominantly adult, mostly female, married, and new in nursing services. The Diploma and Baccalaureate graduates staff nurse are performed well in nursing services.

Keyword: Nursing performance, Diploma graduate, Baccalaureate graduate.

BACKGROUND OF THE RESEARCH

Healthcare is the fastest growing service in both developed and developing countries globally. Each hospital tries to meet the highest healthcare quality standards for the patient care. Nevertheless, there are many challenges to face by the health care system. Costs are high and increasing, new technologies to continue to drive up cost, too many people are lack of access to health care services and aging baby boomers will increase healthcare demand at a time when human resources may not be sufficient. Health care system has evolved over in response to a number of social, political, scientific, and environment issues. Thus, nurses as key members of the delivery of care are in excellent position to assist in addressing these concerns. According to Deutschendorf as cited by Huber (2006) states that the goals of successful patient care delivery include high quality and low cost care and the achievement of patient outcomes and satisfaction levels. The ability to reach these objectives depends on the organizations approach to the matching of human and material resources with patient characteristics and health care needs.

As professionals who have major contribution to health care, nurses have an important role in the goal to attain improvements in the quality of health services (Arip, 2011). Performance of health workers in particular nursing spearheading health care is a very important issue to be studied in order to maintain and improve the quality of health services. A good performance of health workers is a bridge in answering quality assurance health care that is given to patients. Key to improving the quality of health care is the nurse who has high performance. Nurses have a pivotal role in determining the quality of service in hospitals because nurses have a large amount compared to other health professionals and nurses to provide services to clients for 24 hours continuously (Kompasiana, 2011). According to Martono (2005), the position of the nursing profession in health care organizations such as hospitals is very important and decisive because the nurse is one element of health organizations in organizing health care services dealing directly with the public.

Educational attainment is one of the backgrounds of the performance appraisal especially for nurses. Nursing is a profession, in which there is an obvious "body of knowledge". Nursing profession has a strong educational foundation, so it can be optimally developed. For this reason, nursing profession is always required to develop and actively participate in increasing the Health Care System for professionalism of nursing in an effort to advance the public's health services. Based on this understanding and to achieve it, a Nursing System of Higher Education, which aims to maintain and increase quality health care. In carrying out this is certainly needs well performed resources including health implementing nursing personnel, both in quantity and in quality (Alumnifikui, 2009).

RESEARCH METHOD

This is a descriptive non-experiment research with a cross sectional approximation. The research described the performance of staff nurse in terms of professional clinical performance, communication/collaboration, teaching and learning, leadership, spiritual care, assessment, diagnose, nursing care plan, interventions, evaluation and documentation, and managing care. Using total sampling of 99 Baccalaureate graduate staff nurse respondents and 204 randomly selected of Diploma graduate staff nurse in 4 selected government hospitals in Yogyakarta March-april 2013, their performance was assessed by themselves. The data gathering was used the packed of questionnaires from National Council Associate Degree Nursing Competencies (2000) that consist of 70 item Likert Scale questions. In this study researcher modified the questionnaire comprehensively became 89 item Likert Scale questions and has been reviewed by panel expert. The further data analysis is done through distribution frequency and average mean of performance.

RESEARCH FINDINGS AND DATA INTERPRETATIONS

In terms of Age, 33% of the Diploma Graduate respondents are of ages 26-30 years old while 34% of the Baccalaureate Graduate respondents are of ages 26-30 years old. 63% of the Baccalaureate Graduate respondents are female and 37% are males; 73% of the diploma graduate respondents are females and 27% are males. In terms of civil status are married, for both Diploma and Baccalaureate Graduate. The groups of respondents varied in their tenure/work experience of which more than half for both groups have worked in the hospitals for less than or equal to twelve (12) year.

Table 1.
Characteristic of Diploma and Baccalaureate Staff Nurse Respondents

No	Item	Diploma Staff Nurse		Baccalaureate Staff Nurse	
		Frequency (f)	Percentage (%)	Frequency (f)	Percentage (%)
1.	Age				
	21-25	31	15%	6	6 %
	26-30	67	33%	34	34%
	31-35	51	25%	23	23%
	36-40	32	16%	26	26%
	41 and above	23	11%	10	10%
	Total	204	100%	99	100%
2.	Gender				
	Female	148	73 %	62	63 %
	Male	56	27 %	37	37 %
	Total	204	100 %	99	100 %
3.	Civil Status				
	Single	44	22 %	16	16 %
	Married	160	78 %	82	83 %
	Divorce	0	0	1	1 %
	Total	204	100 %	99	100%
4.	Working Experience				
	Less than 1 year	6	3%	3	3%
	1-4 years	61	30%	26	26%
	5-8 years	49	24%	21	21%
	9-12 years	37	18%	24	24%
	13-16 years	21	10%	9	9%
	17 and above	30	15%	16	16%
	Total	204	100%	99	100%

Table 1 implies that most of hired staff nurses belong to the early adulthood (26-30 years old) age group, on this phase people start thinking seriously about their future. The new lifestyle that is considered good and can support their future path will be chosen as well as way of life, this phase is also a self-stabilization period, when people get serious in a career. In early adulthood, usually they have to decide for themselves what is good for them, which makes them feel comfort and which ones can bother their goal (Hardiwinoto, 2011).

In general, age indicates the individual maturity of behavior as well as judgment. The older the person, the more mature physically and mentally they are (Bland, C.J., and Berquist, W. H., 1997) as well as the nursing profession that requires maturity of physical and mental to provide quality services to the patients. In fact, nurses often face the complicated situation related to patient condition, colleagues, other healthcare professionals, and management and organization system that has a significant impact on nursing performance.

In term of gender, the fact that nursing has become so popular occupation for women does not mean at all that men are excluded from it, or have abandoned it. Every class that graduates from the hospitals has its per cent of male nurses, though usually the women greatly predominate (Seymour, 2011).

According to Cathy Payne (2013) in Report: More men entering nursing profession, a growing number of men are joining the ranks of nursing, finds a study that takes the pulse of a predominantly female profession. The percentage of male registered nurses jumped from 2.7% in 1970 to 9.6% in 2011, the nationwide study finds. Men's representation among licensed practical and licensed vocational nurses rose from 3.9% in 1970 to 8.1% in 2011. Licensed practical nurses work under the direction of doctors and registered nurses; they are referred to as licensed vocational nurses in California and Texas. That data ascertained that nowadays, male nurses are existed in nursing profession.

Majority of the Baccalaureate and Diploma respondents were grouped in early adulthood age (26-30 years old). According to Hardiwinoto (2011), this phase of age is also a time when people start a serious relationship with their partners, usually they will not look for a new partner anymore. They have started to think or make planning about marriage with their partners or even decided to get married at this age.

The statement above was confirmed by the data in term of gender which presents the frequency distribution of gender, majority of respondents are female. Considering female gender, traditional eastern culture including Indonesia adheres to the unwritten norm that women do not deserve single status when they are eligible for marriage, usually above 21 years old in accordance to the laws of marriage in Indonesia. So that usually Indonesian women are married at the age 21 and above.

Refer to table 1 that presents frequency and distribution of staff nurse respondents in terms of their age, majority of the respondents were grouped in early adulthood age or productive age that concern with their career, active and innovative in terms of duty and responsibility in nursing areas though they haven't got length of experiences considering their young age in nursing areas.

Table 2
Nursing Performance of Diploma and Baccalaureate Graduates Staff Nurse Respondents

No	Item Performance	Diploma Staff Nurse		Baccalaureate Staff Nurse	
		Overall Mean	Verbal Interpretation	Overall Mean	Verbal Interpretation
1.	Professional clinical performance	3.90	Above Average	3.81	Above Average
2.	Communication/collaboration	3.97	Above Average	3.73	Above Average
3.	Teaching and learning	3.82	Above Average	3.67	Above Average
4.	Leadership	3.81	Above Average	3.70	Above Average
5.	Spiritual care	3.81	Above Average	3.68	Above Average
6.	Assessment	3.92	Above Average	3.75	Above Average
7.	Diagnose	3.99	Above Average	3.76	Above Average
8.	Nursing care plan	3.91	Above Average	3.69	Above Average
9.	Interventions	3.98	Above Average	3.78	Above Average
10.	Evaluation and documentation	3.87	Above Average	3.67	Above Average
11.	Managing care	3.84	Above Average	3.76	Above Average

Legend: 4.21-5.00: outstanding ; 3.41-4.20: above average ; 2.61-3.40: Average ; 1.81-2.60: fair ; 1.00-1.80: need improvement

From table 2 above, Diploma and Baccalareate graduate respondents in selected government hospitals in Yogyakarta, Indonesia ascertained that they are equipped with professional clinical performance when delivering nursing care to the patients.

Professional clinical performance related to nursing practice norms that include the nursing standard, legal boundaries of nursing, client rights, political, socio-cultural, to the responsibility of the nursing duties, life-long learning as well as criticism and suggestions for the development of self-nurse.

According to Effendy and Mukhfudli (2009), standards of nursing practice is a reference for nursing practice and must be accomplished by nurses, and was developed to help nurses to develop and validate the quality of nursing care. On the other hand, Indonesian Nursing Association states that standards of nursing practice is a commitment of the nursing profession to protect client or patients against the practices carried out by members of the nursing profession.

In accordance to Harkreader and Hogan as cited by Gacuya (2011), said that as a nurse, you will hear, see, and gather data about patient that is confidential in nature. Confidentiality means maintaining another's privacy entrusted to you. It is the nurse responsibility to assure patients that information is held in confidence and used as a means of meeting health care needs. Riadi (2012) pointed that the main nursing task is to identify changes in the pattern of nurse client interaction to the health-illness. This interaction pattern is the basis for planning methods to improve the adaptability. Provide counseling/ guidance to patients, families and communities about health issues in order of priority. Counseling given to individual/ family health with experience in integrating past experience, problem solving focused on nursing issues, change behavior toward healthy behavior. In carrying out the role as a counselor, nurse is often regarded the proper place to discuss confidential matters in terms of disease or the patient's health or the certain topics out of disease or health. In this case as a counselor, nurse is required to be a trustworthy person and this is one form of maintaining patient privacy.

Aside from discussion above, studied showed that ineffective communication within the multi-disciplinary healthcare team can compromise patient safety. Therefore, it is important to improve patient safety that includes communication patterns within the multi-disciplinary team of health care provider in the hospitals (Patterson et al, 2004).

In terms of teaching learning, it can be concluded that Diploma and Baccalaureate respondents implement teaching and learning part very well including developing lesson plans, using of effective and innovative methods, encouraging and supporting the participation of patients and families, as well as evaluating the patient's progress related to their lessons. The research studies over the past few decades declare that nursing has undergone amazing changes, not only in Indonesia but also internationally.

Move over to the lowest mean score in terms of leadership, delegation and remain open to suggestion, sometimes it is not easy for the manager or people who have the high position in organization. Delegation skills needs to develop by manager and should consider with 5 rights of delegation according to NCSBN (2011), namely: right task, right circumstance, right person, right direction/communication, right supervision/evaluation. Not infrequently manager pay less attention to the principles of delegation so that, they failed in delegation.

Working with people who have different values, attitudes, religions, social system, beliefs about health illness, food preferences, languages, and role relationships offers many opportunities to explore our own values and beliefs and learn to accept and appreciate the values and beliefs of others. It was also stated that religion is an area of individual preference and a part of a person culture that must be accumulated in any healthcare setting. It can be an especially sensitive issue because religious beliefs are

among the most fundamental beliefs people have. People facing immediate questions of health, life and death will frequently turn to their religion for answers. Circumstance in a hospital can make it difficult for patients to continue to practice their religion. No one should stand between the patients and her/ his beliefs (Kurzen, 2005).

The Nursing Process was based on a theory developed by Ida Jean Orlando. This theory delves into the purpose of nurses and their requirements in the medical field. The theory assumes that a patient who cannot cope with their medical needs without assistance will become distressed and begin feeling helpless. At the base level, nursing can contribute to this distress. However, Orlando theorized that the nurse/patient relationship is one that is decided by both parties. The patient cannot appropriately convey their needs or fears without first establishing a close relationship with the nurse. As such, nurses exist to offer patients a motherly and nurturing presence to relieve distress (Alligod&Tomey, 2010).

From the result of this study, the Diploma and Baccalaureate graduate respondents have been able to manage caring to the patients. They realized that they need input from other person to develop their character especially in working area

CONCLUSION AND RECOMMENDATION

The Diploma graduates and Baccalaureate graduates staff nurse respondents are predominantly adult, mostly female, married, and new in nursing services. The Diploma and Baccalaureate graduate staff nurse respondents who assessed their performance were above average. Based on the findings of this study, the researcher recommended to formulate the curriculum of nursing education that is concerned with the enhancement of nursing profession in both Diploma and Baccalaureate degree, establish the dynamic program to enhance Diploma graduate staff nurse in terms of professional clinical performance, communication/collaboration, and assessment also in terms of teaching and learning, spiritual care, assessment, evaluation and documentation for Baccalaureate graduates who have significant difference between self-assessment and head nurse assessment of performance.

Another recommendation is provides the opportunity for fresh graduates of Baccalaureate degree to equip themselves with knowledge and skills to improve their performance as nurses considering the age and work experience which are factors that affect to performance. Reform the basic nursing education in Indonesia become Baccalaureate degree. Facilitate the continuing education program from Diploma degree to Baccalaureate degree. Provide scholarships for Diploma nurses who have desire to pursue Baccalaureate degree. Provide appreciation and reward to nurses who have excellent performance and improve the welfare of nurses. Hospital administration should be concerned with nursing performance and develop program in the preparation of strategic planning for the achievement of quality patient care.

BIBLIOGRAPHY

- Alfaro – Le Ferve. (2009). *Applying the Nursing Process: A tool For Critical Thinking*. New York, USA: Lippincot Williams and Wilkins.
- Alumnifikui. (2009). *Perkembangan Keperawatan Indonesia*. Retrieved Dec 10, 2012 from <http://qie30.wordpress.com/category/perkembangan-pendidikan-keperawatan/>
- Arip. (2011). *Teknologi Informatika dan Keperawatan*. Retrieved May 7, 2012 from <http://sokon.wordpress.com/2011/11/17/teknologi-informasi-dan-keperawatan/>

- Benner, P. et al. (1996). From beginning to Expert: Gaining a Differential Clinical World in critical Nursing. *Advances in Nursing Science*, 13-28.
- Brown, S. D., Lent, R. W. (2009). *Career Development and Conseling Putting Theory and Research to Work*. Hoboken, NewJersy: JhonWikeyans Son, Inc
- Carter et al. (2010). The Role of nursing Leadership in Integrating Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Health Care Delivery in Canada. *Nursing Leadership*. 23 (167-185).
- Catalano. (2009). *Nursing Now! Today's Issues, Tomorrow's Trends*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Craven, Ruth &Hirnle, Constance. (2009). *Fundamentals of Nursing Human HelathFuction*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins.
- Efendy, ferry, Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Praktek Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Gacuya, Rhea. (2009). *Nurses' Performance and patients Satisfaction in Holistic Nursing Care Approach in Government and Private Hospitals: Implication to Nursing Service*. TUA.
- Gaffar. (2010). *PengantarKeperawatanProfesional*. Jakarta: EGC.
- Gibson, Ivancevich and Donelly. (2009). *Organisasi dan Manajemen : Perilaku, Struktur dan Proses*. Jakarta. Erlangga.
- [Hardiwinoto. \(2011\). IlmuKesehatanMasyarakat. Retrieved May 23, 2013 from ilmu-kesehatan-masyarakat.blogspot.com/2012.](http://ilmukesehatan-masyarakat.blogspot.com/2012)
- Harkreader, Helen & Hogan, Marry Ann. (2009). *Fundamentals of Nursing Caring and Clinical Judgements*. Singapore: Elsevier.
- Huber, Diane., L. (2008). *Leadership and Nursing care Management*. Philadelpia: Elsevier.
- Houser, Janet. (2008). *Nursing research, Reading, Using, and Creating Evidence*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher Inc.
- [Kompasiana. \(2011\). Perawat Indonesia ButuhApresiasi. Retrieved September 14, 2012 from http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2011/12/29/perawat-indonesia-butuh-apresiasi/](http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2011/12/29/perawat-indonesia-butuh-apresiasi/)
- Kurzen, Corrine. (2008). *Contemporary Practical/Vocational Nursing*. Philadelphia: Lipponcott Williams & Wilkins.
- Lunaigh, Carlson. (2008). *IlmuKesehatanMasyarakat*. Jakarta: EGC.
- Marquis, BL., Huston, CJ. (2009). *Leadership Roles Management Functions in Nursing: Theory and Application*. Philadelphia: Lippincot Williams and Willkins.
- McEwen, M., Wills, E. (2009). *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- O'Daniel M, Rosenstein A. (2011). *Professional Communication and Team Collaboration Patients Safety and Quality: An-Evidance Based. Handbook for Nurses*.
- Potter, Patricia A. and Perry Ann Griffin. (2005). *Fundamentals of Nursing*. Missouri: Elvsevier Mosby.
- [Riadi, Machisin. \(2012\). PeranPerawatSebagaiPemberiAsuhanKeperawatan. Retrieved June 10,2012from www.kajian.pustaka.com/2012](http://www.kajian.pustaka.com/2012)
- Roux G., Halstead. (2009). *Issues and Trends in Nursing Essential Knowledge for Today*. Massachusets: Jones and Bartlett Publisher.
- Tappen, Ruth, Sally Weiss. (2008). *Essentials of Nursing Leadership and Management*.

- Turner, Susan., O. (2007). *Nursing Career Planning Guide*. Canada: Jones and Bartlett Publisher Inc.
- Seymour, Elisabeth. (2011). *Nursing as Profession for Women*. Retrieved May 23, 2013 from cather.unl.edu/nfolg.html.
- Schwirian, P. M. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research* 27(6), 347-351.
- Smith, Joyce. (2010). *Nursing Process: Foundation and Practice*.

JUDUL	<i>Analysis of Knowledge and Skills Required of Nursing Student in Holistic Nursing at School of Nursing, Diponegoro University</i>
PRESENTER	Suhartini
AUTHOR(S)	Suhartini, Emi Tsuwaibah
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRACT

Background. Holistic nursing is an entire nursing care aimed to cure patient holistically. **Aim.** The aim of this research is to analyze the knowledge, skill and students need to develop the holistic nursing. **Method.** The method of this research is descriptive with analytical survey approaches. The instrument of this research is questionnaire that developed by researcher. The subject is 193 student, year of 2008 to 2010, School of Nursing of Diponegoro University. Data analysis was used univariate and bivariate method to know the data proportion of each needs in knowledge and skills in holistic nursing. **Results.** The results showed that 93.3% of students had a high knowledge. The students required knowledge includes personal knowledge, empirical knowledge, aesthetic knowledge, knowledge of ethics, and unknowing, political and social knowledge. Whilst, students' skills in holistic nursing where 95.3% indicated high needed in holistic nursing, those skills include skills in the philosophy holistic, holistic ethics skills, skills of holistic nursing theory, skills in understanding the cultural and human diversity, skills in research, communication skills, skills in providing therapeutic environment and skills in nursing process.

Conclusion. Nowadays, knowledge and skills required of nursing students in holistic nursing are basic to develop themselves to be a professional nurse and leader in upcoming era.

Keywords: holistic nursing, knowledge, skills, nursing students

BACKGROUND

Nowadays, holistic nursing has been officially recognized by the American Nurses Association (ANA) as special expertise in the clinical setting and has standard of practice (American Holistic Nurses' Association, 2005). According to Rodgers holistic nursing is nursing actions that focusing on starting from the smallest unit of human and the environment, and each of them is related to the nursing action to give healing in all aspects of one's self. Holistic nursing has been included in a component of the curriculum and research as evidence for the concept within the framework of such standard practices, policies and regulation (Mariano, 2007). Even, holistic nurses in America have association; it called American Holistic Nursing association (American Holistic Nurses' Association, 2005)

Holistic nursing care covers all aspects of nursing that have the purpose of providing nursing care to the patients extensively on aspects of bio-psycho-socio-spiritual. Holistic nursing initiate the existence of closely interconnected and the individual. The word holistic has meaning that humans have elements of bio, psycho, socio and spiritual. Individuals have the sense that humans have a single entity in a relationship that is beneficial to the environment. Dossey (2008) explained that a holistic treatment focuses on health promotion, observing individuals on the whole of the body, mind and spirit. Nurses are suggested to use a holistic approach to care patients.

AHNA has developed holistic nursing practice standards that accommodates nurses as a collection of basic instructions for doing the holistic nursing practice. Core

Curriculum for Holistic Nursing (1998) had been provided a complete guide to curriculum and prepare students to be the professional nurses to take care of the patients. For students, the standard level of holistic nursing competences include holistic philosophy, processes, knowledge and skill, and nursing care delivery needs. The standard of holistic nursing for students is based on the core values underpinning all the work of professional nurse include: philosophy, ethics, theory, and research, holistic care, communication and holistic care process (Dossey, 2008). Doosey in her straight theory justified that one of the components of the healer is a pattern of knowledge that must be owned by the holistic nurses in holistic nursing. This knowledge include empirical patterns, ethics, personal, aesthetic, socio-political, and unknowing. Pattern knowledge help nurses to express what a nurse should know later in the healing process (Frisch, 2003, 2005)

School of Nursing, Faculty of medicine Diponegoro University (SoN, FoM UNDIP) is currently developed the holistic nursing and applied it to the nursing students. The SoN UNDIP is yearning to provide holistic nursing care based on the concept of holistic nursing believes that illnesses experienced of a person not only a physical problem but also psychological, social and spiritual problems. The nurse cannot solve the patient's problems by administering drugs, but also by observing the integrity aspects of life as human being that include biological, psychological, social and spiritual chemistry.

PROBLEMS STATEMENT

A preliminary study has been conducted for 10 students of SoN, FoM UNDIP. The researcher found that the students know the meaning of holistic care, whereas the knowledge and skills needed in holistic care 75% of the students did not know. It were because they did not get a course holistic nursing specifically. One lecturer of also stated that SoN FoM UNDIP currently developed the holistic nursing. Moreover, distinct topic lectures teaching about holistic nursing knowledge and skills not offer yet, but the concept of holistic nursing began to be included in the lectures and skills laboratory.

Therefore, holistic nursing phenomenon for nursing students need further investigation among nursing students particularly in Semarang. This research was taken place in the SoN FoM UNDIP to analyze what were the substances of holistic nursing knowledge and skills needed among bachelor nursing students.

AIMS

There are two research objectives, the first was to analyze the knowledge required students, and the second was to analyze the skills required of the students in the School of Nursing, Faculty of Medicine, Diponegoro University.

SIGNIFICANCES OF THE RESEARCH

For nursing and educational institutions, the research results give an overview and evaluation of the knowledge and skills required of bachelor nursing student in holistic care. The results of this research can be used as input into the process of teaching and learning activities of nursing, concerning to the holistic nursing. For research and nursing knowledge, this results provide the knowledge in applying the self-evaluation and providing holistic nursing education to the students. Furthermore, the results are as an evidence for nursing services in hospitals and in the community setting.

LITERATURES REVIEW

Holistic Nursing

Holistic nursing is defined as the practice of nursing that aims to heal the patients as a whole includes bio, psycho, socio and spiritual (Doosey, 2008). Holistic nursing is a specialty practice that is reflected in the knowledge of the patient, nursing theory, expertise and intuition to guide therapeutic nurse to become a partner, knowing the human response to facilitate the healing process. Holistic nursing focuses on the protection and promotion to optimize health and wellbeing, help healing, reduce pain, prevent disease or injury, and supports a human to feel comfortable, peaceful, harmonious and balanced through a nursing diagnosis and intervention.

Holistic Nursing Knowledge

Comprehensive nursing science is recognition of the pattern of knowledge in nursing. Such knowledge patterns are socio-political, aesthetic, empirical, not knowing, and personal ethics. As a way to organize nursing knowledge, Carper (1978) defined 4 basic patterns of knowledge (empirical, personal, ethical and aesthetic) followed the introduction of the pattern does not know (unknowing) by Munhall (1993), political and social sciences by White (1995). Such knowledge patterns are elucidated as follows:

1. Personal knowledge refers to knowledge of self and the development of interpersonal relationships between nurses and patients. The nurse will feel more comfortable with the knowledge and skills. Personal knowledge requires maturity, confidence and will increase by age and experience.
2. Empirical knowledge is used to provide information that is factual, objective, descriptive and research-based, so it can be verified. Empirical knowledge based on the assumption of what is known can be accessed through the senses, for example by touching, seeing, and hearing. This empirical knowledge to see what's going on with the patient and how this could happen.
3. Esthetic knowledge in nursing is a form of subjective knowledge. The art of nursing focusing on aesthetics or intuition, interpretation, and understanding. In aesthetic knowledge the nurses see the patient's circumstances and interpret what is going on with the patient.
4. Ethics knowledge focuses on moral or ethical components of nursing practice. Nurses make decisions based on what is right or good things for the patient.
5. Unknowing, when nurses provide care, the nurse did not either know or understand people when they first met. In doing so, the nurse will more often meet with clients to find out what is not known, thus the nurses can be more understanding, empathy and truly care for the patient.
6. Socio-political knowledge refers to nurses should increase their socio-political knowledge to understand when and how they act with respect to the context of nursing.

Holistic Nursing Skills

A skill in holistic care refers to the core values of holistic nursing. The following skills are needed among nursing students in holistic nursing (Doosey, 2008):

1. The philosophy of holistic used to develop and expand the framework and overall philosophy in the art and science of nursing.
 - a. Student is able to write a holistic knowledge about
 - b. Students applying holistic science in itself
 - c. Student is able to apply holistic theory into practice

2. Ethics, Ethics aims to safeguard the integrity and dignity in them and everyone involved in the healing process.
 - a. Students understand the theory of ethics in the holistic nursing
 - b. Students are able to apply the principles of ethics in practice
 - c. Students internalize the principles of ethics into the beginning professional practice.
3. Theory provides the framework for all aspects of the practice of holistic treatments.
 - a. Students understand the theory of holistic nursing
 - b. Students apply the theory into practice and compare it
4. Culture and human diversity, the plurality of cultures and this affects the creation of nursing plans, so in accordance with the cultural background, beliefs, sexual, and the value of trust.
 - a. Students is able to describe the similarities and differences between people with one another
5. Using knowledge in practice in taking decisions that increase the complexity of the research, nurses provide nursing intervention and holistic therapy and research findings.
 - a. Recognizing the need for evidence in practice
 - b. Reading and critiquing research articles
 - c. Use the published research findings as evidence for nursing practice
6. Communication
 - a. Demonstrate the professional communication
 - b. Demonstrate therapeutic communication
 - c. Expand communication skills to the community/group
7. Therapeutic environment, an environment that exists around the client will affect the healing client.
 - a. Maintain a conducive environment for healing
 - b. Maintain a conducive environment for healing in improving something unpredictable and unstructured settings
8. The process of holistic care
 - a. Start nursing practice based on nursing process
 - b. Move practices to increase the level of complexity and diversity in accordance with the standards of the holistic

METHODS

This was a descriptive analytic survey approach. The population in this research was a regular student of 3rd year, 4th year (years of 2008-2010) school of nursing, faculty of medicine, Diponegoro University, Semarang. PSIK. The total population was 372 nursing students.

Sample calculation was using Yamane test. The number of sample was recruited 190 students, scattered from the 2008-2010. To get a representative sample, then it needs to be done cluster sampling. The number of students of year 2008 was 108 students, obtained 56 samples. The number of students of year 2009 with 101 students acquired 52 samples. The number of students of year 2010 with 163 students earned 85 samples. For the inclusion criteria were: 1) the regular student of SoN, FoM UNDIR year of 2008-2010; 2) the students who were not currently taking a leave of absence more than one month; 3) students who were not sick; 4) students who were willing to be the respondent.

Research Instruments

This research instruments using a questionnaire developed by the researchers, were based on literature review that associated with and outcomes of the study. The questionnaires used Likert scales the measurement. The score level obtained an ordinal scale with score 22-44 tend to low requirements, score 45-57 tend to quite requirements, and the score 68-88 tend to high requirements.

Validity and Reliability

This research will use the two kind of validity test. First, content validity by 3 experts and calculate the content validity index (VCI). The VCI score was 0.8 means that the questioner is valid for a new instrument development. Second, the construct validity (validity of items) conducted to perform the correlation between test score (rating) of each item (the statement) with a total of questionnaires.

Reliability testin this study used external consistency by the test-retest. Reliability measurement instrument technique performed with Cronbach alpha significance level0.5. The Cronbach alpha reliability firstly shown the result invalid. The second option was done because some of data after statistical analysis found was not valid, so the researcher need further test by factor analysis. After running the factor analysis test, the questioner was reliable.

Ethical Consideration

The research was approved by institutional research committee in SoN, FoM, UNDIP. The principle of ethics was also considering such as anonymity, confidentiality, and justice.

Data Analysis

Data analysis used in descriptive analytic with calculate answers to a questionnaire that was then calculated in ordinal measurement scale: high, medium, and low. In this study the univariate analysis was used to determine the proportion of data from gender, the kind of knowledge and skills from the respondent. In this research analysis bivariate has been used to determine the relationship between each independent variable. The knowledge and skills of those students was analyzed using a correlation test.

RESULTS AND DISCUSSION

Characteristics of respondents' demographic are summarized in table 1. The average age of respondents 17-19 years old, 2nd semester, and women-sex (86,5%). Female student was more extend than male students, because women have more self-profile is soft, friendly and smooth feeling in their nursing profession (Meidiana, 1998).The level of knowledge and skills needs in the high student FK PSIK UNDIP (table 2). There are 180 students (93,3%) have a high needs of knowledge and 13 or 6,7% have moderate needs of knowledge, and there are no students who in low needs. Similarly, the level of students ' skill needs are also high (95,6%)students and moderate needs of skills are 4,7%.

Patterns of knowledge gives the opportunity to students to be able to understand themselves as a nurse and understands human beings from some aspects. Lorraine confirms that nurse knowledge patterns follow the pattern of existing knowledge in the cultural place nurses completed his education and his place of work. But the most important thing is the empirical knowledge, personal knowledge and aesthetic knowledge (Lorraine, 2005). Furthermore, AHNA has developed a holistic nursing practice standards as a foundation for nursing students in holistic nursing practice. The

standard was written with the intention to help nursing students understand the philosophy of holism and have the knowledge and skills to provide care to the client. The standard practice of nursing is based on the core values that support the performance of the professional nurse (Fenton, 2001). Knowledge and skills is the basis for the student in carrying out the practice of nursing goes beyond. The essence of nursing is holistic nursing care to patients from all aspects of life, not only on the physical aspect but also touches on aspects of the psychosocial and spiritual (Doosey, 2001; Fenton, 2001)

Table 1.

Frequency distribution of respondent's characteristics by age, sex, and semester (N=193)

Variable	Frequency	Percentage (%)
Age (year)		
- 17 – 19	117	60,6%
- 20 – 22	73	37,8%
- 23 – 26	3	1,6%
Semester		
- Semester 2	83	37,2%
- Semester 4	52	23,3%
- Semester 6	58	26%
Sex		
- Male	26	13,5%
- Female	167	86,5%

Research results in table 3 and 4 shows that there is a positive relationship between the needs of the knowledge and skills required of students. Researchers presented data in table 3 and 4 to also indicated that relationships of each variable in the knowledge and skills of quite a lot, but researchers only took 10 of the variables that have the knowledge and skills the relationship such closely. The variables we can see in the table 5.

Tabel 2.

Frequency distribution of student's level of knowledge and skill in holistic nursing (N=193)

Variable	Level	Frequency	%
Score of knowledge			
- 8-15	Low	0	0
- 16-23	Moderate	13	6,7
- 24-32	High	180	93,3
Score of skill			
- 12-23	Low	0	0
- 24-35	Moderate	9	4,7
- 36-48	High	184	95,3

Table 3.

Correlation matrix of students' knowledge needed in holistic nursing

No	Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Human development	-	.31*	.18*	.29*	.29*	.44*	.16*	.40*	.68*
2.	Pathophysiology of disease		-	.45*	.40*	.18*	.26*	.24	.12	.55*
3.	Unknowing			-	.49	.05	.21*	.03	.15*	.50*
4.	Sign and symptom of disease				-	.15*	.28*	.15*	.24*	.61*
5.	Research result on disease					-	.25**	.28*	.23*	.54*
6.	Esthetic knowledge						-	.13	.41*	.67*
7.	Etic knowledge							-	.14*	.42*
8.	social politic knowledge								-	.62*
9.	Total score									-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 4.

Correlation matrix of students' skill needed in holistic nursing

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Application of knowledge in class	-	.29**	.22**	.10	.15*	.17*	.12	.24**	.16	-.00	.06	.09	.43**
Application of knowledge in practice		-	.23**	.40**	.45**	.21**	.22**	.17*	.16*	-.02	.27**	.13	.57**
Ethical principle application			-	.33**	.11	.41**	.10	.30**	.37**	.13	.36**	.32**	.63**
Ethical principle internalization				-	.30**	.15*	.21**	.14*	.18*	.05	.28**	.21**	.55**
Theory applied					-	.26**	.35**	.09	.09	-.00	.13	.19**	.51**
Cultural competency						-	.02	.32**	.37**	.14*	.30**	.26**	.58**
Research							-	.14*	-.04	-.04	-.00	-.06	.35**
Research utilization								-	.28**	.03	.26**	.16*	.52**
Empathy									-	.33**	.47**	.42**	.58**
Caring										-	.28**	.16*	.31**
Created therapeutic environment											-	.49**	.62**
Nursing process												-	.54**
Total score													-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 5.

Top10 correlation needs of nursing students in knowledge and skill of holistic nursing

Variables	Variables	R
Created therapeutic environment	Nursing process	.49**
Empathy	Created therapeutic environment	.47**
Application of knowledge in practice	Theory application	.45**
Pathophysiology of disease	<i>Unknowing</i>	.45**
Human growth	Esthetic knowledge	.44**
Empathy	Nursing process	.42**
Ethical principle application	Cultural competency	.41**
Esthetic knowledge	Social politic knowledge	.41**
Pathophysiology of disease	Sign and symptom of disease	.40**
Application of knowledge in practice	Ethical principle internalization	.40**

Data in table 5 distinguished that the skills of creating a therapeutic environment is associated with the process of nursing. From the results of a statistical analysis of the relationship between creating a therapeutic environment with nursing process using Pearson test results obtained correlation p value 0.00 ($p > 0.05$). There is a significant relationship between creating a therapeutic environment with the nursing process. Holistic nurses recognize that each individual environment that includes everything that exists around the individual can affect the healing of individuals included in the nursing process. Zeisel (2003) said that the environment contributes to the improvement of a disease. A combination of behavior and the environment are most effective in improving the health, nutrition and quality of life of someone in the process of the healing of diseases. Further, the results of the study also shows there is a significant relationship between skills in creating a therapeutic environment. Because one way in creating a therapeutic environment is able to empathize with us to provide a quiet and comfortable environment for the client (Doosey, 2008; Mariano, 2007). From the results of a statistical analysis of the relationship between the skill needs to apply science in nursing practice with applying the theory of using the correlation test result obtained Pearson also p value 0.00 ($p = 0.05$) have shown there is a significant relationship between applied science in nursing practice with applied theory.

The results of this research also shows that there is a connection between the knowledge of pathophysiology of the disease and Unknowing knowledge patterns ($p = 0.00$) this means that there is a significant relationship between the knowledge needs of the pathophysiology of disease with Unknowing knowledge patterns. Unknowing give an explanation how do we know what we know. Munhall (1993) argued that the nurse could not immediately knowing what happened to patients unless they take advantage of unknowing knowledge patterns so they could understand the patient.

Aesthetic knowledge shows there is a significant relationship between the knowledge needs of the growing swell of humans with a pattern of social and political sciences. Carper (1978) defined that knowledge of aesthetics in nursing is the capacity of nurses to participate to understand patients with empathy. Personal knowledge requires maturity, confidence in himself and will increase with increasing age and experience. While the art of nursing focusing on aesthetics or intuition, interpretation, and understanding. In the knowledge of aesthetics nurse sees the patient's circumstances and to interpret what is going on with the patient as a whole (Doosey, 2005).

Empathy skills including in therapeutic communication skills. Statistical analysis shows here is a connection between the skills of empathy with the nursing process ($p = 0,00$). Holistic nurses expected in communications has always involved communication with clients. Communication is used to examine the patients to know their uniqueness based on the patterns/problems/needs of actual or potential and life process as it relates to well-being and health problem. Fitriana (2007) found that the therapeutic communication in line with the level of client satisfaction. The most powerful relationship can be seen in the phase of orientation and work phase, whereas in phase termination has a weak relationship.

Moreover, Ethical principle showed no relationship with skills to understand culture ($p < .05$). Nurse is a profession that upholds the principle of human ethic. Doosey (2008) affirmed that the principles of ethics in holistic nursing in line with other nursing knowledge in applying the nursing process.

CONCLUSION

From the results of the analysis of the needs of student' knowledge and skill obtained as a result of that 10 variables knowledge and skills that are most significant are (1) skills created a therapeutic environment with nursing process, (2) communicate skills in particular empathy with the skills of creating a therapeutic environment, (3) skill to apply knowledge in practice with applied theory(4) need to know the pathophysiology of the disease with the unknowing, (5) knowing the growing swell of man with knowledge of aesthetics, (6) skill to communicate particular empathy with nursing process, (7), apply the principles of business ethics skills with the skills to understand the culture, (8) knowledge of aesthetics with socio-political knowledge, (9) needs to know the pathophysiology of the disease, and (10) apply the science skills in the practice of nursing to internalize the principles of ethics.

This research should be able to add a knowledge of students for nursing science courses in holistic nursing. So that educational institutions can meet the needs of students ' knowledge and skills in holistic nursing. For students should be able to know and continue in developing sciences which they earn by doing the research with holistic nursing issue, it then could provide evidence for nursing arena.

ACKNOWLEDGEMENT

I gratefully thank to the sponsorships funding to Association of Indonesian Nurse Education. I also extend appreciation to students who participated in this research, and thanks to Emy Tsuaibah who help me to collect the data.

REFERENCES

- American Holistic Nurses' Association. (2005). American Holistic Nurses' association (AHNA) Standards of Holistic Nursing Practice (Revised 2003). In AHNA (Ed.), *Holistic Nursing A Handbook for Practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- American Holistic Nursing Association (AHNA). Core Curriculum for Holistic Nursing. (1998). *Journal of Emergency Nursing*, 24(6), 596-597.
- Dossey, B. M. (2008). *Integral and Holistic Nursing: Local to Global*.

- Frisch, N. C. (2003). Standards of holistic nursing practice as guidelines for quality undergraduate nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 19, 382-386.
- Frisch, N. C. (2005). Nursing Theory in Holistic Nursing Practice. In B. M. Dossey, L. Keegan & C. E. Guzzetta (Eds.), *Holistic Nursing A Handbook for Practice* (4th ed., pp. 79-90). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Dwidiyanti, M. (1998). *Aplikasi Model Konseptual Keperawatan*. (Indonesian version) Eds 1st. Nursing academy Health Department, Semarang.
- Fitriana, D.(2007). *Hubungan antara Komunikasi Terapeutik oleh Petugas Kesehatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Pedurungan Semarang*. (unpublished thesis). Program Studi Ilmu Keperawatan FK UNDIP
- Fenton M. V., Morris D. L. (2003). *The integration of holistic nursing practices and complementary and alternative modalities into curricula of schools of nursing*. *Altern Ther Health Med*. Vol 9..p 62-67.
- Frisch, N. C. (2003). *Standards of Holistic Nursing Practice As Guidelines for Quality Undergraduate Nursing Curricula*. *Journal of Professional Nursing*. Vol 19. No 6.. p 382-386.
- Heath, H. (1998) *Reflection and Patterns Of Knowing in Nursing*. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 27.
- Mariano, C. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), 165-188.
- Munhall, PL. (1993). 'Unknowing': toward another pattern of knowing in nursing. *Nursing Outlook*. 41(3):125-8.
- Puspitasari, Niken. (2007). *Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Prinsip Etika Terhadap Persepsi Caring Pada Pasien Intra Operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Kariadi Semarang..* (Unpublished thesis). Program Studi Ilmu Keperawatan FK UNDIP.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Dafis.
- Moch, S. D., Cronje, R. J., & Branson, J. (2010). Part 1. Undergraduate nursing evidence-based practice education: envisioning the role of students. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 5-13.
- Wasis, S. (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Yuliasuti.(2007) *Pengaruh pengetahuan, Keterampilan dan Sikap Terhadap kinerja perawat Dalam Penatalaksanaan Kasus Flu Burung di RSUP. H. Adam Malik*. (Unpublished thesis)
- White, J. (1995). Pattern of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4): 73-86
- Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P., & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*, 43(5), 697-711.

JUDUL	Komunikasi dan Kerja Sama Tim Sebagai Elemen Penting Dalam <i>Patient Safety</i> : Sebuah Kajian Literatur
PRESENTER	Anisah Ardiana
AUTHOR(S)	Anisah Ardiana
INSTITUSI	PSIK Universitas Jember

ABSTRAK

Komunikasi dan kerjasama tim merupakan dua aspek yang saling mempengaruhi satu sama lain dan sangat dibutuhkan dalam suatu organisasi. Membangun komunikasi dan kerjasama tim yang efektif berkontribusi terhadap terbentuknya budaya *patient safety* di rumah sakit. Penulisan artikel ini bertujuan memaparkan aspek komunikasi dan kerjasama tim yang sangat penting dalam upaya pencapaian *patient safety* di rumah sakit.

Metode yang digunakan adalah pencarian dan pengkajian literatur dengan sistem komputerisasi pada database Google Scholar dan *PubMed Centre* menggunakan kata kunci *communication*, *teamwork*, dan *patient safety*.

Hasil dari pencarian literatur dianalisa 6 literatur, berbahasa Inggris dan Indonesia, dipublikasikan antara 2007 hingga 2014. Hasil dari kajian literatur didapatkan bahwa komunikasi dan kerjasama tim yang baik dapat memfasilitasi tercapainya *safety* dan kualitas pelayanan, meminimalkan risiko bahaya pada pasien, meningkatkan kolaborasi profesional, serta meningkatkan kepuasan pasien dan staf. Di Indonesia, komunikasi ditetapkan sebagai salah satu standar keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan komunikasi, staf kesehatan dapat menyampaikan dan mengekspresikan melalui "*critical language*" sebagai sinyal untuk mengingatkan anggota tim terhadap adanya situasi yang tidak aman. Kejadian yang tidak diharapkan (KTD) lebih sedikit terjadi ketika kerjasama dalam tim terjalin kuat. *Safety* lebih dapat tercapai ketika setiap anggota tim mengetahui tanggungjawab mereka sendiri dan mempercayai pendapat anggota tim terkait keselamatan pasien. WHO menyatakan 25000-30000 KTD di Australia sebanyak 11% disebabkan karena masalah komunikasi dan hanya 6% akibat tidak adekuatnya ketrampilan tenaga kesehatan. Dinyatakan bahwa 8 dari 12 kematian dapat dicegah jika kerjasama tim dilakukan dengan tepat. Terdapat 4 domain solusi masalah komunikasi terkait *patient safety* meliputi *technology-oriented*, *team-oriented*, *educational*, dan *clinical or organization-related*.

Komunikasi dan *teamwork* yang baik dapat memfasilitasi tercapainya *safety* pada pasien.

Kata kunci: komunikasi, kerjasama tim, *patient safety*

PENDAHULUAN

Selama menjalani periode sakit atau saat menerima pelayanan di rumah sakit, pasien berpotensi dilayani oleh beberapa staf kesehatan di beberapa tempat sekaligus seperti instalasi rawat jalan, unit gawat darurat, ruang intensif, ruang operasi maupun rehabilitasi. Bahkan, di bangsal rawat inap, pasien akan bertemu dengan staf dari tiga shift yang berbeda setiap hari, yang menyebabkan *safety* pasien menjadi rentan pada setiap interval waktu (WHO, 2007). Membangun komunikasi dan kerjasama tim yang efektif berkontribusi terhadap terbentuknya budaya *patient safety* di rumah sakit. Komunikasi dan kerjasama tim merupakan dua aspek yang saling mempengaruhi satu sama lain dan sangat dibutuhkan dalam suatu organisasi. (CPSI, 2012).

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dapat dicegah dengan Komunikasi dan kerjasama tim yang baik (WHO, 2007). Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) menetapkan 7 (tujuh) standar keselamatan pasien rumah sakit, salah satunya disebutkan bahwa komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Penulisan artikel ini bertujuan memaparkan aspek komunikasi dan kerjasama tim yang dinilai sangat penting dalam upaya pencapaian *patient safety* di rumah sakit.

METODE

Artikel ilmiah ini adalah sebuah kajian literatur. Metode yang digunakan berupa pencarian dan pengkajian literatur dengan sistem komputerisasi pada database Google Scholar dan *PubMed Centre* menggunakan kata kunci *communication*, *teamwork*, dan *patient safety*. Hasil dari pencarian tersebut dianalisa 6 literatur, berbahasa Inggris dan Indonesia, serta dipublikasikan antara tahun 2007 hingga 2014.

HASIL DAN BAHASAN

Hasil kajian literatur pertama disebutkan bahwa komunikasi dan kerjasama tim yang efektif sangat penting untuk memastikan keamanan pemberian pelayanan yang dapat diterima oleh pengguna layanan kesehatan. Komunikasi dan kerjasama tim yang baik tidak hanya dapat memfasilitasi tercapainya *safety*, namun juga meningkatkan kualitas pelayanan, meminimalkan risiko bahaya pada pasien, mengoptimalkan kolaborasi profesional, serta meningkatkan kepuasan pasien dan staf (CPSI, 2012). Hal ini sangat jelas bahwa penerapan komunikasi dan kerjasama tim yang efektif berdampak positif bagi suatu layanan kesehatan.

Hasil kajian literatur ke dua dijelaskan bahwa di Indonesia, komunikasi ditetapkan sebagai salah satu standar keselamatan pasien di rumah sakit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) menetapkan 7 (tujuh) standar keselamatan pasien rumah sakit. Standar tersebut meliputi: 1. hak pasien; 2. mendidik pasien dan keluarga; 3. keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan; 4. penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien; 5. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien; 6. mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan 7. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) merupakan komite yang ada di rumah sakit yang bertanggungjawab atas terjaminnya keselamatan pasien di rumah sakit. Komite ini melaksanakan kegiatan-kegiatan yang bertujuan memenuhi 7 (tujuh) standar keselamatan tersebut di rumah sakit.

Hasil kajian literatur ke tiga dinyatakan bahwa "*critical language*" hendaknya digunakan sebagai sinyal untuk mengingatkan anggota tim terhadap adanya situasi yang tidak aman. Kompleksitas layanan kesehatan dan adanya keterbatasan performa individu menyebabkan sangat pentingnya bagi pemberi layanan untuk memiliki suatu "komunikasi standar" yang mendukung terciptanya lingkungan yang memungkinkan untuk saling memberikan informasi terkait kondisi yang mengancam keselamatan pasien di rumah sakit. Melalui komunikasi, staf kesehatan dapat menyampaikan dan mengekspresikan menggunakan "*critical language*" sebagai sinyal untuk mengingatkan anggota tim terhadap adanya situasi yang tidak aman (CaPS Clinical Governance Unit MetroSouth, 2014).

Beberapa rumah sakit memiliki "*critical language*" sebagai sinyal komunikasi untuk menjamin keselamatan pasien di rumah sakit. Rumah sakit tertentu menggunakan gelang berwarna (merah, kuning, hijau) yang dipasangkan pada pergelangan tangan

pasien dengan kasus khusus, misalnya menggunakan gelang merah pada pasien yang berisiko jatuh (misalnya pasien delirium, penurunan kemampuan indera penglihatan), gelang kuning pada pasien yang *bed rest* dan berisiko mengalami ulkus dekubitus, gelang hijau pada pasien yang sedang memerlukan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vitalnya. Rumah sakit yang lain menggunakan stiker berwarna yang ditempelkan di tempat tidur pasien.

Selain itu, CaPS Clinical Governance Unit MetroSouth (2014) juga menyatakan bahwa kejadian yang tidak diharapkan (KTD) lebih sedikit terjadi ketika kerjasama dalam tim terjalin kuat. *Safety* lebih dapat tercapai ketika setiap anggota tim mengetahui tanggungjawab mereka sendiri dan mempercayai pendapat anggota tim terkait keselamatan pasien. Studi yang dilakukan oleh Williamson (1993, dalam CaPS Clinical Governance Unit MetroSouth, 2014) mendapatkan hasil bahwa dari 2000 laporan kejadian kegawatdaruratan sebanyak 70% sampai 80% kesalahan medis terjadi akibat masalah interaksi interpersonal. Sebuah tim yang terdiri dari beberapa personel dalam sistem yang kompleks sangat rentan terhadap terjadinya kesalahan laten. Sebagai contoh, di ICU, berdasarkan studi yang dilakukan oleh Donchin (1995 dalam CaPS Clinical Governance Unit MetroSouth, 2014) diketahui bahwa komunikasi antara dokter dan perawat hanya 2% dari seluruh aktivitas mereka di ICU dan hal ini disinyalir bertanggungjawab terhadap terjadinya 37% kejadian tidak diharapkan.

Hasil kajian literatur ke empat diperoleh hasil WHO (2007) menyatakan 25000-30000 KTD di Australia sebanyak 11% disebabkan karena masalah komunikasi dan hanya 6% akibat tidak adekuatnya ketrampilan tenaga kesehatan. Dinyatakan bahwa 8 dari 12 kematian dapat dicegah jika kerjasama tim dilakukan dengan tepat. Komunikasi pada kegiatan operan (timbang-terima) sangat penting. Adanya celah pada komunikasi dapat menyebabkan terganggunya kontinuitas asuhan, ketidaktepatan *treatment* dan risiko membahayakan pasien.

Hasil kajian literatur ke lima diketahui bahwa Terdapat 4 domain solusi masalah komunikasi terkait *patient safety* meliputi *technology-oriented*, *team-oriented*, *educational*, dan *clinical or organization-related*. Solusi yang berorientasi teknologi mencakup penggunaan sistem rekam medis elektronik, telepon selular ataupun text pagers untuk mengakses dokter atau layanan kesehatan. Solusi berorientasi tim dapat diaplikasikan pada ronde keperawatan. Ronde hendaknya dilaksanakan terjadwal, terstruktur secara waktu (durasi) dan yang paling penting melibatkan seluruh anggota tim sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya miskomunikasi (Woods, et al, no year).

Hasil kajian literatur ke enam dijelaskan oleh Rosenstein & Daniel (2008) bahwa terdapat beberapa rekomendasi terkait pencegahan terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD). Rekomendasi tersebut meliputi kepedulian dan pengakuan, kebijakan dan prosedur, pelaporan insiden, pendidikan dan pelatihan, alat komunikasi, forum diskusi dan strategi intervensi. Rekomendasi-rekomendasi tersebut dapat diterapkan oleh rumah sakit untuk menjamin keselamatan pasien.

SIMPULAN DAN SARAN

Komunikasi dan *teamwork* yang baik dapat memfasilitasi tercapainya *safety* pada pasien. Artikel ilmiah ini adalah sebuah kajian literatur. Berdasarkan pencarian literatur dengan sistem komputerisasi diperoleh 6 literatur, berbahasa Inggris dan Indonesia, dipublikasikan antara tahun 2007 hingga 2014. Sangat jelas diketahui bahwa

penerapan komunikasi dan kerjasama tim yang efektif berdampak positif bagi suatu layanan kesehatan.

Saran yang dapat diberikan adalah hendaknya rumah sakit mengoptimalkan fungsi komunikasi dan kerjasama tim pada seluruh tenaga kerja (pemberi layanan) di rumah sakit. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) hendaknya lebih diefektifkan fungsi kerjanya sehingga pasien terjamin keselamatannya selama mendapatkan terapi dan layanan dari rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Canadian Patient Safety Institute (2012).
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/teamworkcommunication/pages/default.aspx>. Diunduh pada 29 April 2014.
- CaPS Clinical Governance Unit MetroSouth (2014) Communication and Patient Safety.
<http://www.health.qld.gov.au/metrosouth/engagement/docs/caps-notes-a.pdf>.
Diunduh pada 29 April 2014.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Rosenstein & Daniel (2008) A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18714748>. Diunduh pada 29 April 2014.
- WHO (2007) Communication during Patient Hand-overs: Patient Safety Solutions.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>. Diunduh pada 29 April 2014.
- Woods, et al (tanpa tahun) *Improving Clinical Communication and Patient Safety: Clinician-Recommended Solutions*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43654/>. Diunduh pada 29 April 2014.

JUDUL PRESENTER AUTHOR(S) INSTITUSI	Manajemen Disaster di Area Keperawatan Emergensi: Studi Literatur Tri Sakti Wirotomo Tri Sakti Wirotomo, Ayu Pramesti
--	---

ABSTRAK

Kejadian bencana baik karena *natural disaster* maupun *unnatural disaster* banyak terjadi di Indonesia. Hal ini menuntut perawat untuk mampu memberikan pelayanan yang baik dalam mengurangi angka kesakitan maupun kematian korban bencana. Studi literatur ini bertujuan untuk memberikan ringkasan dan menjelaskan perkembangan isu serta ruang lingkup penanganan manajemen bencana di area keperawatan emergensi.

Penelaahan dilakukan dengan melakukan *review* terhadap hasil penelitian yang diperoleh dari database Proquest dan Google scholar dengan menggunakan kata kunci *disaster management*, *critical care*, dan *emergency nursing, prehospital*. Literatur yang digunakan diterbitkan dari tahun 2002-2013. Jumlah jurnal yang diperoleh sebanyak 55 jurnal kemudian ditapis menjadi 10 jurnal yang digunakan berdasarkan kriteria inklusi tahun terbit tidak lebih dari sepuluh tahun dan berkaitan dengan manajemen bencana terdiri dari abstrak dan *fullpaper*. Literatur tersebut kemudian diringkas dan dilakukan *narrative analysis* untuk memberikan gambaran terkait manajemen bencana di area emergensi.

Konsep-konsep yang diperoleh merujuk kepada manajemen disaster, mencakup penanganan dasar saat terjadinya bencana atau di area keperawatan emergensi. Selain itu, didapatkan pula manajemen bencana berdasarkan karakteristik bencana yang terjadi, serta penanggulangannya dan hambatan yang dihadapi dalam manajemen disaster.

Kesimpulan: Konsep ini sangat penting dalam penanganan manajemen disaster, namun masih ditemukan kurangnya keterlibatan perawat dalam setiap fase bencana.

Kata Kunci: *disaster management, critical care, emergency nursing, dan prehospital*

PENDAHULUAN

Bencana merupakan kejadian yang pastinya tidak diharapkan oleh semua pihak karena dampak dari bencana yang dapat merugikan berbagai aspek fisik, materi, psikologis, kehilangan jiwa, ataupun berdampak pada kerusakan lingkungan serta penurunan kualitas hidup korban pasca bencana.

Pada tahun 2004, bencana tsunami Aceh menelan 170.000 jiwa meninggal dunia, kerugian harta benda yang sangat besar, belum lagi proses rehabilitasi yang membutuhkan biaya sangat besar dan waktu yang lama (Gaillard, JC. et al, 2008). Contoh lainnya bencana letusan gunung Merapi di Magelang meskipun hanya mencakup area yang lebih kecil daripada bencana tsunami, tetapi kenyataannya banyak masalah yang ditimbulkan dengan jumlah korban meninggal sebanyak 151 jiwa dan 320.090 pengungsi. Data BNPB (2012) menunjukkan bahwa korban meninggal, orang menderita dan kerusakan rumah akibat bencana yang tercatat resmi mengalami fluktuatif namun cenderung meningkat tajam antara tahun 1997-2010 daripada tahun-tahun sebelumnya. Korban meninggal tertinggi mencapai 169.123 jiwa, dan yang menderita luka-luka sebanyak 5.301.909 jiwa, dan kerusakan rumah ringan sampai berat sebesar 360.079 rumah.

Berdasarkan berbagai pengalaman penanggulangan bencana baik yang dilakukan oleh pemerintah ataupun inisiatif individu dan swasta selalu saja terdapat

kekurangan dalam evaluasinya. Misalnya penelitian yang dilakukan oleh Farmer, JC et al (2006) menyebutkan bahwa rumah sakit disorot karena kurang kesiapsiagaan saat bencana. Hal tersebut ternyata senada dengan pengalaman manajemen disaster di luar negeri misalnya di Taiwan ternyata muncul hambatan dalam komando, komunikasi dan lain-lain (Chan, Y. F., et al, 2006)

Perawat sebagai salah satu anggota tim tenaga kesehatan yang diterjunkan dalam penanganan bencana, sepantasnya memiliki kemampuan yang mumpuni terkait manajemen bencana.

TUJUAN

Penulisan studi literatur ini bertujuan untuk memberikan ringkasan dan gambaran kepada perawat terutama berkaitan dengan manajemen bencana di area keperawatan emergensi.

METODE

Studi literatur ini menggunakan metode *narrative analysis* untuk memberikan gambaran manajemen disaster di area keperawatan emergensi berdasarkan hasil-hasil penelitian yang telah dipublikasikan secara internasional. Penelitian yang digunakan adalah penelitian-penelitian yang menggunakan desain penelitian kuantitatif sehingga dapat digeneralisaikan untuk mendapatkan gambaran umum. Kata kunci yang digunakan *disaster management, critical care, emergency nursing dan prehospital* dimasukkan dalam pencarian elektronik di Proquest dan Google scholar, dari penelusuran tersebut, didapatkan total berapa 55 jurnal. Namun, hanya 20 jurnal yang memenuhi kriteria kemudian dilakukan review dan analisa.

HASIL

Dari hasil *review* dan analisa yang telah dilakukan, didapatkan beberapa isu terkait manajemen bencana di area keperawatan emergensi yaitu

Konsep Manajemen Disaster di Area Keperawatan Emergensi

Korban bencana berdasarkan triase di lapangan dapat diklasifikasikan menjadi pasien gawat darurat dengan label merah, yaitu korban bencana dalam kondisi kritis (*immediate*) atau kegawatan yang mengancam nyawa dengan kriteria adanya luka parah dengan respirasi >30x/menit, tidak ada denyut nadi radialis, tidak sadar/penurunan kesadaran yang merupakan prioritas pertama penanganan dan untuk segera ditransportasikan ke rumah sakit. Prioritas kedua adalah korban bencana dalam kondisi gawat yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (*delay*) diberi label kuning, dengan kriteria adanya cedera tidak mengancam nyawa dan dapat menunggu untuk periode waktu tertentu untuk penatalaksanaan dan transportasi dengan respirasi <30x/menit, nadi teraba, status mental normal. Prioritas ketiga adalah korban bencana dengan luka yang masih dapat berjalan atau tidak terdapat kegawatan sehingga penanganan dapat ditunda (*minor*).

Tindakan yang harus dilakukan apabila pasien dalam keadaan gawat darurat maka perawat harus melakukan *airway management*, penanganan sirkulasi, dan evakuasi dari tempat bencana ke tempat yang aman atau rumah sakit. Prioritas evakuasi berdasarkan triase yang sudah dilakukan, dimana korban yang dengan prioritas pertama (label merah) dievakuasi terlebih dahulu dengan menggunakan ambulans dimana korban memerlukan penanganan medis kurang dari 1 jam, karena korban kritis ini akan

meninggal bila tidak segera ditangani. Kemudian lakukan evakuasi pada korban bencana dengan prioritas kedua dan terakhir prioritas yang ketiga.

Metode triase lain yang dikembangkan pada karakteristik bencana yang memungkinkan munculnya jumlah korban yang sangat banyak dan memiliki efek jangka panjang seperti gempa cathastropik bisa dilakukan sistem triase “*Secondary Assessment of Victim Endpoint*” (SAVE) yang memungkinkan petugas untuk mengidentifikasi korban dalam waktu yang lebih lama dan menyaring kembali korban-korban yang kemungkinan terlewat saat dilakukan *Simple Triage and Rapid Treatment*” (START) pada saat tahap emergensi (Benson et al, 2012).

Dalam konteks pelayanan rumah sakit, pemerintah telah memasukkan manajemen bencana sebagai salah satu program yang harus dipersiapkan oleh rumah sakit ketika bencana terjadi yang disebut dengan Sistem Penanggulangan Gawat darurat Terpadu akibat Bencana (SPGDT-B). SPGDT-B adalah pelayanan kegawatdaruratan pada korban bencana yang ditangani secara terpadu oleh berbagai disiplin dan profesi termasuk pelayanan keperawatan yang mencakup penanganan *prehospital* sampai *inhospital* yaitu menanggulangi korban bencana di tempat bencana, evakuasi ke sarana kesehatan yang lebih memadai, sarana komunikasi untuk memperlancar penanganan korban serta upaya penanggulangan korban gawat darurat akibat bencana di IGD atau ICU (BNPB, 2010). Pelayanan *prehospital* yang dilakukan adalah pertolongan dasar dilanjutkan dengan penanganan *advance prehospital*. Pertolongan dasar yang dilakukan seperti *initial assesment* korban bencana, evakuasi korban, pemberian oksigenasi, pemantuan kondisi korban dan perawatan luka, sedangkan penanganan *advance* seperti pemberian terapi cairan, krikotiroidektomi, intubasi endotrakeal, dan perawatan korban bencana selama transportasi ke rumah sakit dengan monitoring dan observasi kondisi korban (WHO, 2005).

Penanggulangan Korban Bencana berkaitan dengan Karakteristik Bencana

Di Amerika serikat, berdasarkan pengalaman bioterorisme ledakan bom di WTC tahun 2001, para peneliti menginisiasi suatu program untuk mengantisipasi dan menanggulangi jika bencana serupa terjadi lagi melalui mekanisme pengambilan keputusan sebelum bencana terjadi, komando ketika bencana terjadi dan selama proses pengendalian dan penanganan dampak bencana (Parnell, G. S., Smith, C. M., & Moxley, F. I., 2010)

Berdasarkan pengalaman terjadinya bioterorisme berupa penyebaran *Viral Hemoragic Fever* (VHF) penelitian oleh Bronze et al (2002 menyimpulkan bahwa virus yang disebarkan ternyata tidak menular melalui udara melainkan manusia ke manusia sehingga obat retrovirus perlu untuk ditemukan dan diformulasikan sebagai pengobatannya. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, cara penularan atau penyebaran *unnatural disaster* dalam hal ini melalui bioterorisme dengan agen penyebarannya adalah virus, penting untuk mengetahui pola penularannya untuk memberikan manajemen penanggulangan yang cepat dan tepat.

Hambatan terkait dengan Manajemen Disaster

Farmer, JC et al (2006) menyampaikan bahwa terdapat kurang siapnya rumah sakit dalam kejadian bencana. Kekurangsiapsiagaan tersebut meliputi kurangnya koordinasi antara rumah sakit dan/atau lembaga pemerintahan sipil, kurangnya kapasitas perawat kritis di tempat, kurangnya “portabilitas” proses perawatan akut yaitu transportasi korban dan atau membawa perawatan ke korban, kurangnya pendidikan, ketidakmampuan rumah sakit untuk memprioritaskan peralatan yang diperlukan untuk bencana.

Chan, Y. F., et al (2006) juga mengungkapkan beberapa hambatan yang dialami dalam penanganan manajemen bencana di Taiwan, yaitu pusat komando yang tidak efektif, komunikasi yang buruk, kurangnya kerjasama antara pemerintah sipil dan militer, tertunda perawatan pra rumah sakit, over loading rumah sakit melebihi kapasitas, staf yang tidak memadai dan salah urus tindakan kesehatan masyarakat. Menurut Van Borkulo (2002) untuk mengatasi hambatan dalam penanggulangan bencana perlunya integrasi antara komando dan kontrol di lapangan akan meningkatkan keberhasilan penanganan bencana pada fase emergensi.

Penelitian Haojun et al (2011) berdasarkan pengalaman bencana gempa bumi di Wenchuan China, untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi manajemen bencana maka beberapa hal yang harus ditingkatkan yaitu ketersediaan peralatan emergensi di lapangan, peningkatan kecepatan triase, dan melengkapi petugas kesehatan dengan peralatan *portable* dan kemampuan untuk mengoperasikannya.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil-hasil penelitian yang diperoleh dari berbagai negara, manajemen bencana bervariasi dalam penanggulangannya. Sebagian besar bergantung pada jenis bencana yang terjadi. Kebanyakan korban bencana tidak selamat karena keterlambatan penanganan tim kesehatan ketika bencana baru terjadi atau pada tahap emergensi. Pentingnya kecepatan dan ketepatan dalam penanganan bencana di area keperawatan emergensi bergantung pada jalur komando, komunikasi, dan koordinasi antara petugas kesehatan di lapangan atau lokasi bencana.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2010). Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2010-2014. Safe communities Through Disaster Risk Reduction (SC-DRR)
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2012). *Definisi dan Jenis Bencana*.
- Benson, M., Koenig, K. L., & Schultz, C. H. (2012). Disaster triage: START, then SAVE—a new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake. *Prehospital and disaster medicine*, 11(02), 117-124.
- Bronze, M. S., Huycke, M. M., Machado, L. J., Voskuhl, G. W., & Greenfield, R. A. (2002). Viral agents as biological weapons and agents of bioterrorism. *The American journal of the medical sciences*, 323(6), 316-325.
- Chan, Y. F., Alagappan, K., Gandhi, A., Donovan, C., Tewari, M., & Zaets, S. B. (2006). Disaster management following the Chi-Chi earthquake in Taiwan. *Prehospital and disaster medicine*, 21(03), 196-202.
- Farmer, J Christopher MD; Carlton, Paul K. Jr MD; Lt. Gen., USAF, MC (Ret.). (2006). Providing Critical care during a Disaster.
- Gaillard, J. C., Clavé, E., Vibert, O., Denain, J. C., Efendi, Y., Grancher, D., ... & Setiawan, R. (2008). Ethnic groups' response to the 26 December 2004 earthquake and tsunami in Aceh, Indonesia. *Natural Hazards*, 47(1), 17-38.

- Haojun, F., Jianqi, S., & Shike, H. (2011). Retrospective, analytical study of field first aid following the Wenchuan Earthquake in China. *Prehosp Disaster Med*, 26(2), 130-134.
- Health disaster management: Guidelines for evaluation and research in the Utstein style*. Prehospital and Disaster Medicine, 2003.
- Meissner, A., Luckenbach, T., Risse, T., Kirste, T., & Kirchner, H. (2002, June). Design challenges for an integrated disaster management communication and information system. In *The First IEEE Workshop on Disaster Recovery Networks (DIREN 2002)* (Vol. 24).
- Parnell, G. S., Smith, C. M., & Moxley, F. I. (2010). Intelligent adversary risk analysis: A bioterrorism risk management model. *Risk analysis*, 30(1), 32-48.
- Van Borkulo, E., Barbosa, V., Dilo, A., Zlatanova, S., & Scholten, H. (2006, September). Services for emergency response systems in the Netherlands. In *Second Symposium on Gi4DM, Goa*.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Prehospital trauma Care System*

Poster Presentation



JUDUL	Tempat Penitipan Anak (TPA) di Kota Semarang
PRESENTER	Meira Erawati
AUTHOR (S)	Meira Erawati, Astiwi Indriani
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRACT

Background: PKPU as a one of non governmental organization has many programs for the poor and unemployment. One of the programs is training for women to become baby sitter. PKPU needs a place for students of baby sitter training program to practice their nursery skills, and Children's nursery is an ideal place for that. Due to this reason it is important for PKPU to owned day care. Besides that reason PKPU also will get another utilization of day care opening. Unemployment, especially woman can work in day care as baby sitter. It's mean that unemployment number in Semarang can be reduced. Another social organization in Semarang is GOW. This organization has early childhood education program which the goals is to optimizing child development. The problem is lack of infrastructure. Number of children and infrastructure is unbalance. This situation is not in line with the program of optimizing the development of children.

Goals: PKPU has a new day care and increasing the number of infrastructure for GOW especially to optimizing child development.

Method: Lecturer of community service program along with PKPU work together to open new day care. Lecturer also works together with GOW to identify and add facilities of child development, focused in fine motor development and gross motor development.

Results: There is a day care named "Insan Mulia" located at Vila Tembalang A8, Tembalang, Semarang which managed by PKPU and increasing number of infrastructure to optimizing fine motor development and gross motor development of children for GOW program.

Conclusion: management of day care centers need to improve service quality by recruiting professional care givers, adding infrastructure according to customer requirements, and develop curriculum towards the child independence.

Keywords: Day care, management, child development

PENDAHULUAN

Kebutuhan masyarakat terhadap tenaga kerja *baby sitter* cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Salah satu penyebabnya adalah semakin tingginya angka ibu bekerja, sehingga ibu akan berusaha untuk mencari pengganti perannya untuk mengasuh anak. Sebagai pengganti peran pengasuhan terhadap anak, tentu ibu akan mencari pengganti dengan kemampuan, ketrampilan dan sikap yang dapat mewakilinya dalam mengasuh anak selama dia bekerja. Pelatihan *baby sitter* yang dilaksanakan oleh PKPU salah satunya adalah bertujuan untuk menyediakan tenaga *baby sitter* yang dapat menggantikan peran ibu tersebut, khususnya selama ibu harus melaksanakan peran yang lain. Tingginya kebutuhan akan *baby sitter* ini juga dibuktikan dengan terserapnya seluruh tenaga kerja *baby sitter* hasil pelatihan *baby sitter* kerjasama PKPU Cabang Semarang dengan PSIK FK UNDIP pada tahun 2009 yang lalu, dimana seluruh peserta pelatihan mendapatkan pekerjaan paling lama satu bulan setelah menyelesaikan pelatihan. Bahkan beberapa calon *baby sitter* sudah dipesan saat masih menjalani pelatihan. Tenaga *baby sitter* ini ada yang bekerja kepada perorangan di dalam rumah tangga, ada juga yang bekerja di tempat-tempat penitipan bayi dan anak (TPA).

Tenaga kerja *baby sitter* pada dasarnya menguasai kemampuan untuk mengasuh bayi dan balita. Potensi ini juga sangat relevan bila ditempatkan di unit-unit layanan penitipan bayi dan anak. Di wilayah kerja PKPU Cabang Semarang, hal ini merupakan peluang usaha yang menjanjikan, mengingat secara demografis kota Semarang yang sebagian besar wilayahnya merupakan daerah industri, pemukiman dan perkantoran. Melihat keadaan ini sudah barang tentu banyak wanita bekerja yang membutuhkan peran pengganti sebagai pengasuh anak selama mereka meninggalkan rumah. Potensi ini diperkuat lagi dengan nama PKPU yang telah dipandang sebagai lembaga sosial kemasyarakatan dengan program-program briliannya yang tidak diragukan lagi. Kepercayaan masyarakat baik individu maupun lembaga terhadap kinerja PKPU ini menjadi daya jual yang berprospek cerah terhadap kegiatan lanjut yang dilaksanakan oleh PKPU khususnya dengan dibukanya tempat penitipan anak (TPA). Kemanfaatan yang dapat dirasakan dengan pembukaan TPA ini dapat dirasakan dari dua sisi sekaligus, dimana PKPU memiliki tempat praktik untuk melatih siswa-siswa peserta pelatihan *baby sitter*, dan di sisi lain tenaga kerja hasil pelatihan *baby sitter* dapat terserap kerja di unit usaha tersebut sehingga dapat mengurangi angka pengangguran dengan terciptanya lapangan kerja baru yang pada akhirnya dapat mengurangi angka kemiskinan kota.

Perbandingan jumlah sarana dan prasarana bermain yang kurang bagi anak memunculkan masalah perkembangan bagi anak, antara lain sifat dominasi bagi yang kuat dan sifat rendah diri bagi yang lemah. Kondisi ini menjadi alasan penting mengapa sarana dan prasarana taman pendidikan anak perlu diperbanyak, dengan jumlah koleksi yang diperlengkap agar tumbuh kembang anak dapat optimal.

Di samping sarana prasarana yang tidak sesuai rasio, masalah lain yang dihadapi oleh pengelola pendidikan anak adalah masalah pemasaran. Upaya yang biasa dilaksanakan pada tahun-tahun terakhir ini adalah melalui jejaring sosial seperti *facebook*. Informasi di dalam *facebook* tidak seluruhnya menggambarkan profil TPA, KB atau TK secara jelas. Kondisi ini membutuhkan sentuhan teknologi informasi periklanan dan pemasaran yang baik agar sekolah yang dimaksud dikenali dan disenangi oleh masyarakat, sehingga masyarakat mempercayakan putra putrinya di TPA, KB dan TK yang dimaksud.

Target luaran dari kegiatan pengabdian masyarakat dengan judul “**TbM Tempat Penitipan Anak (TPA) di Kota Semarang**” ini antara lain:

Target dan luaran untuk mitra PKPU (mitra I):

- a. Terbentuknya satu unit wirausaha baru di dalam organisasi PKPU Cabang Semarang dalam bentuk TPA
- b. Terbentuknya struktur pengelola TPA di dalam struktur PKPU Cabang Semarang
- c. Terbentuknya pembukuan yang tertib terhadap pengelolaan TPA dengan system yang berlaku di PKPU Cabang Semarang
- d. Pada bulan pertama operasional TPA target pelanggan tercapai minimal 50%
- e. Pada bulan ketiga operasional TPA target pelanggan tercapai 100%

Target dan luaran untuk Mitra GOW (mitra II)

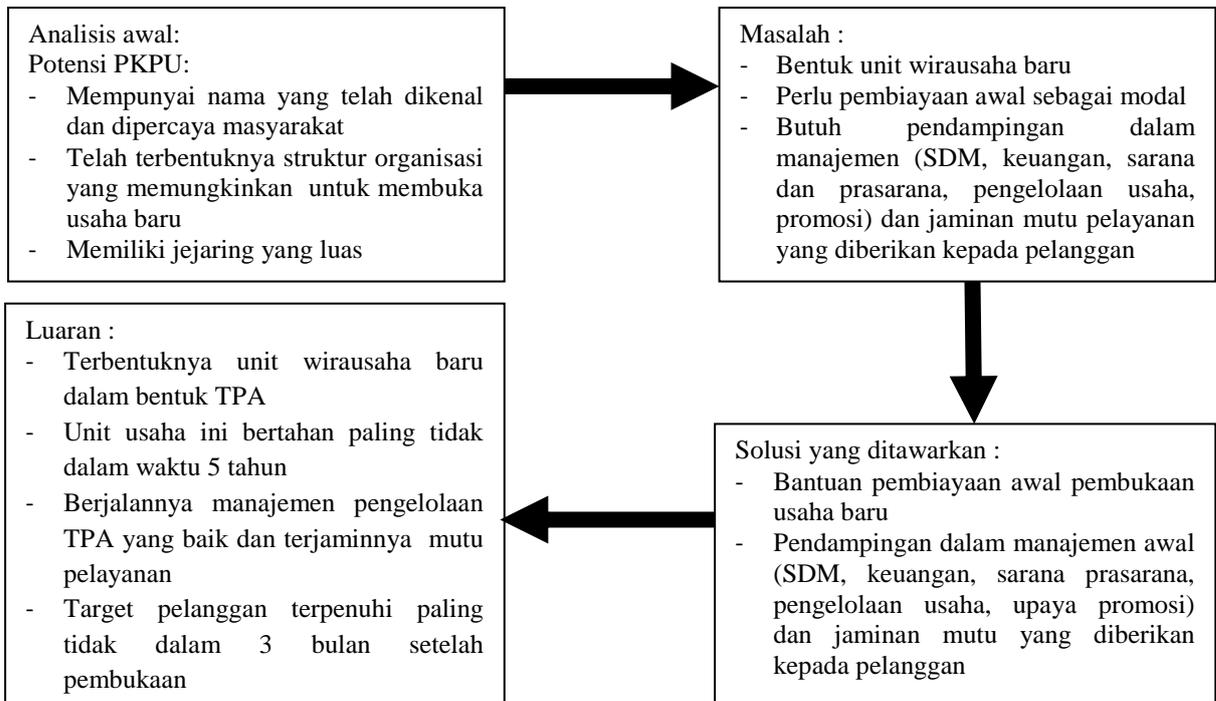
- a. Perbaiki setting ruang yang sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembang dan keamanan anak dengan indikator terdapat gambar-gambar dan model serta berbagai mainan untuk bayi, anak usia 1-3 tahun, dan anak usia 3-5 tahun yang dapat

merangsang motorik halus, motorik kasar, bahasa dan personal social anak serta tersedia pagar pengaman di halaman.

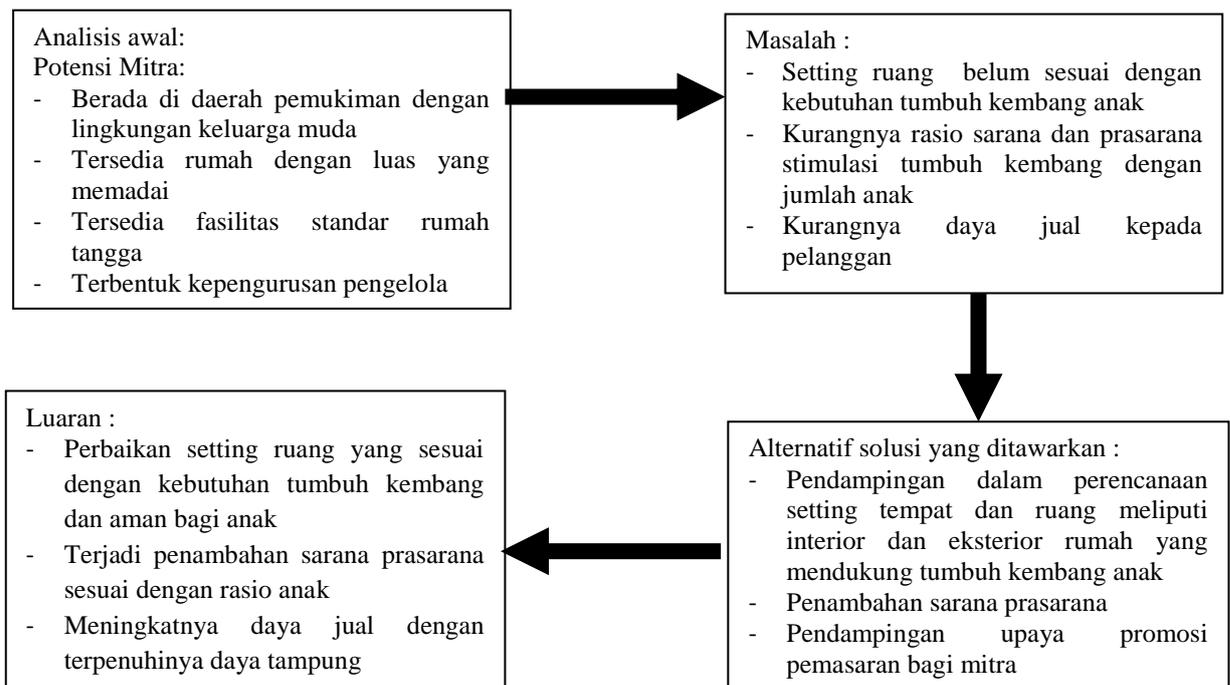
- b. Meningkatnya daya jual dengan terpenuhinya daya tampung, setidaknya dalam 3 bulan jumlah pelanggan mencapai 100%

METODE PELAKSANAAN

Pendekatan penyelesaian masalah untuk mitra I



Pendekatan penyelesaian masalah untuk mitra II



Hasil yang dicapai untuk mitra PKPU

- a. Terbentuknya satu unit wirausaha baru di dalam organisasi PKPU Cabang Semarang dalam bentuk TPA dengan nama TPA Insan Mulia Beralamat di Vila Tembalang A8, Jl. Bulusan Selatan Raya, Tembalang Semarang
- b. Struktur pengelola TPA masih dalam proses
- c. Terbentuknya pembukuan yang tertib terhadap pengelolaan TPA dengan system yang berlaku di PKPU Cabang Semarang dengan terdapatnya buku keuangan, buku inventaris dan buku identitas anak
- d. Terbentuknya buku komunikasi orang tua dan pengasuh sehingga perkembangan anak dapat selalu terpantau
- e. Pada bulan pertama operasional TPA target pelanggan mencapai 20%
- f. Pada bulan ketiga operasional TPA target pelanggan tercapai 50%

Hasil yang dicapai untuk mitra GOW

- a. Perbaikan setting ruang yang sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembang dan keamanan anak dengan indicator terdapat gambar-gambar dan model serta berbagai mainan untuk bayi, anak usia 1-3 tahun, dan anak usia 3-5 tahun yang dapat merangsang motorik halus, motorik kasar, bahasa dan personal social anak
- b. Penambahan jumlah sarana prasarana untuk menunjang stimulasi perkembangan anak. Sarana penunjang perkembangan motorik kasar terdiri dari ayunan, bola dunia, prisma tali dan mangkok berputar. Sedangkan sarana penunjang perkembangan motorik halus, bahasa dan personal social antara lain interior ruang bergambar, gambar-gambar hewan, gambar-gambar sayuran, gambar-gambar buah dan berbagai macam bentuk puzzle
- c. Meningkatnya daya jual pelayanan dengan terpenuhinya daya tampung, yaitu dalam 3 bulan jumlah pelanggan mencapai 80%

PEMBAHASAN

Tempat Penitipan Anak (TPA) seringkali menjadi rumah kedua bagi anak-anak yang ditinggal bekerja oleh orang tuanya. Anak-anak berada di TPA sejak pagi sebelum orang tuanya berangkat bekerja sampai dengan sore hari saat orang tua mereka menjemput sepulang dari tempat kerja. Rata-rata anak berada di TPA selama 8 jam per hari. Waktu ini akan menjadi lebih panjang saat orang tua harus lembur atau mendapat tugas tambahan dari kantor. Kondisi ini membuat aktivitas sehari-hari anak seperti bermain, makan, tidur, mandi dan belajar mandiri lebih banyak dilakukan di TPA daripada di rumah sendiri.

Fungsi TPA selain sebagai rumah kedua bagi anak juga untuk membantu anak dapat melewati tahap pertumbuhan dan perkembangannya dengan optimal. Terdapat 14 prinsip yang perlu diperhatikan dalam mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Prinsip-prinsip tersebut antara lain (1) Berorientasi pada kebutuhan anak, (2) Sesuai dengan usia perkembangan anak, (3) Sesuai dengan keunikan setiap individu, (4) Kegiatan belajar dilakukan dengan bermain, (5) Anak belajar dari yang sederhana ke kompleks, (6) Anak sebagai pembelajar aktif, (7) Anak belajar melalui interaksi social, (8) Menyediakan lingkungan yang mendukung proses belajar, (9) Merangsang munculnya kreativitas dan inovatif, (10) Mengembangkan kecakapan hidup, (11) Menggunakan berbagai sumber dan media belajar yang ada di

lingkungan sekitar, (12) Anak belajar sesuai dengan kondisi social budayanya, Melibatkan peran serta orang tua, (14) Stimulasi bersifat menyeluruh dan mencakup semua aspek perkembangan. (Kemdiknas, 2013)

Terdapat tiga faktor penunjang yang perlu diperhatikan agar TPA dapat berfungsi sebagai stimulator tumbuh kembang anak yang optimal. Faktor yang pertama adalah keberadaan pengasuh yang kompeten. Pola asuh yang diterapkan oleh para pengasuh, besar pengaruhnya terhadap perkembangan tingkah laku anak (Hikmah, 2005), sedangkan peran pengasuh mempengaruhi perkembangan sosio emosional anak (Firdaus). Kohesivitas antara pengasuh dengan anak secara fisik dapat dilakukan dalam bentuk aktivitas bersama, sementara itu kohesivitas dalam bentuk psikis dapat dilakukan oleh pengasuh dengan memberikan perhatian yang cukup kepada anak (Izzati C A). Faktor penunjang yang kedua adalah ketersediaan sarana prasarana yang memadai bagi anak. Sarana dan prasarana yang memadai akan merangsang anak mencapai tahap perkembangan yang optimal. Penggunaan alat permainan edukatif (APE) pada anak, terbukti dapat meningkatkan aspek perkembangan anak pada anak usia prasekolah (Sain S N H, et.al, 2013). Lebih khusus lagi, anak-anak yang mendapatkan stimulasi APE memperlihatkan kemampuan motorik yang lebih baik dibandingkan dengan anak-anak yang tidak mendapatkan stimulasi (Sarie L P, et.al, 2006). Faktor ketiga yang merupakan faktor terakhir adalah lingkungan social yang baik. Anak membutuhkan teman sebaya untuk mengembangkan kemampuannya bersosialisasi. Kemampuan bersosialisasi pada anak dapat diperlihatkan melalui kemampuan anak dalam tahap bercerita, meniru, bersaing, bekerjasama, simpati, berbagi, persahabatan, bermain, serta dukungan social dalam bersosialisasi (Pradikta T W). Saat bersosialisasi dengan teman sebayanya maka anak akan mendapat dorongan kekuatan untuk mengembangkan kemampuan bersosialisasi kepada lingkungan yang lebih luas (Diwitika, 2012).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan:

- a. Pengelolaan Tempat Penitipan Anak yang baik akan menjamin mutu pelayanan yang diberikan kepada anak
- b. Sumber daya manusia sebagai pengasuh berperan penting dalam pemberian layanan pengasuhan yang bermutu bagi anak
- c. Perbandingan jumlah sarana dan prasarana yang tersedia dengan jumlah anak perlu diperhatikan dalam rangka menunjang tumbuh kembangnya
- d. Interaksi anak dengan tingkat usia yang sama atau sebaya akan merangsang kemampuan anak untuk bersosialisasi dengan baik
- e. Kepercayaan pelanggan akan terus terjaga manakala mutu pelayanan pengasuhan terhadap anak terus ditingkatkan

Saran:

- a. Bagi pengelola TPA perlu merekrut pengasuh yang professional melalui seleksi akademis dan psikologis yang baik
- b. Pengelola TPA perlu menambahkan sarana prasarana yang sesuai dengan rasio jumlah anak
- c. Pengelola TPA perlu mengembangkan kurikulum yang menunjang pendidikan anak ke arah kemandirian

DAFTAR PUSTAKA

- Diwitika., 2012., Tinjauan tentang sosialisasi anak dengan teman sebaya dalam perkembangan sosialnya di Taman Kanak-Kanak Pertiwi 1 Kantor Gubernur Padang., [Skripsi]., Tidak dipublikasikan
- Firdaus., 2010., Pengaruh peran pengasuh terhadap perkembangan sosio emosional anak usia dini di Taman Penitipan Anak., [Tesis]., Tidak dipublikasikan
- Hikmah, 2005., Pengaruh pola asuh anak usia Balita terhadap perkembangan tingkah laku anak (penelitian di Tempat Penitipan Anak Melati, Universitas Diponegoro Semarang)., [Skripsi]., Tidak dipublikasikan
- Izzati C.A., 2011., Kohesivitas hubungan ibu dan anak., [Skripsi]., Tidak dipublikasikan
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Direktorat Jenderal Pendidikan Anak Usia Dini, Nonformal dan Informal, Direktorat Pembinaan Pendidikan Anak Usia Dini., 2013., Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Taman Penitipan Anak.
- Sain S.N.H, Ismanto A.Y, Babakal A., 2013., Pengaruh alat permainan edukatif terhadap aspek perkembangan anak pada anak pra sekolah di wilayah Puskesmas Ondong Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro., Jurnal e-NERS, 1(1):16-20
- Sari L.P., 2006., Hubungan antara alat permainan edukatif dan perkembangan motorik anak pada Taman Penitipan Anak., Majalah Kedokteran Nusantara: 39(1)

JUDUL	Peningkatan Potensi Ekonomi Wanita Tidak Mampu Melalui Pelatihan <i>Baby Sitter</i> di Kota Semarang
PRESENTER	Sari Sudarmiati
AUTHOR (S)	Sari Sudarmiati, Meira Erawati
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRACT

The number of unemployment in Semarang City will increase at 2013 until 141 thousand KK. Factor that contribute unemployed workes are there is a mismatch between the skills of the unemployed workers and the skills needed for the available jobs. Female labor generally not educated and do not have the skills. So, women often work in sectors that are at risk with low salary. Baby sitter training programme is a solution to overcome. Training was held at 15 days. Beginning with pre test, the provision of material and motivation, skills training, a written test, skill test, and psychological test. Recruitment of participant through interview as many as 26 participants. There have an increase the value of pre test and post test of 35,59 points. The mean pre test score was 39,6 (minimum 30, maximum 60). The mean post test score was 75, 19 (minimum 60, maximum 95). While the average value of skill is 85 (minimum 72, maximum 94,5). From the result of pshycological test, 20 participants recommended to get a job as baby sitter with a decent salary.

Keywords : *Baby sitter, training*

PENDAHULUAN

Kota Semarang merupakan sebuah kota dengan letak geografis perpaduan antara perbukitan (kota atas) dan dataran rendah (kota bawah) dengan karakteristik masyarakat perkotaan dan pedesaan. Data dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kota Semarang Bulan Mei 2013 menunjukkan jumlah penduduk Kota Semarang 1.729.265 dengan jumlah laki-laki sebanyak 863.284 dan perempuan 865.981 orang. Jumlah penduduk miskin di Kota Semarang tahun 2011 mencapai 128 ribu kepala keluarga (KK). Jumlah ini berdasarkan survey sementara Bappeda Kota Semarang tahun 2013 diperkirakan meningkat menjadi 141 ribu KK. Badan Pusat Statistik Provinsi Jateng mencatat bahwa tingkat pengangguran terbuka (TPT) di Kota Semarang tahun 2011 sebesar 6,92 sedangkan tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) sebanyak 69,61.

Data diatas memerlukan perhatian dan upaya percepatan untuk mengurangi angka pengangguran dan pengentasan kemiskinan. Diperlukan suatu kegiatan yang dapat dilakukan terpadu dan sinergi antara perguruan tinggi, lembaga kemanusiaan serta masyarakat guna mempercepat pencapaian SAPTA PROGRAM Kota Semarang poin pertama yaitu penanggulangan kemiskinan dan pengurangan pengangguran.

Kemiskinan dapat disebabkan karena sulitnya tenaga kerja produktif memperoleh pekerjaan dengan pendapatan yang layak. Hal ini terjadi karena kelompok usia produktif tidak memiliki keahlian dan kecakapan khusus sebagaimana yang dibutuhkan oleh penyedia lapangan pekerjaan. Keadaan ini disebut dengan *structural unemployment* yaitu kondisi dimana lapangan pekerjaan tidak mampu menyediakan pekerjaan bagi setiap orang yang membutuhkan disebabkan karena adanya gap antara pencari kerja dan keterampilan yang dibutuhkan oleh pekerjaan tertentu (Tong, 2009). Menyikapi hal ini, perlu dilakukan perluasan kesempatan kerja. Kesempatan bekerja memerlukan

keterampilan dan pengetahuan yang mendukung. Angkatan kerja hendaknya meningkatkan kapasitas dirinya melalui pendidikan dan pelatihan secara formal ataupun nonformal sehingga dapat menciptakan peluang atau kesempatan kerja bagi dirinya sendiri.

Wanita merupakan angkatan kerja yang rentan. Umumnya mereka tidak berpendidikan dan tidak memiliki keterampilan. Hal ini mengakibatkan wanita tidak memiliki kesempatan yang luas dalam memilih pekerjaan dan melakukan *bargaining power* dalam menentukan gaji di tempat mereka bekerja. Sehingga banyak wanita bekerja di sektor pekerjaan yang beresiko serta pendapatan yang diperoleh berada pada strata yang rendah.

PKPU merupakan lembaga kemanusiaan non profit dimana salah satu divisinya (divisi pendayagunaan) memiliki program yang berorientasi kepada pemberdayaan potensi ekonomi masyarakat lemah. Beberapa program yang telah dilaksanakan yaitu pelatihan menjahit, sablon, bengkel, dan teknisi handphone. Dari program tersebut, masih terbatas kegiatan pelatihan yang ditujukan kepada kaum wanita. Padahal PKPU menaungi sejumlah angkatan kerja wanita yang berasal dari masyarakat miskin.

Persaudaraan Muslimah (Salimah) merupakan sebuah organisasi massa muslimah yang memiliki perhatian terhadap kaum wanita, keluarga, dan anak. Program kerja salimah ditujukan untuk pengokohan keluarga, perlindungan anak, serta mendorong pemberdayaan ekonomi perempuan. Perempuan memerlukan pemberdayaan ekonomi disebabkan perempuan saat ini tidak hanya berperan sebagai ibu dan istri, namun sebagai pendamping suami dalam mencari pendapatan. Bahkan, tidak jarang perempuan yang menjadi ujung tombak dalam keluarganya.

Dari beberapa kegiatan yang telah dilakukan, terdapat kendala yang dijumpai oleh Salimah yaitu masalah tempat dan biaya. Di lain pihak, terdapat permintaan untuk menyelenggarakan pelatihan keterampilan yang tidak memerlukan modal awal. Wanita menghendaki suatu jenis pelatihan yang siap pakai, dimana setelah menyelesaikan pelatihan tersebut mereka memiliki keterampilan yang dapat digunakan untuk mencari kerja tanpa memerlukan uang ataupun alat tertentu sebagai modal dalam bekerja.

Pelatihan keterampilan pengasuhan bayi (*baby sitter*) merupakan sebuah alternatif solusi. Dalam pelatihan ini, peserta akan dibekali pengetahuan dan keterampilan mengasuh dan merawat bayi serta balita. Setelah menyelesaikan pelatihan, peserta telah memiliki keterampilan yang dapat digunakan untuk bekerja tanpa memerlukan uang atau alat sebagai modal awal.

Sampai saat ini, kebutuhan terhadap tenaga *baby sitter* masih banyak dan cenderung meningkat. Hal ini disebabkan bertambahnya jumlah wanita yang bekerja. Sehingga wanita akan mencari wanita lain untuk mengganti perannya dalam mengasuh anak (Barger, 2008). Tenaga *baby sitter* memberikan peluang penghasilan yang cukup menjanjikan, sehingga diharapkan wanita mampu meningkatkan potensi ekonomi dalam keluarga

METODE

Tahapan pengabdian yang dilakukan pada dasarnya dibagi menjadi lima tahap yaitu tahap koordinasi, persiapan, seleksi, pelatihan, dan evaluasi. Untuk menyamakan persepsi, tujuan dan luaran kegiatan, tim pengabdian mengadakan koordinasi kepada mitra. Bersama-sama dengan mitra, tim pengabdian melakukan koordinasi dengan jejaring mitra yaitu Kecamatan Tembalang, Semarang Barat, dan Lembaga Pelatihan Kerja (LPK) untuk membantu sosialisasi kegiatan kepada masyarakat serta membantu

dalam penyaluran tenaga kerja. Selain itu, dilakukan juga koordinasi dengan Jasa Psikologi UNDIP terkait dengan penyelenggaraan psikotest.

Persiapan yang dilakukan sebelum pelaksanaan kegiatan pengabdian adalah mempersiapkan media untuk sosialisasi kepada masyarakat, melakukan sosialisasi kegiatan kepada masyarakat dan menyusun buku panduan serta CD atau video pembelajaran. Tahap seleksi dilakukan melalui wawancara. Wawancara dilakukan untuk mengetahui minat, motivasi mengikuti pelatihan, kejujuran, loyalitas, dan kemampuan dalam berkomunikasi atau menghadapi anak kecil.

Tahap selanjutnya adalah pelatihan selama 15 hari. Pelatihan dilakukan dengan menggunakan metode ceramah, diskusi, dan praktek. Diawali dengan pre test, diakhiri dengan post test dan ujian keterampilan. Rangkaian kegiatan pelatihan ditutup dengan tes psikologi pada hari ke-16. Psikotest dilakukan untuk mengukur stabilitas emosi, hubungan sosial, penyesuaian diri, kepatuhan pada aturan, kedisiplinan, kemandirian, kerjasama, kepedualian terhadap orang lain, kemauan untuk melayani, dan loyalitas. Bagi peserta yang lulus ujian tulis, ujian keterampilan dan hasil psikotest sesuai atau disarankan sebagai baby sitter akan disalurkan sebagai baby sitter.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jejaring mitra menyambut baik kerjasama dalam pelaksanaan kegiatan. Pemerintah Kecamatan memberikan sambutan yang baik terhadap kegiatan. Mereka membantu sosialisasi kegiatan kepada masyarakat. Pihak kecamatan juga melibatkan para kadernya agar langsung memberikan informasi kepada masyarakat yang merupakan kriteria sasaran. Informasi kegiatan disampaikan kepada masyarakat secara langsung melalui mulut ke mulut, pertemuan PKK dan penyebaran leaflet, pamphlet dan spanduk. Pelibatan langsung masyarakat (kader) dalam penyampaian informasi kegiatan merupakan suatu langkah yang tepat. Ohmer (2007) menyatakan bahwa keterlibatan masyarakat dapat mempengaruhi kondisi dan kebijakan untuk menyelesaikan masalah dalam masyarakat. Kader, sebagai orang yang terdekat dengan masyarakat lebih mengetahui karakteristik sosial demografi. Dengan demikian, informasi dapat disampaikan dan diterima langsung oleh warga yang membutuhkan.

Buku panduan, CD pembelajaran serta materi dalam bentuk power point dipersiapkan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan pelatihan. CD berisi video mengenai cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan pijat bayi. Berbagai media pembelajaran dapat digunakan dalam kegiatan pelatihan. Untuk keterampilan, video dapat memberikan gambaran kepada peserta tentang suatu tindakan.

Dari hasil seleksi wawancara, terdapat 26 peserta pelatihan. Pendidikan mereka bervariasi, rata-rata SD dan SMP. Terdapat 3 orang dengan pendidikan SMA atau setara (SMK). Rentang usia peserta adalah 18-35 tahun. Usia tersebut merupakan usia produktif.

Pelatihan baby sitter diselenggarakan selama 15 hari di Jl. Telaga Mas Raya No.7A, Tanah Mas, Semarang. Metode pelatihan yang digunakan meliputi ceramah, diskusi, praktek, dan pemberian motivasi sebagai baby sitter. Arbuckle (2012) menyatakan bahwa pemberian motivasi yang diikuti dengan pemberian pengetahuan dan praktek dalam suatu kurikulum, memberikan kesempatan kepada peserta dalam menciptakan pengalaman pembelajaran yang nyata.

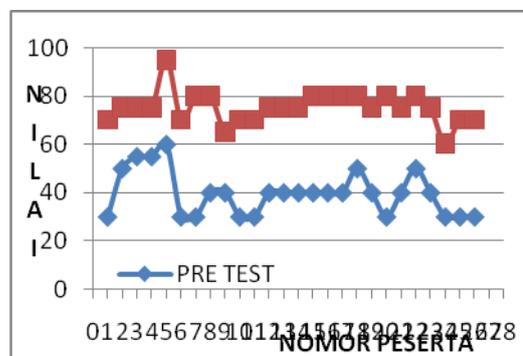
Ceramah diberikan oleh tim pengabdian berisi materi-materi yang diperlukan oleh peserta bila bekerja sebagai baby sitter. Diantaranya adalah etika baby sitter, tumbuh kembang anak, nutrisi bayi dan anak, bermain pada anak, alat permainan pada anak,

bermain sambil belajar, kebutuhan istirahat tidur pada anak, cara berkomunikasi dengan anak, perawatan kebersihan bayi dan anak, pertolongan pertama bayi dan anak sakit, pencegahan cedera, temper tantrum, dan toilet training. Materi-materi yang diberikan bersifat aplikatif dan disesuaikan dengan latar belakang pendidikan peserta.

Praktek dilakukan untuk mendemonstrasikan keterampilan tertentu seperti membuat makanan untuk bayi dan anak, membuat susu formula, mensterilkan botol susu, menggosok gigi, memandikan bayi, merawat tali pusat, membedong bayi, serta pijat bayi. Praktek merupakan salah satu metode belajar yang efektif untuk memberikan kesempatan kepada peserta untuk langsung mempraktekkan materi yang telah diperoleh melalui pengalaman secara langsung. Sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran kepada peserta sebelum terjun ke dunia kerja sebagai baby sitter. Peserta juga diberikan kesempatan untuk memasak makanan bayi dan anak. Peserta telah mempraktekkan cara membuat nasi tim, pudding, dan nugget. Peserta juga dilatih cara membuat makanan instan untuk bayi dan anak. Dengan demikian peserta mengetahui cara yang tepat dalam mengencerkan makanan anak, frekuensi dan takaran dalam satu kali penyajian.

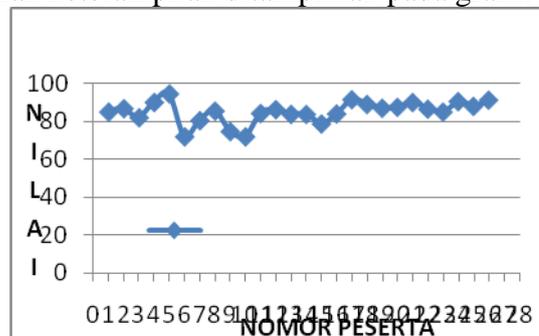
Rata-rata kehadiran peserta dalam materi adalah 95% sedangkan dalam praktek 100%. Sebelum pelatihan dimulai, terlebih dahulu peserta diberikan pre test untuk mengetahui kemampuan awal mereka. Pada akhir pelatihan, dilakukan post test. Sehingga perkembangan pengetahuan mereka dapat diukur. Rata-rata nilai pre test peserta pelatihan adalah 39,6 (nilai minimal 30, maksimal 60). Sedangkan rata-rata nilai post test adalah 75,19 (nilai minimal 60, maksimal 95). Rata-rata nilai ujian keterampilan adalah 85 (nilai minimal 72, maksimal 94,5). Dari hasil ujian tulis dan keterampilan, seluruh peserta dinyatakan lulus.

Rerata nilai ujian tulis peserta ditampilkan pada grafik berikut :



Gambar 1. Rerata nilai ujian tulis peserta pelatihan baby sitter.

Rerata nilai ujian keterampilan ditampilkan pada grafik berikut :



Gambar 2. Rerata nilai ujian keterampilan peserta pelatihan baby sitter

Setelah tes tulis dan keterampilan, tahap selanjutnya adalah psikotest. Psikotest dilaksanakan tanggal 14 November di Jasa Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro. Psikotest dilakukan untuk mengukur stabilitas emosi, hubungan sosial, penyesuaian diri, kepatuhan pada aturan, kedisiplinan, kemandirian, kerjasama, kepedulian terhadap orang lain, kemauan untuk melayani, dan loyalitas. Dari hasil psikotest, terdapat enam peserta yang tidak disarankan untuk melaksanakan tugas sebagai *baby sitter*. Hal ini disebabkan walaupun subjek memiliki kelebihan dalam hal kemandirian, memiliki kepedulian dan kemauan untuk melayani orang lain, namun secara psikologis lebih nyaman untuk tidak melaksanakan tugas dengan orang lain. Sehingga kelebihan yang dimiliki kurang terdukung karena memiliki kelemahan yang menjadi kendala yang berarti. Alasan lainnya adalah kurang patuh terhadap aturan.

Pekerjaan sebagai *baby sitter* memerlukan kedisiplinan, kemampuan bekerjasama dengan orang, kepedulian dan kemauan untuk melayani orang lain. Sehingga tidak hanya kemampuan kognitif dan psikomotor tetapi juga diperlukan kemampuan afektif yang mendukung tugas sebagai *baby sitter*. Anak khususnya bayi sangat tergantung kepada pengasuhnya dalam mendapatkan lingkungan yang aman, nyaman, mendukung dan menerimanya (Larner, 2001). Apabila seorang calon *baby sitter* tidak atau kurang memiliki kemampuan tersebut, maka akan menjadi hambatan saat melaksanakan pekerjaan sebagai *baby sitter*.

Dari 26 tenaga kerja yang telah dilatih, sebanyak 20 orang direkomendasikan sebagai *baby sitter* dan 6 orang tidak direkomendasikan sebagai *baby sitter*. Kepada seluruh peserta diberikan sertifikat pelatihan. Didalamnya terdapat dua kriteria penilaian yaitu hasil pelatihan (baik/cukup/kurang) dan hasil psikotest (disarankan/dapat disarankan/tidak disarankan). Penyaluran tenaga kerja sebagai *baby sitter* hanya dilakukan kepada peserta yang memang disarankan dapat bekerja sebagai *baby sitter*.

Penyaluran tenaga kerja dilakukan oleh PKPU bekerjasama dengan mitra PKPU. Hal ini disebabkan PKPU belum memiliki kewenangan secara hukum dalam penyaluran tenaga kerja. Dengan demikian, apabila penyaluran dilakukan oleh lembaga yang memiliki kewenangan secara hukum, kepentingan tenaga kerja dan majikan dapat terlindungi.

Dari 20 orang yang direkomendasikan sebagai *baby sitter*, 17 orang telah mendapatkan pekerjaan sebagai *baby sitter* dengan gaji 900 ribu (Kota Semarang) dan gaji 1,1 juta (Daerah Jakarta). Dua orang lainnya bekerja di Tempat Penitipan Anak (TPA) sebagai pengasuh. Mereka tidak mau disalurkan sebagai *baby sitter* dan memilih bekerja di TPA dengan alasan dapat pulang ke rumah setiap hari. Hal ini disebabkan karena mereka masih memiliki anak kecil. Dengan bekerja di TPA, mereka dapat memperoleh penghasilan dengan tidak meninggalkan perannya sebagai seorang ibu. Karena diijinkan membawa anak saat bekerja sebagai pengasuh di TPA. Gaji yang diperoleh adalah 700 ribu. Sedangkan satu orang lainnya masih menunggu penyaluran.

Dari enam orang yang tidak direkomendasikan sebagai *baby sitter*, tiga orang sedang mengikuti magang sebagai asisten pengajar di PAUD. Mereka dibawah pengawasan dan bimbingan khusus dari pemilik PAUD. Setiap hari mereka diberikan uang transport sebesar 30 ribu serta makan siang dan snack. Sehingga penghasilan mereka saat ini adalah 720 ribu. Adapun tiga orang peserta lainnya menyatakan berminat untuk mengikuti pelatihan-pelatihan kerja yang rutin diselenggarakan oleh PKPU seperti pelatihan menjahit. Tindakan selanjutnya berupa pendampingan peserta yang belum mendapatkan pekerjaan sebagai *baby sitter*, melakukan monitoring perkembangan *baby sitter* di tempat kerja mereka serta memberikan informasi lowongan

pekerjaan dan pelatihan kepada peserta yang tidak direkomendasikan sebagai baby sitter.

Pelatihan baby sitter dapat membuka kesempatan wanita untuk mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang layak melalui pendidikan dan pelatihan. Ogbimi (2007) menyatakan bahwa salah satu cara mengatasi pengangguran dan kemiskinan adalah melalui peningkatan kompetensi. Kompetensi yang dimiliki oleh pencari kerja dapat menciptakan lapangan pekerjaan. Hal ini merupakan suatu solusi untuk mengatasi *structural unemployment*

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Terdapat peningkatan rata-rata nilai hasil pre test – post test sebesar 35,59 dari rata-rata nilai awal (pre test 39,6, post test 75,19)
2. Seluruh peserta lulus dalam ujian keterampilan (rata-rata nilai 85). Terdapat 6 peserta yang tidak disarankan menjadi *baby sitter* (hasil psikotest)
3. Pelatihan *baby sitter* dapat dijadikan sebagai bekal keterampilan wanita dalam mencari pekerjaan.
4. Tenaga kerja yang disarankan dapat bekerja sebagai *baby sitter* telah mendapatkan pekerjaan sebagai baby sitter dengan gaji yang layak sesuai standar gaji *baby sitter*.
Saran dari kegiatan ini adalah:
 1. Kegiatan sejenis dapat dilakukan kembali dengan sasaran yang lebih luas tidak hanya sebatas kota Semarang.
 2. Perlu dilakukan kegiatan magang di tempat penitipan anak (TPA) atau rumah bersalin untuk memberikan kesempatan kepada calon baby sitter berinteraksi dengan bayi dan anak yang sesungguhnya. Dengan magang juga dapat diamati secara langsung kepribadian mereka.
 3. Pelatihan sejenis juga diperlukan oleh sasaran yang berbeda. Yaitu tentang parenting dan cara merawat bayi untuk para calon ibu.

REFERENSI

- Arbuckle, A., Hedley, A., Macpherson, S., McLeod, A., Usiskin, J.M., Powel, D., Sayers, J., Smith, E., Stevens, M. 2012. Teaching and learning multimodal communication: A collaborative book. *International Journal of Learning and Media*. 4 (1).
- Barger, S. 2008. Family secret: More parents are avoiding the nanny tax. *The Wall Street Journal*. <http://www.online.wsj.com/news/articles/SB122583716191498477>. Diakses tanggal 10 Januari 2014
- Larner, M.B., Berhman, R.E., Reich, M.Y.K. 2001. Caring for infant and toddler: analysis and recommendation. *Journal: Caring for infant and Toddler*. 11 (1).
- Bappeda. 2013. Tingkat pengangguran di kota Semarang. <http://www.bappeda.semarangkota.go.id>. Diakses tanggal 2 Januari 2013.
- Ogbimi, F.E. 2007. Promoting sustainable economic growth and industrialisation: Solution to mass unemployment and poverty. *African Journal of Traditional, Complementary, and Medicines*. 4 (4): 541-552
- Ohmer, M.L. 2007. Citizen participation in neighborhood organizations and its relationship to volunteers self and collective efficacy and sense of community. *A Journal of The National Association of Social Workers*. 31 (2): 109-120.
- Tong, C.H., Lee-Ing, T., James, T. 2009. High unemployment in united states: causes and solutions. *Academic Journal article*. 10 (2).

JUDUL	Penggunaan <i>Peripherally Inserted Central Catheter</i> (PICC) pada Bayi dengan Berat Badan Baru Lahir Sangat Rendah (BBLSR) dan Neonatus Sakit: <i>Literature Review</i>
PRESENTER <i>AUTHOR (S)</i> INSTITUSI	Lydia Lydia

ABSTRAK

Meningkatnya angka harapan hidup pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) dan neonatus sakit adalah dengan mempertimbangkan kebutuhan nutrisi parenteral, cairan infus dan obat-obatan untuk mendukung pertumbuhan. Untuk itu dibutuhkan akses vaskular yang dapat diandalkan untuk pemberian nutrisi parenteral, cairan infus dan obat-obatan. Pemasangan akses vaskular perifer merupakan intervensi kolaborasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Intravena perifer dan kateter umbilikal umum digunakan tetapi dapat bertahan dalam jangka waktu yang singkat di vaskuler dan memiliki banyak komplikasi. Teknik terbaru memasukkan kateter silikon ke dalam vena sentral neonatus dari perifer dan waktunya untuk tetap berada dalam vaskular yang dikenal dengan *peripherally inserted central catheter* (PICC). *Literature review* terhadap penelitian yang ada bertujuan untuk menilai bukti-bukti hasil penelitian yang terkait dengan penggunaan PICC pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dan neonatus sakit.

Pencarian literatur-literatur hasil penelitian yang didapat dari media elektronik (internet). Literatur didapat di CINAHL dari EBSCOhost, database Proquest dan google scholar. Literatur hasil penelitian yang digunakan dalam rentang 2000-2013. Penggunaan PICC dinilai dari komplikasi seperti resiko infeksi, perubahan posisi ataupun perdarahan relatif kecil, waktu pakai lebih lama penggunaan dan perawatan kateter lebih sederhana.

Berbagai penelitian yang dilakukan untuk mengidentifikasi keefektifan PICC pada bayi dengan BBLR dan neonatus sakit menunjukkan hasil kejadian flebitis dan infeksi aliran darah menurun dengan perawatan catheter yang tepat, waktu pemakaian PICC lebih lama dapat mengurangi stressor pada bayi. Komplikasi pemasangan iv cath non central line juga menimbulkan komplikasi lebih besar yaitu infeksi aliran darah berhubungan dengan catheter.

Penggunaan PICC sebagai akses vaskular pada bayi dengan BBLSR dan neonatus sakit dianjurkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan dengan menurunkan angka infeksi, menurunkan morbiditas.

Kata kunci: PICC, BBLSR, neonatus, akses vaskular

LATAR BELAKANG

Meningkatnya angka harapan hidup pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) dan neonatus sakit dengan mempertimbangkan kebutuhan nutrisi parenteral untuk mendukung pertumbuhan dan juga adanya akses vaskular yang dapat diandalkan untuk pemberian tambahan cairan infus dan obat-obatan (Goudoever, et.al, 2013). Pemasangan akses vaskular perifer merupakan salah satu intervensi kolaboratif perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Oleh karena itu perawat terus ditantang untuk meningkatkan kemampuan memasang dengan metode akses vaskular aman dan konsisten. Aman yang dimaksud tidak mengiritasi pembuluh darah, minimal terhadap infeksi aliran darah berhubungan catheter, perdarahan dan rendah terhadap komplikasi yang ditimbulkan dari pemasangan catheter, selama pemasangan catheter

dan saat pencabutan catheter. Konsisten adalah kateter dapat digunakan pada berat bayi berapa pun dan segala kondisi.

Intravena perifer dan kateter umbilikal telah umum digunakan untuk tujuan ini, tetapi memiliki waktu yang pendek untuk tetap berada dalam vaskular dan komplikasinya meningkat. *Central line catheter* juga telah dikenal sebelumnya yang muara kateternya berada pada pembuluh darah besar tetapi pemasangannya harus dilakukan oleh dokter dan komplikasi pemasangannya banyak seperti tamponade jantung (Pezzati, M. 2004). Sehingga pengembangan alat dan teknik akses vaskular terus dikembangkan. Teknik terbaru adalah memasukkan kateter silikon ke dalam vena sentral neonatus dari perifer dan waktunya lebih lama untuk tetap berada dalam vaskular yang dikenal dengan *peripherally inserted central catheter (PICC)*. Umumnya bayi dengan BLSR dan neonatus sakit membutuhkan waktu perawatan yang panjang.

PICC dapat digunakan sebagai akses vaskular untuk berbagai jenis cairan dan obat dengan berat molekul dan konsentrasi berapa pun seperti elektrolit konsentrat, obat-obatan kemoterapi, parenteral nutrisi, antibiotik (Pettit, J. 2007). Sebagai akses untuk pengambilan sampel darah juga dapat dilakukan pada ukuran catheter yang besar. Penelitian tentang efektifitas penggunaan alat ini terus berkembang baik kelebihan maupun kekurangan sehingga penulis ingin melihat secara komprehensif efektifitas penggunaan PICC pada bayi dengan BLSR dan neonatus sakit.

TUJUAN

Penelaahan pada penelitian yang didapat bertujuan untuk menilai bukti-bukti hasil penelitian yang terkait dengan efektifitas penggunaan PICC pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dan neonatus sakit. Efektifitas yang dinilai dari lama pakai, minimal komplikasi, resiko infeksi, lama perawatan dan biaya perawatan. Sedangkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam pemilihan vaskular akses yang dapat digunakan pada bayi dengan BLSR dan neonatus sakit sehingga dapat meminimalkan komplikasi selama perawatan.

METODE

Penelaahan ini dilakukan dengan melakukan review literatur-literatur hasil penelitian yang didapat dari media elektronik (internet). Kata kunci yang digunakan untuk penelusuran literatur adalah *PICC, peripherally inserted central catheter, neonate, very low body weight, vascular access, catheter related-blood stream infection, sick baby*. Literatur didapat dari website ProQuest dan Google Scholar. Literatur hasil penelitian yang digunakan dalam rentang sepuluh tahun terakhir (200-2013). Jurnal yang diambil yang memiliki *full text*. Didapatkan hasil 24 jurnal dan yang memenuhi kriteria 11 jurnal yang bentuknya penelitian kuantitatif. Hasil penelitian sudah diterbitkan dalam jurnal internasional di negara maju seperti Amerika Serikat dan Kanada. Penulis dari jurnal yang didapat memiliki latar belakang perawat dan dokter yang memiliki spesialisasi dibidang perinatologi. Jurnal yang diambil dalam bentuk original artikel sehingga data yang disajikan lengkap dan memudahkan dalam penelaahan hasil dan dilakukan analisis narasi sehingga dapat mendeskripsikan efektifitas penggunaan PICC pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dan neonatus sakit.

HASIL

Dari pencarian dengan menggunakan kata kunci *PICC, peripherally inserted central catheter, neonate, very low body weight, vascular access, catheter related-blood stream infection, sick baby* didapatkan aspek dampak penggunaan PICC dalam meningkatkan kualitas perawatan, komplikasi, perbandingan dengan bentuk akses intravena lainnya, cara perawatan dan pencegahan infeksi pada penggunaan PICC.

Meningkatkan kualitas perawatan di intensif

Salah satu peningkatan kualitas perawatan di intensif ditunjukkan dengan kecilnya angka mortalitas dan morbiditas di ruangan intensif tersebut. Prosedur tatap yang dilakukan oleh pembuat kebijakan di rumah sakit dengan pemasangan PICC pada pasien yang dirawat lebih dari 5 hari dirumah sakit di Jepang (Chirinian, N. 2012). Lalu penelitian yang dilakukan oleh Geary, CA (2008) angka harapan hidup dan menurunnya angka morbiditas pada pasien dengan berat badan kurang dari 1000 gram adalah dengan pemasangan PICC sebagai akses untuk cairan, nutrisi dan obat-obatan yang diberikan.

Waktu penggunaan

Penelitian yang dilakukan oleh Foo, R. et.al. (2005), membandingkan penggunaan central venous catheter (CVC) dan PICC. Penelitian ini dilakukan pada bayi yang masuk ke NICU dengan pengambilan data retrospective. Didapatkan hasil CVC dan PICC tidak menunjukkan angka yang signifikan dalam efek komplikasi yang minimal tetapi durasi pemakaian PICC lamanya >20 hari dibanding CVC <20 hari sehingga dianjurkan untuk digunakan pada bayi yang dirawat >5 hari. Hasil yang tidak signifikan mungkin dapat disebabkan oleh jumlah sampel yang kurang besar. Diperlukan penelitian lain yang memiliki karakteristik sama sehingga hasil lebih mewakili populasi. Penggunaan >35 hari dianjurkan untuk mengganti PICC yang baru karena akan meningkatkan resiko infeksi aliran darah (Arnab, 2010). Bahan kateter yang terbuat dari Polyurethane dan silicone membuat PICC lebih lentur dan kuat sehingga dapat bertahan lebih lama didalam pembuluh darah (Moureau, N. 2005).

Komplikasi

Berbagai penelitian yang dilakukan untuk mengidentifikasi keefektifan PICC pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dan bayi sakit menunjukkan hasil kejadian phlebitis menurun, infeksi aliran darah menurun. Pemasangan catheter jenis apapun merupakan stressor untuk bayi menimbulkan rasa nyeri. Anand, et.al., (2005) menjelaskan pemasangan catheter vena merupakan prosedur yang menimbulkan nyeri moderate. Sehingga bila durasi penggunaan catheter vena lebih pendek dan pemasangan lebih sering maka nyeri akan lebih sering dirasakan bayi dan penggunaan analgetik akan lebih sering. Tetapi dalam penelitian ini masih bias. Tidak dijelaskan bayi yang diobservasi apakah menggunakan alat invasif lainnya. Karena pada bayi yang menggunakan ETT saat pemasangan catheter vena dengan yang tidak respon nyerinya akan berbeda. Tetapi yang dapat diambil bahwa pemasangan iv catheter dapat menimbulkan nyeri dengan intensitas tertentu yang dapat saja mempengaruhi hemodinamik pasien. Tetapi dengan lamanya waktu guna dari PICC dibanding bentuk kateter lainnya sehingga insersi tidak sering dilakukan pada bayi dengan berat badan lahir rendah dan bayi sakit.

Colacchio, K.,et.al.(2012) membandingkan penggunaan central catheter dan non central catheter terhadap komplikasi yang timbul didapatkan hasil infeksi aliran darah, infiltrasi, oklusi lebih besar pada pemasangan non central catheter.

Ukuran PICC yang sangat kecil memungkinkan terjadinya oklusi sehingga pencegahan untuk terjadinya oklusi diberikan heparin dengan dosis kecil. Hasil

penelitian Uslu, S.(2008) dengan pemberian parenteral nutrisi melalui PICC akan memperpanjang lama pemakaian catheter bila menggunakan heparin dosis rendah tanpa ada efek samping yang berarti.

Resiko infeksi aliran darah menjadi topik utama dalam pemasangan PICC, karena muara ujung kateter berada pada vena besar untuk itu teknik pemasangan dan sterilitas sangat diperhatikan. Beberapa penelitian yang terkait dengan infeksi aliran darah berhubungan dengan catheter dan pencegahan terjadinya infeksi seperti penelitian yang dilakukan oleh Arnab, S (2010), prevalensi untuk terjadi infeksi juga dipengaruhi oleh lama waktu pemasangan, terapi yang diberikan melalui PICC, teknik pemasangan dan teknik pencabutan PICC.

Selain itu pencegahan yang dapat dilakukan dengan pemberian vancomycin heparin lock pada PICC hasil penelitian yang dilakukan oleh Gerland, J.S., (2005) menunjukkan hasil yang bermakna.

Penelitian terhadap pengurangan resiko infeksi dilakukan oleh Hill, ML., dengan silver–alginate-coated dressing pada insersi catheter.

Brooker, RW., juga meneliti tentang infeksi yang terjadi setelah pencabutan PICC. Menurut The Centers for Disease Control and Prevention (2010) infeksi aliran darah berhubungan dengan catheter dapat terjadi 48 jam setelah pencabutan. Hasil yang didapatkan tidak ada perbedaan saat catheter berada didalam pembuluh darah dengan catheter telah dicabut. Pada penelitian ini perawatan dan pencabutan catheter dilakukan dengan teknik steril untuk menghindarkan bias dalam hasil.

PEMBAHASAN

Dari beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan oleh penulis bahwa penggunaan PICC pada bayi dengan BBLSR dan neonatus sakit lebih efektif dari catheter lainnya. Dengan CVC memang tidak ada perbedaan nyata tetapi pemasangan PICC dapat dilakukan oleh perawat. Sehingga perawat dapat melakukan tindakan mandiri keperawatan. Komplikasi yang ditimbulkan oleh catheter non central line juga memiliki komplikasi lebih besar apalagi pemasangan catheter pada bayi BBLSR dan neonatus sakit dimana imunitasnya masih rendah. Waktu yang pendek untuk penggunaan catheter non central berarti bayi akan sering dilakukan tindakan dan berarti bayi juga sering terpapar suhu ruangan. Padahal diketahui bayi dengan BBLSR thermoregulasinya belum baik. Pemasangan PICC lebih dianjurkan. Berbagai teknik dilakukan untuk mencegah infeksi aliran darah berhubungan dengan catheter seperti silver–alginate-coated dressing dan profilaksis antibiotic lock pada catheter. Penggunaan heparin juga dapat digunakan untuk mencegah oklusi pada catheter karena ukuran catheter yang kecil.

Penulis tidak menemukan literature yang berhubungan dengan biaya, lama rawat, keterampilan dalam pemasangan PICC, perilaku perawat dalam perawatan PICC. Dengan adanya hasil penelitian tersebut maka akan memperkuat efektifitas penggunaan PICC. Penelitian semuanya dilakukan dinegara maju dimana ketersediaan sumber daya dapat dikatakan lengkap dan kemampuan perawat diatas perawat dinegara berkembang karena PICC ditemukan dinegara mereka. Walaupun penelitian ini sebagian besar menggambarkan kelebihan penggunaan PICC, tetapi efektifitas penggunaannya dinegara berkembang belum teruji dengan karakteristik bayi dan sumber daya yang ada.

REKOMENDASI

Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang biaya penggunaan PICC, lama rawat dengan penggunaan PICC. Dan penelitian juga dilakukan di negara berkembang apakah dengan sumber daya yang ada dan karakteristik bayi mempengaruhi efektifitas penggunaan PICC.

REFERENSI

- Anand, et.al. 2005. Analgetic and local anesthesia during invasive procedure in the neonate. *Clinical Management*. Volume 5. New Jersey
- Arnab Sengupta, et. al. 2010. Catheter Duration and Risk of CLA-BSI in Neonate With PICCs. *Pediatrics, Official Journal of The American Academy of Pediatrics*. Illinois
- Brooker, RW., Keenan, WJ. 2007. Catheter related bloodstream infection following PICC removal inpreterm infants. *Journal of Perinatology*. United State
- Colacchio, K. 2012. Complications associated with central and non-central venous catheters in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*. United State
- Foo, R. et.al . 2003. Complications in Tunneled CVL Versus PICC Lines in Very Low Birth Weight Infants. *Journal of Perinatology*. United State
- Gerland,J.S. 2005. A Vancomycin-Heparin Lock Solution for Prevention of Nosocomial Bloodstream Infection in Critically Ill Neonates With Peripherally Inserted Central Venous Catheters: A Prospective, Randomized Trial. *Pediatrics, Official Journal of The American Academy of Pediatrics*. Illinois
- Goudoever, JB., Vlaardingerbrock, H. He Present Challenges of Parenteral Nutrition in Preterm infant and Children. *American Society for Nutrition*: 113: 205-206. Illinois
- Hill., ML.2010. A silver–alginate-coated dressing to reduce peripherally inserted central catheter (PICC) infections in NICU patients: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*. United State
- Pettit, J., Wickoff, MM., 2007. Peripherally Inserted Central Catheter. Guideline for practice. 2nd Edition. *Neonatal Assosiation of Neonatal Nurses*. Illinois
- Pezzati, M., Fillipi, L., Chiti, G.2004. Central Venous Catheter and Cardiac Tamponade in Preterm Infant. *Neonatal Pediatric Intensive Care*. 30:2253-2256. Springer-Verleg
- Uslu, S. 2010. The effect of low-dose heparin on maintaining peripherally inserted percutaneous central venous catheters in neonates. *Journal of Perinatology*. United Statea

JUDUL	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di Wilayah Kota Yogyakarta
PRESENTER	Lisa Permita Sari
AUTHOR (S)	Lisa Permita Sari, Tri Wahyuni Ismoyowati
INSTITUSI	STIKes Bethesda Yakkum Yogyakarta

ABSTRAK

Masa remaja terdiri masa remaja awal (13-17 tahun) dan remaja akhir (18-21 tahun). Perubahan yang dialami adalah perubahan hormon seksual ditandai kematangan seksual dan dorongan perilaku seksual. Tujuan penelitian, mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah remaja. Menggunakan desain korelatif, metode kuantitatif dengan kuesioner dilakukan di kota Yogyakarta dengan *accidental sampling*, jumlah responden 145. Hasil penelitian, 83 responden remaja akhir, 51 responden laki-laki, 78 responden kuliah, 48 responden tinggal bersama orangtua, 72 responden pengetahuan cukup, 74 responden mengendalikan diri, 94 responden religiusitas tinggi, 79 responden aktifitas sosial baik, 70 responden sikap cukup, melakukan perilaku seksual pranikah, dan 25 responden ada peran keluarga, 43 responden sosial budaya baik, 39 responden menggunakan teknologi, tidak melakukan perilaku seksual pranikah. Kesimpulan, ada hubungan antara usia, jenis kelamin, pendidikan, pengendalian diri, religiusitas, sikap, peran keluarga, sosial budaya dan teknologi terhadap perilaku seksual pra nikah remaja; tidak ada hubungan antara tempat tinggal, pengetahuan dan aktifitas sosial terhadap perilaku seksual pra nikah remaja.

Kata Kunci: remaja, perilaku, seksual, pra nikah

ABSTRACT

Adolescence stage consists of early adolescent (13-17 years of age) and late adolescent (18-21 years of age). The changes experienced are sexual hormonal changes marked by sexual maturity and initiation of sexual behavior. This research aimed at knowing the factors that affect adolescent premarital sexual behavior. By using correlative design, quantitative method with questionnaire was conducted in Yogyakarta with accidental sampling, the number of the respondents were 145. The research result shows that 83 late adolescent respondents, 51 male respondents, 78 college students respondents, 48 respondents who live with their parents, 72 respondents who have enough knowledge, 74 respondents who have self-control, 94 respondents who have high religiosity, 79 respondents who have good social activity, 70 respondents who have good attitude do premarital sexual behavior and 25 respondents who have family role, 43 respondents who are socio-culturally good, 39 respondents who use technology do not do premarital sexual behavior. In conclusion, there is a relationship between age, gender, education, self-control, religiosity, attitude, family role, socio-cultural role and technology toward premarital sexual behavior; there is no relationship between the place of living, knowledge and social activity toward premarital sexual behavior.

Key words: adolescent, behavior, sexual, premarital

PENDAHULUAN

Masa remaja adalah peralihan masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Peralihan masa remaja ditandai dengan kematangan fisik, psikologis, serta sosial yang terkait langsung dengan kepribadian, seksual, dan peran sosial remaja itu sendiri. Menurut Hurlock

(2007) membagi masa remaja menjadi 2 bagian yaitu; awal masa remaja dan akhir masa remaja. Masa awal remaja berlangsung usia 13-16 tahun dan masa remaja akhir dimulai dari usia 17-18 tahun. Menurut Sarwono (2005) masa remaja dimulainya sejak seseorang menunjukkan tanda-tanda pubertas hingga terjadi kematangan seksual.

Remaja dengan perubahan fisik maupun psikologis memiliki karakter dan cenderung ingin tahu dan mencoba hal-hal yang dianggap baru dan menarik bagi remaja tersebut. Kecenderungan remaja dapat disebabkan karena pengaruh lingkungan maupun pengaruh personal yang dikhawatirkan dapat berpengaruh negatif terhadap remaja. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Bandura dalam buku Sarwono (2005) dengan teori *Social Learning Theory* yang menyatakan bahwa perilaku merupakan interaksi timbal balik antara faktor personal dan lingkungan.

Sebuah survey yang dilakukan oleh *Youth Risk Behavior Survei* (YRBS) secara Nasional di Amerika Serikat pada tahun 2006 mendapati bahwa 47,8% pelajar yang duduk di kelas 9-12 telah melakukan hubungan seks pranikah, 35% pelajar SMA telah aktif secara seksual (Damanik, 2012). Data Depkes RI (2006), menunjukkan jumlah remaja umur 10-19 tahun di Indonesia sekitar 43 juta (19,61%) dari jumlah penduduk. Sekitar satu juta remaja pria (5%) dan 200 ribu remaja wanita (1%) secara terbuka menyatakan bahwa mereka pernah melakukan hubungan seksual. Hasil pendataan yang diukur oleh Direktur Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi Badan Koordinator Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2010 menyatakan bahwa perilaku seksual pranikah tersebut terjadi peningkatan dari tahun ke tahun.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gatra bekerja sama Laboratorium Ilmu Politik, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia (LIP FISIP-UI) menjangkau 800 responden remaja berusia 15-22 tahun di Jakarta, Yogyakarta, Medan, Surabaya, dan Ujung pandang menjelang akhir 1997. Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden menunjukkan sikap yang makin permisif (sikap serba boleh) terhadap perilaku seks gaya modern. Sebanyak 45,9% (367 responden) memandang berpelukan antarlawan jenis adalah hal wajar, 47,3% (378 responden) membolehkan cium pipi, 22% tak menabukan cium bibir, 11% (88 responden) membolehkan *necking* atau cium leher atau cumpang, 4,5% (36 responden) tak mengharamkan kegiatan *rabameraba*, 2,8% (22 responden) menganggap wajar melakukan *petting* (saling menggesek-gesekkan alat kelamin), dan 1,3% (10 responden) tak melarang sanggama di luar nikah (Sumbogo, 1998).

Yogyakarta sebagai kota pelajar tentunya banyak tersebar perguruan tinggi, institut, politeknik, akademi maupun sekolah tinggi. Yogyakarta terdiri dari 19 universitas, 4 institut, 10 politeknik, 49 akademi dan memiliki 11 STIKES yang tersebar di beberapa tempat. Ini menjadikan wilayah Yogyakarta menjadi pusat bagi remaja untuk menimba ilmu. Wilayah kota Yogyakarta terletak di pusat kota juga memiliki kemudahan akses informasi dan teknologi. Mahasiswa maupun calon mahasiswa yang menuntut ilmu di kota Yogyakarta juga berasal dari berbagai provinsi di Indonesia sehingga beberapa mahasiswa dikondisikan jauh dengan orang tua. Mahasiswa dan calon mahasiswa tersebut berasal dari suku, budaya, dan agama yang berbeda-beda. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi remaja untuk melakukan perilaku seksual pranikah.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pranikah pada remaja yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, tempat tinggal, pengetahuan, pengendalian diri, religiusitas, aktivitas sosial, sikap layanan kesehatan, peran keluarga, sosial budaya, perkembangan teknologi.

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelatif dengan metode penelitian kuantitatif yang bertujuan melihat hubungan antara faktor intrinsik dan ekstrinsik dengan perilaku seksual pranikah pada remaja di Wilayah Kota Yogyakarta 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja yang berusia 13-21 tahun di Wilayah Kota Yogyakarta. Sampel dalam penelitian ini adalah remaja dengan kriteria inklusi: 1). Remaja laki-laki maupun perempuan; 2) Remaja usia 13-21 tahun yang tinggal di Wilayah Kota Yogyakarta; 3). Pernah/sedang pacaran; 4). Bersedia menjadi subjek penelitian atau menjadi responden.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah menggunakan *Accidental sampling*. Waktu yang ditentukan untuk pengumpulan data adalah satu bulan. Sehingga jumlah responden dalam penelitian ini adalah 145 orang. Penelitian ini dilaksanakan di lahan pendidikan sekitar SMP 8 Yogyakarta, SMA 8 Yogyakarta, SMA Bopkri II, AKINDO, UGM, UNY, Sanata Dharma. Selain tempat pendidikan, penelitian ini dilakukan diberbagai tempat dan fasilitas umum seperti rumah makan, kantin sekolah, tempat ibadah dll. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September 2013 – November 2013.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisa bivariat dalam penelitian ini terdiri dari hubungan usia, jenis, pendidikan, pengetahuan, pengendalian diri, religiusitas, aktivitas social, sika, p peran keluarga, sosial budaya, penggunaan teknologi dengan perilaku seksual pranikah.

1. Hubungan Usia dengan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja

Hubungan usia dengan perilaku seksual pranikah pada remaja dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Usia Remaja		Total	P value
		Remaja awal	Remaja Akhir		
1.	Melakukan	17	83	145	0,293
2.	Tidak Melakukan	11	34		
	Total	28	117		

Pada tabel diatas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,293$ pada $\alpha 0,05$ ($p = 0,293 > \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara usia dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ika (2010) yang menyatakan bahwa ada hubungan secara signifikan antara perilaku seks pertamakali pada remaja usia 15–24 tahun dengan perilaku seksual.

Hal ini juga berbeda dengan penelitian-penelitian yang dilakukan oleh berbagai institusi di Indonesia selama kurun waktu tahun 1993-2002, menemukan bahwa lima sampai sepuluh persen wanita dan delapan belas sampai tiga puluh delapan persen pria muda berusia 16-24 tahun telah melakukan hubungan seksual pranikah dengan pasangan yang seusia mereka (Antono, 2006). Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya dimungkinkan karena batasan remaja yang digunakan dalam sebuah penelitian tidak sama atau menggunakan acuan sumber yang berbeda sehingga rentang usia remaja awal dan akhir pun menjadi berbeda.

2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja

Hubungan jenis kelamin dengan perilaku seksual pranikah pada remaja dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2
Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Jenis Kelamin Remaja		Total	P value
		Laki-laki	Perempuan		
1.	Melakukan	51	49	145	0,000
2.	Tidak Melakukan	9	36		
	Total	60	85		

Pada tabel diatas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,000$ pada alpha $0,05$ ($p = 0,000 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hasil Uji Contingency $0,280$ (sedang). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suara (2011) yang menyatakan ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku seks.

Pada laki-laki lebih mudah terangsang dan lebih cepat orgasme bila ada rangsangan, baik rangsangan fisik maupun rangsangan psikis, sedangkan pada perempuan libido lebih lambat munculnya. Begitu pula menurut teori biologi yang mencoba menjelaskan bahwa perilaku agresif ditentukan oleh proses tertentu yang terjadi di otak dan susunan syaraf pusat. Hormon laki-laki (testosteron) dipercaya sebagai pembawa sifat agresif dimana pada laki-laki terdapat lebih banyak hormon testosteron. Kondisi hormonal menyebabkan remaja terutama remaja pria menjadi lebih peka terhadap stimulan seksual baik berupa visual, sentuhan atau audiovisual seperti dengan membaca bacaan yang romantis atau melihat gambar yang romantis, melihat alat kelamin lawan jenis yang akan mendorong munculnya perilaku seksual (Suara, 2011).

3. Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja

Hubungan pendidikan dengan perilaku seksual pranikah pada remaja dapat dilihat di tabel 3.

Tabel 3
Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Pendidikan Remaja			Total	P value
		SMP	SMA	Kuliah (DIII, S1)		
1.	Melakukan	1	21	78	145	0,040
2.	Tidak Melakukan	3	4	38		
	Total	4	25	116		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,040$ pada alpha $0,05$ ($p = 0,040 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pendidikan dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hasil Uji Contingency $0,206$ (lemah). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh

Antono (2006), yang mendapatkan hasil tidak adanya hubungan antara pendidikan dengan perilaku seksual. Hal ini dimungkinkan karena distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan tidak merata.

Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang dalam berperilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003). Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi. Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu.

4. Hubungan Tempat Tinggal Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan tempat tinggal remaja dengan perilaku seksual pranikah dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4
Hubungan Tempat Tinggal Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Tempat Tinggal Remaja			Total	P value
		Orang tua	Saudara	Kos		
1.	Melakukan	48	6	46	145	0,516
2.	Tidak Melakukan	17	3	25		
	Total	65	9	71		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,516$ pada alpha $0,05$ ($p = 0,516 > \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara tempat tinggal dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ika (2009), dalam penelitian tersebut dinyatakan bahwa tempat tinggal remaja mempunyai hubungan yang significant terhadap kejadian perilaku seksual pra nikah, pada penelitian tersebut disimpulkan bahwa remaja yang tinggal di kos atau tidak bersama orangtua maupun saudara memiliki faktor resiko perilaku seksual pra nikah lebih besar hal ini dikarenakan kurangnya pengawasan dari pihak orangtua ataupun keluarga.

Menurut Notoadmodjo (2007), remaja yang bertempat tinggal di perkotaan dan kos cenderung lebih banyak melakukan hubungan seks sebelum menikah, karena fungsi kontrol sosial yang kurang akibat sikap individualis dari masyarakatnya yang kurang memperdulikan apa yang dilakukan oleh lingkungan sekitarnya. Hal ini berbeda dengan penelitian terdahulu yang pernah dilakukan dimungkinkan karena dalam penelitian ini menggunakan sampel wilayah kota sehingga tidak nampak perbandingan tempat tinggal remaja baik dengan orangtua, saudara dan kos yang di kota dengan di desa, untuk penelitian terdahulu membandingkan remaja yang tinggal dengan orangtua, saudara dan yang kos baik di desa maupun kota.

5. Hubungan Pengetahuan Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan Pengetahuan Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5
Hubungan Pengetahuan Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Pengetahuan			Total	P value
		Baik	Cukup	Kurang		
1.	Melakukan	17	72	11	145	0,090
2.	Tidak Melakukan	15	26	4		
	Total	32	98	15		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,090$ pada $\alpha 0,05$ ($p = 0,090 > \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggia Putri (2011), berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat dinyatakan bahwa semakin baik pengetahuan remaja tentang seks pranikah, maka perilaku seks pranikah remaja semakin baik dan sebaliknya.

Menurut Notoatmodjo (2011), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan yang baik didukung tingkat pengetahuan orang tua yang baik dalam memberikan informasi tentang seks pranikah dan responden memahami dan mengerti tentang seks pranikah. Penelitian ini berbeda dengan penelitian terdahulu, hal ini dimungkinkan distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan tidak merata. Pada tingkat SMP sejumlah 4 orang, SMA 25 orang, sedangkan yang berada di bangku kuliah sebesar 116 responden.

6. Hubungan Pengendalian Diri Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan pengendalian diri remaja dengan perilaku seksual pranikah dapat dilihat di tabel 6.

Tabel 6
Hubungan Pengendalian Diri Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Pengendalian Diri		Total	P value
		Mampu	Tidak mampu		
1.	Melakukan	74	26	145	0,001
2.	Tidak Melakukan	44	1		
	Total	118	27		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,001$ pada $\alpha 0,05$ ($p = 0,001 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pengendalian diri remaja dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hasil Uji Contingency Coefficient adalah 0,272 (sedang). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ika (2009), yang menunjukkan pada sebagian

besar kategori pusat pengendali diri, sebagian besar responden lebih banyak yang melakukan perilaku seksual pranikah.

Pusat pengendali diri dari dalam dapat dikatakan lebih baik daripada pusat pengendali diri dari luar, karena memiliki kontrol yang lebih baik terhadap perilaku mereka. Dengan demikian, orang yang memiliki pusat pengendali diri dari dalam dianggap mampu mengendalikan dirinya untuk tidak melakukan perilaku seksual pranikah karena mereka dianggap lebih baik. Orang tersebut akan yakin bahwa usaha mereka akan berhasil. Mereka lebih aktif dalam mencari informasi yang berhubungan dengan keadaan mereka. Akan tetapi orang yang memiliki pusat pengendali diri dari dalam dapat juga tidak sehat atau labil.

Perrone dkk (2004) mengemukakan bahwa individu yang memiliki impulsivitas mampu mengendalikan desakan atau dorongan yang timbul dari dalam diri sehingga remaja yang kontrol dirinya tinggi cenderung mampu menahan diri untuk tidak berperilaku seks bebas. Remaja dengan pemusatan diri yang tinggi akan mampu menekan dorongan seksual yang timbul dengan berkonsentrasi pada hal atau dorongan yang lain.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian dan teori dimungkinkan karena responden dalam penelitian ini, jumlahnya belum berimbang antara remaja awal dan akhir. Menurut Hurlock (2004) semakin cukup umur, seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan berperilaku. Dalam penelitian ini mayoritas adalah tergolong dalam kategori remaja akhir sehingga diharapkan memiliki kematangan dalam berpikir dan berperilaku seksual.

7. Hubungan Religiusitas Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan Religiusitas Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7

Hubungan Religiusitas Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Religiusitas Remaja		Total	P value
		Baik	Kurang		
1.	Melakukan	94	6	145	0,032
2.	Tidak Melakukan	45	0		
	Total	139	6		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,032$ pada $\alpha 0,05$ ($p = 0,032 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara religiusitas remaja dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hasil Uji Contingency Coefficient adalah 0,138 (lemah). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Anggia Putri (2012), ini membuktikan adanya hubungan antarkepercayaan beribadah dengan perilaku seks remaja.

Pemahaman dan penghayatan nilai-nilai keagamaan sangat penting dalam rangka membentengi diri dari perbuatan amoral maupun sebagai pengejawantahan penghayatan

nilai-nilai agama yang diyakini. Remaja yang memiliki penghayatan kuat tentang nilai-nilai keagamaan dan terintegrasi dengan baik (konsistensi nilai, sikap, perilaku) juga cenderung mampu menampilkan perilaku seksual yang selaras dengan nilai yang diyakininya. Ia akan menghindari perbuatan yang tidak bermartabat, imoral, dan perilaku sexbebas. Menurut penelitian yang dilakukan Samino (2012), membuktikan adanya hubungan bermakna antara perilaku seksual dengan tingkat religiusitas.

Menurut Gusmian (2006) *cit* Samino (2012), salah satu faktor penting yang mempengaruhi perilaku seksual remaja, berasal dari dalam diri sendiri, salah satunya tingkat pemahaman terhadap keyakinan yang dianut/ agamanya. Pemahaman terhadap apa yang diajarkan agama dan diamalkan sesuai petunjuknya akan mempengaruhi perilaku sex remaja yang menyimpang. Pemahaman agama rendah tentu berdampak pengamalan rendah, hal tersebut berdampak pada perilaku sex yang tidak sehat.

8. Hubungan Aktivitas Sosial Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan Aktivitas Sosial Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah dapat dilihat di tabel 8.

Tabel 8
Hubungan Aktivitas Sosial Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Aktivitas sosial Remaja		Total	P value
		Sosial Baik	Sosial Kurang		
1.	Melakukan	79	21	145	0,074
2.	Tidak Melakukan	41	4		
	Total	120	25		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,074$ pada $\alpha 0,05$ ($p = 0,074 > \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara aktifitas sosial remaja dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ika Dewi (2009), penelitian tersebut menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara aktifitas sosial dengan perilaku seksual pra nikah pada remaja, remaja dengan aktifitas sosial kurang memiliki hasil lebih besar dalam perilaku seksual pra nikah pada remaja.

Hal ini juga berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Antono (2006) yang disimpulkan bahwa responden mahasiswa yang mempunyai aktivitas sosial yang sangat tinggi, mempunyai kemungkinan melakukan hubungan seksual pra-nikah hampir enam kali lebih besar dibandingkan mereka yang aktivitas sosialnya rendah.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian dan teori yang ada dimungkinkan karena rentang usia remaja awal dan akhir yang jumlahnya kurang berimbang, sehingga aktifitas sosial antara usia remaja awal dan akhir pun berbeda dan lingkungan tempat tinggal yang sama-sama di kota sehingga dimungkinkan adanya paparan secara terus menerus dari teknologi maupun media massa dalam melakukan aktifitas social selain itu akses yang lebih mudah.

9. Hubungan Sikap Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan sikap remaja dengan perilaku seksual pranikah dapat dilihat pada tabel 9.

Tabel 9

Hubungan Sikap Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah						
No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Sikap			Total	P value
		Baik	Cukup	Buruk		
1.	Melakukan	30	70	0	145	0,000
2.	Tidak Melakukan	30	14	1		
	Total	60	84	1		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,000$ pada alpha $0,05$ ($p = 0,000 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara sikap remaja dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Dengan hasil Uji Contingency Coefficient $0,351$ (sedang).

Menurut Notoadmodjo (2007), komponen kognitif (pengetahuan) sangat berperan dalam pembentukan sikap seseorang. Komponen kognitif ini juga merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap. Dalam rangka membentuk maupun merubah sikap seseorang perlu upaya peningkatan pengetahuan melalui proses belajar dan sikap dapat dibentuk melalui proses belajar dengan memberi materi yang sesuai, memberikan model yang ingin dijelaskan serta memberikan pengertian melalui pengalaman-pengalaman. Dalam penelitian ini pengetahuan responden dilihat dari tingkat pendidikannya mayoritas adalah di bangku kuliah sehingga dapat mempunyai sikap yang lebih baik.

10. Hubungan Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan peran keluarga dengan perilaku seksual pranikah dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10

Hubungan Peran Keluarga Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah					
No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Peran Keluarga		Total	P value
		Ada	Tidak Ada		
1.	Melakukan	46	54	145	0,006
2.	Tidak Melakukan	25	20		
	Total	74	71		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,006$ pada alpha $0,05$ ($p = 0,006 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara peran keluarga dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Hasil Contingency Coefficient $0,287$ (sedang). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggia Putri (2012) yang menyatakan bahwa semakin tinggi peran orangtua pada remaja, maka perilaku seks pranikah remaja semakin baik dan sebaliknya. Orang tua adalah tokoh penting dalam perkembangan identitas remaja. Orang tua dapat membangun hubungan dan merupakan sistem dukungan ketika remaja

menjajakis suatu dunia sosial yang lebih luas dan lebih kompleks. Apabila orang tua merasa memiliki pengetahuan yang cukup mendalam tentang kesehatan reproduksi, remaja lebih yakin dan tidak merasa canggung untuk membicarakan topik yang berhubungan dengan masalah seks pranikah.

Dalam penelitian ini, remaja yang tinggal dengan orang tua adalah 44,8 % dan kos 49 %, sehingga dimungkinkan hal ini mempengaruhi peranan orangtua dalam melakukan pengawasan karena remaja yang tinggal bersama orang tua akan lebih mudah dipantau atau dilakukan pengawasan dalam perilaku seksual.

11. Hubungan Sosial Budaya dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan sosial budaya dengan perilaku seksual pranikah dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11
Hubungan Sosial Budaya Remaja dengan Perilaku Seksual Pranikah

	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Sosial Budaya Remaja		Total	P value
		Baik	Kurang		
1.	Melakukan	80	20	145	0,016
2.	Tidak Melakukan	43	2		
	Total	123	22		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,016$ pada $\alpha 0,05$ ($p = 0,016 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara sosial budaya dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Contingency Coefficient 0,197 (lemah). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggia Putri (2012) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara sosial budaya terhadap seks dengan perilaku seksual yang akan dilakukannya.

Menurut Hari Wijaya (2004) kebudayaan merupakan unsur pengorganisasian antara individu dan membentuknya menjadi satu kelompok dalam rangka mempertahankan eksistensi manusia di dalam lingkungan hidupnya. Kebudayaan juga dimaknai sebagai hasil cipta, rasa, dan karsa manusia dalam satu komunitas dalam rangka adaptasi diri individu dan kelompoknya agar tetap bertahan hidup (*survive*) dan memiliki kualitas terbaik sesuai dengan pandangan hidup dan pengalamannya. Kebudayaan berarti terkait dengan komunitas dan identitas sosial seperti Sunda, Batak, Bali, dan Jawa.

Dalam penelitian ini, responden yang terlibat rata-rata berasal dari suku Jawa akan tetapi berasal dari beberapa kota dari Indonesia sehingga sosial budaya yang ditunjukkan sebagai suku Jawa dimungkinkan tidak jauh berbeda namun karena berasal dari beberapa kota sehingga sosial budaya yang ditunjukkan dimungkinkan bisa berbeda karena adanya pengaruh lingkungan, hal inilah yang dimungkinkan hasil penelitian ini terdapat hubungan namun dengan uji Contingency Coefficient 0,197 (lemah).

12. Hubungan Penggunaan Teknologi dengan Perilaku Seksual Pranikah

Hubungan penggunaan teknologi dengan perilaku seksual pranikah dapat dilihat di tabel 12.

Tabel 12
Hubungan Penggunaan Teknologi dengan Perilaku Seksual Pranikah

No	Perilaku Seksual Pranikah Remaja	Penggunaan teknologi		Total	P value
		Ya	Tidak		
1.	Melakukan	89	11	145	0,034
2.	Tidak Melakukan	39	6		
	Total	128	17		

Pada tabel di atas sesuai dengan hasil Uji korelasi Chi-Square diperoleh nilai $p = 0,034$ pada alpha $0,05$ ($p = 0,034 < \alpha 0,05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara penggunaan teknologi dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Contingency Coefficient $0,686$ (kuat). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggia Putri (2012) hasil tersebut dinyatakan bahwa semakin sedikit sumber informasi yang diperoleh remaja tentang seks pranikah, maka perilaku seks pranikah remaja semakin baik dan sebaliknya.

Hasil penelitian yang dikutip Samino (2012) oleh Jurnal Dunia Kesmas Volume 1. Nomor 4. Oktober 2012, menyatakan ada hubungan antara keterpaparan media pornografi dengan perilaku sexremaja/ pranikah. Menurut remaja laki-laki yang sudah pernah berhubungan sex, salah satu faktor yang menyebabkan mereka melakukannya adalah karena pengaruh menonton film porno (BKKBN, 2004). Tahun 2005-2006 BKKBN melakukan penelitian ulang di kota-kota besar mulai Jabotabek, Medan, Jakarta, Bandung, Surabaya, dan Makassar, masih berkisar $47,6\%$ remaja mengaku melakukan hubungan sex sebelum menikah (BKKBN, 2010).

Penelitian ini, menunjukkan bahwa semakin banyak terpapar dengan teknologi maka prosentase melakukan hubungan seksual lebih besar, karena dimungkinkan ketika remaja banyak terpapar teknologi maka paparan atau akses terhadap media pornografi akan lebih cepat. Bila remaja terus-menerus terpapar oleh media pornografi, sangat mungkin ia akan terdorong untuk melakukan hubungan sex pada usia terlalu dini, di luar ikatan pernikahan. Apalagi pornografi umumnya tidak mengajarkan corak hubungan sex yang sehat, sehingga potensial mendorong perilaku sex bebas.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian dan analisa data serta pembahasan didapatkan kesimpulan yaitu: 1). adanya hubungan antara usia, jenis kelamin, pendidikan, pengendalian diri, religiusitas, sikap, peran keluarga, sosial budaya dan penggunaan teknologi terhadap perilaku seksual pra nikah pada remaja; 2). Tidak ada hubungan antara tempat tinggal, pengetahuan dan aktifitas sosial terhadap perilaku seksual pra nikah pada remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggia Putri. (2002). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Seks Pranikah Pada Remaja SMA Di Rengat Kabupaten Indragiri Hulu*. Tesis. Universitas Riau.
- Antono. (2006). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan Dan Layanan Kesehatan Seksual Dan*

- Reproduksi. *Makara, Kesehatan*, Vol. 10, No. 1, Juni 2006: 29-40. Retrieved from: <http://makarakesehatan>. Downloaded on 18 Juli 2013
- BKKBN. (2010). *BKKBN : 51 Persen Remaja Jadabotabek Tidak Perawan*. Retrieved from: <http://berita.liputan6.com>. Downloaded on 18 Juli 2013
- Badan Pusat Statistik. (2003). *Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia*. Jakarta: BKKBN
- Damanik, Hotmelia. (2012). *Pengaruh Paparan Media Internet dan Teman Sebaya Terhadap Perilaku Seks Bebas Pada Remaja SMA XYZ tahun 2012*. Tesis. Program Studi Magister FKM USU Medan.
- Griffin. (2003). *A First Look At Communication Theory*. New York : McGraw-Hill
- Hariwijaya. (2004). *Seks Jawa Klasik*. Yogyakarta: Niagara Pustaka Sufi.
- Hurlock & Elisabet B. (2007). *Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga
- Hurlock, E. B. (2004). *Adolescent Development*, Fourth Edition. Tokyo: Mc Graw- Hill.
- Ika, Dewi. (2009). *Pengaruh Faktor Personal dan Lingkungan terhadap Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di SMA Negeri 1 Baturraden dan SMA Negeri 1 Purwokerto*. Tesis. Universitas Diponegoro
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo . (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Perrone, D., Sullivan, C.J., Pratt, T.C., & Margaryan, S. (2004). Parental Efficacy, Self-Control, and Delinquency: A Test of a General Theory of Crime on a Nationally Representative Sample of Youth. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 48(3). 298-312. Downloaded on : 19 Juli 2013.
- Samino. (2012). *Analisis Perilaku Sex Remaja Sman 14Bandarlampung 2011*. Jurnal Dunia Kesmas Volume 1. Nomor 4. Oktober 2012.
- Sarwono, Sarlito. (2005). *Psikologi Remaja*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Soekanto, S. (1990). *Sosiologi Keluarga tentang Ikhwal Keluarga, Remaja, dan Anak*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Suara, Mahyar. (2011). *Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Remaja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wilayah Jakarta Timur*. Tesis. Program Pasca Sarjana. Universitas Respati Indonesia.

JUDUL	Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Imunisasi DPT dengan Penanganan Demam Pasca Imunisasi DPT pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu
PRESENTER	Yulmira Maria Tisel
AUTHOR (S)	Yumira Maria Tisel, Sulistiyawati, Anida
INSTITUSI	STIKes Wira Husada Yogyakarta

ABSTRACT

One of the Millenium Development Goal's is to reduce infant mortality and under-five mortality by immunization. One type of immunization that may be given to infants aged 2-11 months is a DPT immunization. East Nusa Tenggara province in 2011 based health profile data there are some diseases that can be prevented by immunization including 2 cases of tetanus, and measles were 169 cases. DPT immunization in infants may occur side effects such as fever.

This study was conducted in the village health center Manumutin Haliwen Belu against 95 respondents with proportionate stratified random sampling technique, the cross-sectional approach. Bivariate correlation analysis using Chi-Square test.

Results showed mothers' knowledge of DPT immunization in enough categories 46.3%. Handling fever post DPT immunization in infants showed 61.1% in the right category. Results of statistical tests known value of X^2 count of 30.197 with a significance value of 0.000.

There is significant correlation between mothers' knowledge of DPT immunization with fever post DPT handling at the community health centers of Haliwen, Belu distric.

Keywords: *maternal knowledge, handling of fever post DPT immunization.*

PENDAHULUAN

Pembangunan milenium atau *Millenium Development Goals(MDGs)* mempunyai delapan tujuan, salah satunya adalah menurunkan angka kematian bayi dan kematian balita. Salah satu cara yang ditempuh untuk dapat mencapai tujuan *MDGs* tersebut adalah dengan pemberian imunisasi¹. Imunisasi merupakan salah satu kegiatan yang mendapatkan prioritas dalam sistem kesehatan nasional yang bertujuan untuk melindungi bayi dan balita dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti *tuberculosis* (TBC), difteri, pertusis, tetanus dan campak.

Jumlah kasus difteri di dunia pada tahun 2012 sebanyak 4.480 kasus, tetanus 4.412 kasus dan pertusis sebanyak 162.047 kasus. Persentase cakupan imunisasi DPT 1 di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 86% sedangkan cakupan DPT 3 sebesar 63%². Persentase imunisasi di Indonesia berdasarkan jenis imunisasi dari yang tertinggi sampai yang terendah yaitu BCG 77,9%, campak 74,4%, polio 4, 66,7%, dan DPT-HB 3, 61,9%. Indonesia pada tahun 2012, ditemukan jumlah kasus difteri 189 kasus, tetanus 158 kasus dan kasus pertusis tidak ada³.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan cakupan imunisasi. Pengetahuan ibu tentang pemberian imunisasi DPT untuk memberikan kekebalan pada anak terhadap penyakit difteri, pertusis dan tetanus yang baik atau cukup meliputi Imunisasi DPT mulai diberikan pada bayi usia 2 bulan dengan penyuntikan pada daerah paha atau lengan atas, serta penanganan efek samping setelah imunisasi seperti pemberian kompres hangat pada anak yang demam dan memberikan pakaian yang tipis akan sangat mempengaruhi sikap ibu dalam memberikan imunisasi DPT pada anaknya dan mempengaruhi tindakan ibu untuk mengatasi demam *pasca*-imunisasi yang

timbul. Pengetahuan ibu yang kurang tentang imunisasi dan vaksinasi seperti anak yang sakit flu tidak boleh diberikan imunisasi, kepercayaan atau anggapan yang salah tentang imunisasi seperti tidak boleh memberikan ASI setelah imunisasi, sesudah imunisasi anak tidak akan tertular penyakit tersebut menjadi faktor ketidaktepatan pemberian imunisasi sesuai jadwalnya⁴.

Pemberian imunisasi DPT dimaksudkan agar dapat memberikan kekebalan pada bayi dan anak terhadap penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Vaksin DPT terdiri dari toxoid difteri, bakteri pertusis dan tetanus toxoid yang terlebih dahulu dilemahkan atau dimatikan sehingga tidak berbahaya jika disuntikan ke dalam tubuh manusia⁵. Efek samping imunisasi adalah gejala yang sering menyertai imunisasi, pemberian imunisasi DPT menimbulkan efek samping ringan seperti terjadi pembengkakan dan nyeri pada tempat penyuntikan serta demam. Efek samping berat bayi menangis hebat karena kesakitan selama kurang lebih 4 jam, kesadaran menurun, terjadi kejang dan *syok*⁴.

Penanganan yang tepat pada bayi atau anak yang mengalami demam *pasca*-imunisasi DPT adalah memberikan pakaian yang tipis, tetap memberikan minum lebih banyak bila masih mendapatkan air susu ibu (ASI) berikan ASI lebih sering, bekas suntikan yang sakit dan bengkak dapat diberikan kompres hangat dan memberikan paracetamol 15mg/KgBB setiap 3-4 jam maksimal 6 kali dalam 24 jam. Penanganan demam *pasca*-imunisasi yang tidak tepat akan mengakibatkan bayi mengalami demam yang lebih lama dan ketakutan pada orangtua untuk melanjutkan pemberian imunisasi DPT ulangan yang dapat berakibat anak rentan terhadap penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Secara tidak langsung akan menyebabkan ketidak lengkapan pemberian imunisasi pada bayi serta tidak tercapainya cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi⁶.

Hasil wawancara dengan ibu-ibu yang memiliki bayi di Kelurahan Manumutin 125 bayi dari 448 bayi yang telah mendapatkan imunisasi DPT terdapat 21 bayi (16,8%) yang mengalami demam setelah imunisasi, 10 orang ibu (47,6%) mengatakan untuk menurunkan bengkak pada bekas suntikan imunisasi diberikan kunyahan daun-daun/buah sirih, 8 orang ibu (38,1%) mengatakan anaknya yang demam tidak dimandikan dan dipakaikan selimut dan jaket serta tidak dibawa keluar dari rumah, 3 orang ibu (14,3%) mengatakan tidak melakukan apa-apa untuk menurunkan demam anaknya. Dari 21 bayi yang demam, 8 orang ibu (38%) yang menolak untuk memberikan imunisasi ulangan pada bayinya di bulan berikutnya karena ibu takut bayinya demam lagi, sedangkan untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit difteri, pertusis dan tetanus bayi memerlukan imunisasi DPT sebanyak 3 kali. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk menganalisis lebih lanjut hubungan pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di puskesmas Haliwen, Kabupaten Belu.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini kuantitatif dengan rancangan observasional analitik menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian observasional analitik adalah melakukan pengamatan langsung kepada responden dengan melakukan penyebaran kuesioner untuk dianalisis⁷. Pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian di mana variabel-pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dan variabel penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen, Kabupaten Belu diamati sekaligus pada waktu yang bersamaan⁸.

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik responden

Tabel 1

Distribusi Frekuensi Karakteristik Respondendi Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu pada Bulan September 2013, (n=95)

No	Karakteristik	F	%
1	Umur		
	< 20 tahun	4,0	4,2
	20-25 tahun	34,0	35,8
	26-30 tahun	51,0	53,7
	>30 tahun	6,0	6,3
2	Pendidikan		
	Tidak Sekolah	0,0	0,0
	SD	31,0	32,6
	SMP	32,0	33,7
	SMA	26,0	27,4
	DIPLOMA	6,0	6,3
3	Jumlah anak yang dimiliki		
	1 orang	26,0	27,4
	2 orang	33,0	34,7
	3 orang	20,0	21,1
	>4 orang	16,0	16,8
4	Umur bayi yang dimiliki		
	2-4 bulan	75,0	79,0
	5-7 bulan	20,0	21,0
	8-10 bulan	0,0	0,0
	>11 bulan	0,0	0,0
5	Status Imunisasi DPT		
	DPT 1	36,0	37,9
	DPT 2	25,0	26,3
	DPT 3	34,0	35,8
	Total	95,0	100,0

Sumber : Data primer 2013

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik responden memiliki umur antara 26-30 tahun yaitu sebanyak 51 orang (53,7%). Karakteristik responden berdasarkan pendidikan diperoleh hasil yaitu sebanyak 32 orang (33,7%) memiliki pendidikan SMP. Karakteristik responden berdasarkan jumlah anak yang dimiliki ibu diperoleh hasil mayoritas responden memiliki anak sebanyak 2 orang yaitu 33 responden (34,7%). Untuk karakteristik umur bayi yang dimiliki responden diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki bayi berumur 2-4 bulan sebanyak 75 orang (79%). Karakteristik responden berdasarkan status imunisasi DPT bayi diperoleh hasil sebagian besar responden memiliki bayi dengan status imunisasi DPT 1 sebanyak 36 orang (37,9%).

2. Pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT

Tabel 2

Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi DPT di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen, Kabupaten Belu pada Bulan September 2013, (n=95)

Pengetahuan	F	%
Baik	34,0	35,8
Cukup	44,0	46,3
Kurang	17,0	17,9
Total	95,0	100,0

Sumber : Data primer, 2013

Berdasarkan Tabel 2, menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT termasuk kategori cukup yaitu sebesar 44 orang (46,3%), kategori baik sebesar 34 orang (35,8%) dan kategori kurang 17 orang (17,9%).

3. Penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT

Tabel 3

Distribusi Frekuensi Penanganan Demam *Pasca*-imunisasi DPT pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen, Kabupaten Belu pada Bulan September 2013 (n=95)

Penanganan Demam	f	%
Tepat	58,0	61,1
Tidak tepat	37,0	38,9
Jumlah	95,0	100,0

Sumber: Data primer 2013

Berdasarkan Tabel 3, diketahui bahwa penanganan demam *pasca*- imunisasi DPT pada bayi di Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu adalah tepat yaitu 58 orang (61,1 %) dan tidak tepat sebesar 37 orang (38,9 %).

4. Hubungan pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Haliwen, Kabupaten Belu.

Tabel 4

Distribusi Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi DPT dengan Penanganan Demam *Pasca*-imunisasi DPT pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu pada bulan September (n=95)

Pengetahuan	Penanganan demam				Total		X ²	Nilai signifikan
	Tepat		Tidak tepat					
	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
Baik	33,0	34,7	1,0	1,1	34,0	35,8	30,197	0,000
Cukup	20,0	21,1	24,0	25,3	44,0	46,3		
Kurang	5,0	5,3	12,0	12,6	17,0	17,9		
Total	58,0	61,1	37,0	38,9	95,0	100,0		

Sumber: Data primer, 2013

Hasil tabulasi silang pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu, pada Tabel 4 analisis dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh nilai signifikan $0,000 < 0,05$ yang berarti $p < 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen.

Nilai *Chi-square*(X^2) hitung 30,197 sedangkan nilai *Chi-Square*(X^2) tabel pada $df = 3-1 \times 1 = 2$, pada taraf signifikan 0,05 adalah 5,591, hal ini berarti bahwa X^2 hitung $> X^2$ tabel maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Puskesmas Haliwen, Kabupaten Belu.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

a. Umur ibu

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui mayoritas responden penelitian memiliki umur 26-30 tahun yaitu sebanyak 51 orang. Hal ini menunjukkan dari segi umur ibu di Kelurahan Manumutin Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu rata-rata usia produktif. Usia produktif merupakan usia seorang perempuan masih bisa memiliki keturunan, dan masih bisa berperan aktif dalam kegiatan program kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas, sehingga lebih banyak menerima informasi terutama tentang kesehatan anak dan ibu.

Usia bisa mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin bertambah dan berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya akan semakin baik⁹.

b. Pendidikan ibu

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui mayoritas pendidikan terakhir ibu yang memiliki bayi usia 2-11 bulan di Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu adalah berpendidikan SMP. Menurut analisis peneliti, pendidikan orang tua khususnya ibu merupakan salah satu faktor yang sangat penting karena semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin tinggi pula dalam hal pengetahuan tentang imunisasi DPT, sikap dan praktik ibu untuk memberikan imunisasi DPT pada bayi serta dapat memberikan penanganan terhadap efek samping yang muncul *pasca*-imunisasi DPT.

Pendidikan merupakan salah satu faktor dalam yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar terjadi perubahan perilaku positif yang baik². Ibu yang berpendidikan akan membawa anaknya untuk diberikan imunisasi sesuai dengan jadwal yang ditentukan sedangkan ibu yang tidak bersekolah pada umumnya tidak membawa anaknya untuk mendapatkan imunisasi sesuai jadwal¹⁰.

c. Jumlah anak yang dimiliki ibu

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh mayoritas jumlah anak yang dimiliki oleh responden di Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu adalah sebanyak 2 orang anak. Menurut analisis peneliti, jumlah anak yang dimiliki ibu lebih dari 1 orang menunjukkan semakin baik pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki ibu tentang imunisasi DPT serta tindakan penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi efek samping yang muncul *pasca*-imunisasi DPT.

Hal ini sama dengan hasil penelitian¹⁰ yang menyimpulkan bahwa ibu dengan jumlah anak dua orang atau diatas dua orang memiliki pengalaman yang baik untuk memberikan imunisasi pada anaknya.

d. Umur bayi

Berdasarkan hasil penelitian, umur bayi yang dimiliki responden di Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu mayoritas berusia 2-4 bulan. Menurut analisis peneliti umur bayi yang dimiliki responden menunjukkan pengetahuan ibu yang baik tentang umur bayi yang tepat untuk pemberian imunisasi DPT.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori, imunisasi DPT diberikan mulai bayi umur 2-11 bulan. Imunisasi DPT tidak boleh diberikan pada bayi dengan umur kurang dari 2 bulan karena respon bayi terhadap pertusis belum optimal sehingga dapat mengakibatkan anak demam tinggi sampai kejang¹¹.

e. Status imunisasi DPT bayi

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa bayi dengan status imunisasi DPT 1 sebanyak 36 orang, status imunisasi DPT 2 sebanyak 25 orang dan status imunisasi DPT 3 sebanyak 34 orang. Menurut analisis peneliti, hal ini menggambarkan status imunisasi DPT 1 lebih mendominasi status imunisasi DPT di Puskesmas Haliwen sesuai dengan mayoritas umur bayi yang dimiliki responden penelitian yaitu usia 2-4 bulan, dan menggambarkan pengetahuan ibu yang baik tentang imunisasi DPT yang akan diperoleh oleh bayi sebanyak tiga kali yang dimulai pada usia bayi 2 bulan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori¹² yaitu frekuensi pemberian imunisasi DPT adalah tiga kali dengan maksud pemberian pertama zat anti terbentuk masih sangat sedikit terhadap vaksin dan mengaktifkan organ-organ tubuh membuat zat anti, pemberian kedua dan ketiga akan terbentuk zat anti yang cukup.

2. Pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT di Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu termasuk dalam kategori cukup. Menurut analisis peneliti hal ini disebabkan karena mayoritas responden memiliki anak lebih dari 1 orang dan berpendidikan SMP memiliki pengalaman yang cukup tentang imunisasi yang didukung dengan adanya informasi tentang imunisasi DPT melalui penyuluhan di posyandu.

Pengetahuan dapat diperoleh baik dari pengalaman langsung maupun pengalaman tidak langsung dari orang lain. Pengalaman adalah guru yang baik, merupakan sumber pengetahuan, pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi dimasa lalu¹³. Pendapat tersebut relevan dengan hasil penelitian ini karena mayoritas responden penelitian memiliki anak lebih dari 1 yang menggambarkan responden telah cukup terpapar informasi tentang imunisasi DPT.

3. Penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu termasuk dalam kategori tepat. Menurut analisis peneliti hal ini sesuai dengan karakteristik responden yang ada, mayoritas responden berpendidikan SMP dan memiliki anak lebih dari 1 orang yang menggambarkan responden sudah memiliki pengetahuan dan pengalaman yang cukup tentang penanganan demam sebagai efek samping dari pemberian imunisasi DPT yang diperoleh dari penyuluhan di posyandu.

Pengetahuan secara garis besar dibagi dalam enam tingkatan, salah satunya adalah aplikasi yaitu kemampuan untuk menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang telah diketahui pada situasi bayi mengalami demam *pasca*-imunisasi DPT ibu bisa memberikan penanganan demam dengan tepat sesuai dengan pengalaman yang diperoleh saat anak yang terdahulu mengalami demam. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan terbagi menjadi dua yaitu faktor dalam dan faktor luar⁹. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan dari luar adalah pengalaman dan penyuluhan, pengalaman memberikan penanganan demam pada bayi *pasca* imunisasi DPT yang dialami anak terdahulu dan penyuluhan tentang imunisasi DPT dan penanganan efek samping imunisasi DPT yang diperoleh dari petugas kesehatan di posyandu. Pendapat tersebut relevan dengan hasil penelitian ini, aplikasi yang dilakukan oleh ibu-ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen adalah penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi berupa mengganti baju dan selimut yang tebal dengan yang tipis saat bayi demam serta tetap memberikan bayi ASI atau lebih dari biasanya.

4. Hubungan pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu.

Hasil korelasi antara pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi dengan menggunakan uji *Chi-Square*, didapatkan nilai *Chi-Square* hitung sebesar 30,197 dan nilai signifikan 0,000 dengan db 2 dan derajat kepercayaan sebesar 5% didapatkan nilai *Chi-Square* tabel sebesar 5,991. Nilai *Chi-square* hitung > nilai *Chi-Square* tabel atau 30,197 > 5,991, maka H_0 ditolak dan H_a diterima atau ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi.

Menurut analisis peneliti, responden dalam penelitian ini mayoritas memiliki anak lebih dari 1 dan berusia 26-30 tahun merupakan usia produktif, pada rentang usia ini seseorang masih bisa berperan aktif dalam mencari dan mempelajari ilmu pengetahuan baik melalui pendidikan formal maupun informal seperti melalui penyuluhan di posyandu. Seseorang yang tergolong usia produktif, pola pikir dan daya tangkapnya masih bisa berkembang dengan baik, sehingga informasi yang diterimanya di posyandu tentang imunisasi DPT dan penanganan efek samping seperti demam *pasca*-imunisasi dapat dipahami dengan baik sehingga di aplikasikan atau dapat diterapkan dengan baik saat mengalami situasi anaknya demam *pasca*-imunisasi DPT.

Pengetahuan ibu yang baik tentang imunisasi DPT mulai dari pengertian, manfaat dan tujuan pemberian imunisasi DPT, tempat dan cara pemberian serta efek samping yang mungkin timbul pada bayi *pasca*-imunisasi DPT akan sangat mempengaruhi tindakan yang diambil ibu untuk menangani demam yang dialami bayinya setelah imunisasi DPT. Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia yang terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya dan pengetahuan itu dapat diperoleh dari pendidikan dan pengalaman yang dimiliki oleh seseorang atau dipelajari dari orang lain disekitarnya¹³. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang pernah dihadapi seperti penanganan demam *pasca*-imunisasi pada bayi.

Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian sebelumnya¹⁴, dalam penelitiannya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dengan penerapan imunisasi pada bayi usia 0-9 bulan di Puskesmas Gamping II Yogyakarta dengan hasil uji analisis *Chi-Square* didapatkan hasil p 0,030 dimana nilai batas signifikansi 0,05 sehingga

penelitian tersebut membuktikan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan penerapan imunisasi pada bayi usia 0-9 bulan. Hasil penelitian sebelumnya¹⁴ menggambarkan bahwa hubungan individu dengan lingkungan sosial saling mempengaruhi dalam interaksi perilaku kesehatan. Salah satu penyebab interaksi tersebut adalah kebiasaan tiap keluarga menghadapi masalah kesehatan seperti anak sebelumnya mendapatkan imunisasi dan ibu merasakan manfaatnya sangat besar terhadap kesehatan anak maka anak selanjutnya akan diimunisasi pula.

KESIMPULAN

1. Ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT dengan penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu.
2. Ibu-ibu di posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu mayoritas berusia 26-30 tahun sebanyak 53,7%, dengan pendidikan SMP sebanyak 33,7%, jumlah anak yang dimiliki responden 2 orang sebanyak 34,7%, mayoritas bayi berumur 2-4 bulan sebanyak 79%, dan status imunisasi DPT 1 sebanyak 37,9%, DPT 2 sebanyak 26,3 %, DPT 3 sebanyak 35,8%.
3. Ibu-ibu di posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu mempunyai pengetahuan tentang imunisasi DPT termasuk kategori cukup yaitu sebesar 46,3%.
4. Penanganan demam *pasca*-imunisasi DPT pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Haliwen Kabupaten Belu yang dilakukan ibu-ibu di posyandu termasuk dalam kategori tepat yaitu sebesar 61,1%.

JUDUL	Cara Hidup Keluarga Terhadap Perkembangan Moral Anak Remaja (Studi pada keluarga Nelayan dan Petani Kecil)
PRESENTER AUTHOR (S)	Sunanita Sunanita, Dyah Pitaloka
INSTITUSI	STIKes Nahdatul Ulama Tuban

ABSTRAK

Petani kecil dan nelayan kecil merupakan pekerjaan yang hasil dan pengolahannya tergantung dengan alam dan memiliki kehidupan sosial ekonomi yang sulit. Perkembangan moral remaja tidak secara langsung dipengaruhi oleh tingkat ekonomi keluarga, melainkan dipengaruhi oleh cara hidup keluarga sebagai suatu sistem yang meliputi sistem peran orang tua dan relasi anak-orang tua dalam bentuk pola asuh orang tua yang diterima anak.

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh cara hidup keluarga terhadap perkembangan moral anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil. Jenis penelitian adalah kuantitatif-kualitatif dan rancang bangun adalah observasional dengan pendekatan waktu *cross-sectional study*. Lokasi penelitian di Kabupaten Tuban Jatim, yaitu di Desa Sumberjo Kecamatan Merakurak dan Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Tuban. Populasi pada penelitian ini adalah keluarga petani dan nelayan kecil yang sesuai dengan kriteria inklusi, teknik pengambilan sampel adalah random sampling, didapatkan 66 keluarga nelayan dan keluarga petani kecil. Analisis menggunakan uji regresi logistik dengan menggunakan SPSS.

Hasil penelitian didapatkan faktor penentu perkembangan moral remaja pada keluarga nelayan dan petani kecil adalah peran ayah, pada nelayan kecil didapatkan $B = -2,838$ $p=0,031$, $\alpha=0,05$ dan nilai Eksp $B = 0,059$, artinya apabila peningkatan nilai peran ayah 1 point, maka perkembangan moral remaja meningkat 0,059.

Talcott-Parson menyatakan ayah mempunyai peran instrumental yaitu membawa pengaruh dari masyarakat kedalam keluarga dan keluarga dalam masyarakat. Kedisiplinan yang diterapkan oleh ayah dalam perannya sangat penting bagi remaja, namun kasih sayang orang tua lebih berarti bagi perkembangan moral remaja.

Kata kunci: cara hidup keluarga, perkembangan moral, remaja, petani kecil, nelayan kecil.

ABSTRACT

The moral development of the teenage was not conducted by socioeconomic level of family but by way of life of the family's. The study aims at the effect the family's way of life among peasants and fishermen on the moral development of the teenage. The study was collected by quantitative-qualitative methode with the cross sectional by design. Research conducted at district of Tuban, East Java. Study samples were 33 fishermen's families and 33 peasant's families, with kind of father, mother and teenage which fits the inclusion creation for quantitative methode and 6 families for qualitative methode. The result of the study found factor on moral development of the teenage in the fishermen's and the peasant's families are roles of the father with p value = 0,031 and $\alpha = 0,05$. The suggestions from the study is supposed to be the role of the father is also supported by the role of the mother in order to positively impact by teenage moral development's for the welfare of the family. Hence affection from a father who disciplined seemed to produce guilt in his teenage. The importance of father's dominance in promoting moral development in teenage by suggesting that is significant if accompanied by affection.

Keywords: *the family's way of life, teenage moral development, role of the father, peasants and fishermen.*

PENDAHULUAN

Menurut Rice (1993) remaja pada masanya berusaha untuk melepaskan diri dari lingkungan orang tua dengan maksud untuk menemukan dirinya. Orang tua sering tidak mengerti mengapa anaknya melakukan tindakan tidak seperti yang diharapkan oleh orang tua, sehingga perselisihan paham sering terjadi.

Menurut Notosoedirdjo (2011) karakter dan kepribadian, nilai dan norma serta moral anak dibentuk oleh keluarga. Segenap perilaku seseorang merupakan manifestasi dari suatu keluarga. Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Dalam keluarga seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai, pola pemikiran, dan kebiasaannya. Keluarga juga berfungsi sebagai seleksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya.

Menurut Sri Lestari (2012) keluarga merupakan forum pendidikan yang pertama dan utama dalam sejarah hidup anak yang menjadi dasar penting dalam pembentukan moral, sehingga ketersediaan waktu secara kuantitas maupun kualitas dalam berinteraksi antar anggota keluarga sangat penting.

Cara hidup keluarga sebagai suatu sistem merupakan fungsi dari semua subsistem dalam keluarga yang saling berkaitan (Friedman, 2002). Keluarga sebagai suatu sistem terdiri dari empat subsistem. Subsistem pertama adalah peran orang tua, kedua subsistem relasi ayah dan ibu, ketiga subsistem relasi anak dan saudaranya serta keempat subsistem anak dan orang tua dalam bentuk pola asuh yang diterima anak.

Pada subsistem relasi antara kedua orang tua, keluarga nelayan kemungkinan mempunyai waktu bertemu antara suami dan isteri yang cenderung bersalipan antara waktu kerja-istirahat suami dan waktu istirahat-kerja isteri. Pada petani isteri kemungkinan lebih banyak bertemu dengan suami karena biasanya isteri bersama-sama dengan suami mengolah sawah ladang. Hal ini kemungkinan secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap pola interaksinya. Petani dan nelayan kecil merupakan pekerjaan yang hasil dan pengolahannya tergantung dengan alam dan cenderung memiliki kehidupan sosial ekonomi yang sulit. Kompleksitas masalah kemiskinan akan berdampak terhadap keluarga sebagai suatu sistem (Iriani, 2004).

Keluarga dengan anak remaja memiliki keunikan tersendiri, menurut Hurlock (1980) pada masa remaja umumnya remaja memandang kehidupan sesuai dengan sudut pandangnya sendiri, dan belum tentu sesuai dengan pandangan orang lain dan kenyataan.

Degradasi moral remaja semakin menunjukkan keprihatinan. Seperti yang dilaporkan oleh Sat Reskrim Polres Tuban bahwa data anak yang terlibat tindak pidana tahun 2010-2011 menunjukkan angka rata-rata meningkat pada setiap kasus, kasus pencurian dari 8 kasus meningkat menjadi 12 kasus, pemerkosaan/ zina dari 2 kasus menjadi 6 kasus, demikian pula kasus-kasus lain seperti penganiayaan, pengroyokan, cabul, curanmor (pencurian sepeda motor), pemerasan dan sajam (penggunaan senjata tajam). Menurut Kani Reskrim, sebagian besar dilakukan oleh remaja yang berasal dari daerah nelayan atau pesisir dengan keluarga sosial ekonomi rendah. Hal ini sangat memprihantinkan dari segi perkembangan moral anak, yang akan menjadi generasi penerus bangsa.

Sarwono (2012) mengatakan inti dari tugas perkembangan seseorang dalam periode remaja awal dan menengah adalah memperjuangkan kebebasan. Hal inilah yang memicu terjadinya konflik antara remaja dan orang tua. Konflik yang terjadi antara anak dan orang tua mengakibatkan respek anak terhadap orang tua menjadi turun, dan mereka cenderung berani untuk menentang orang tuanya. Berdasarkan hasil studi

pendahuluan terhadap 48 remaja di daerah pesisir di Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Tuban Kabupaten Tuban 20 remaja menyatakan hampir sering pendapatnya tidak sesuai dengan orang tua dan menyatakan orang tua kurang memahami maksud pendapatnya terutama tentang teman bergaul. Sebanyak 18 orang mengakui sering tidak patuh bila dinasehati orang tua dan dua masalah yang paling sering menjadi penyebab perselisihan remaja dan orang tua adalah masalah kesopanan atau tata krama dan dalam memilih teman bergaul. Terhadap 48 remaja di daerah pertanian di Desa Sumberjo Kecamatan Merak Urak Kabupaten Tuban, 15 remaja mengatakan hampir sering merasa terpaksa menuruti orang tua dan 20 remaja mengatakan menuruti orang tua karena takut dimarahi.

Perselisihan yang terjadi antara remaja dan orang tua juga disebabkan kemungkinan karena sistem pola pengasuhan dan peran orang tua yang kurang bisa diterima oleh anak, sehingga kemungkinan anak merasa tidak puas dan memilih caranya sendiri. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis pengaruh cara hidup keluarga terhadap perkembangan moral anak remaja pada keluarga nelayan dan petani kecil melalui metode kuantitatif dan kualitatif.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dan kualitatif dan rancang bangun penelitian adalah observasional dengan pendekatan waktu *cross sectional study*. Lokasi penelitian ini berada di Desa Sumberjo Kecamatan Merak Urak (untuk petani kecil) dan Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Tuban Kabupaten Tuban (Untuk nelayan kecil). Populasi pada penelitian ini adalah keluarga nelayan dan petani kecil yang sesuai dengan kriteria inklusi. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 66 keluarga nelayan dan petani kecil masing-masing 33 keluarga yang dilakukan secara random sampling untuk metode kuantitative. Besar sampel untuk metode kualitatif sebanyak 6 keluarga petani kecil dan nelayan kecil ditambah kader dan kamituwo. Pengaruh cara hidup keluarga terhadap perkembangan moral remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil dilakukan dengan uji regresi logistik untuk analisa secara kuantitatif, setelah itu dilakukan pengumpulan data secara kualitatif melalui FGD untuk mendapatkan opini masyarakat tentang pengaruh cara hidup keluarga terhadap perkembangan moral remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi sub sistem peran orang tua yaitu peran ayah pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Peran Ayah	Petani Kecil	Nelayan Kecil
	(n = 33)	(n = 33)
Normal	23 (69,70)	25 (75,76)
Sangat Baik	10 (30,30)	8 (24,24)

Berdasarkan tabel 1 di atas tidak terdapat satu pun peran ayah dengan kategori kurang pada kelompok petani kecil, kategori sangat baik berjumlah 10 orang (30,30%) lebih tinggi daripada kelompok nelayan kecil berjumlah 8 orang (24,24%).

Tabel 2. Distribusi sub sistem peran orang tua yaitu peran ibu pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Peran Ibu	Petani Kecil	Nelayan Kecil
	(n = 33)	(n = 33)
Kurang	1 (3,03)	1 (3,03)
Normal	18 (54,55)	19 (57,58)
Sangat Baik	14 (42,42)	13 (40,49)

Berdasarkan tabel 2. Di atas peran ibu dengan kategori sangat baik lebih banyak yaitu 14 orang (42,42%) pada petani kecil daripada pada kelompok nelayan kecil berjumlah 13 orang (40,49%), sedangkan peran ibu kategori kurang sebagian kecil pada kedua kelompok pada petani kecil dan nelayan kecil masing-masing berjumlah 1 orang.

Hasil wawancara mendalam dari faktor penguat peran ayah dan ibu :

“Membenahi Keluarga, memperingatkan anak bila tidak sesuai dengan aturan.”

“Memperingatkan dengan halus terlebih dahulu, menanyakan, bila tidak bisa diperingatkan ya dikeras.”

“Menjaga pergaulan anak, harus tahu siapa teman bergaulnya.”

“Mendidik anak tidak terlalu dibebaskan dan juga tidak dibiarkan, diulur tetapi juga ditarik.”

“Peran ibu adalah menjadi ibu yang baik, sabar, merawat anak dan suami, tidak pernah bertengkar.”

“Peran bapak adalah sebagai kepala keluarga harus mencukupi kebutuhan keluarganya sesuai dengan kemampuannya.”

“Orang tua seharusnya membangun komunikasi dengan anak, selama ini ibu hanya sibuk berjualan dan bapak ke laut maka anak dibiarkan.”

Tabel 3. Distribusi sub sistem anak-orang tua yaitu pola asuh ayah yang diterima anak pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Pola asuh Ayah	Petani Kecil	Nelayan Kecil
	(n = 33)	(n = 33)
<i>Autoritarian</i>	2 (6,06)	7 (21,21)
<i>Rejecting-Neglecting</i>	3 (9,09)	1 (3,03)
<i>Permissive</i>	2 (6,06)	0 (0,00)
<i>Autoritative</i>	26 (77,79)	25 (75,76)

Berdasarkan tabel 3 di atas pola asuh ayah yang diterima anak hampir semuanya adalah *Autoritative* pada kedua kelompok petani dan nelayan kecil, sebagian kecil pada pola asuh *rejecting-neglecting* yaitu masing-masing 3 orang pada petani kecil dan satu orang pada nelayan kecil.

Tabel 4. Distribusi sub sistem anak-orang tua yaitu pola asuh ibu yang diterima anak pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Pola asuh Ibu	Petani Kecil	Nelayan Kecil
	(n = 33)	(n = 33)
<i>Autoritarian</i>	2 (6,06)	5 (15,15)
<i>Rejecting-Neglecting</i>	3 (9,09)	3 (9,09)
<i>Permissive</i>	2 (6,06)	3 (9,09)
<i>Autoritative</i>	26(77,79)	22 (65,67)

Berdasarkan tabel 4 di atas pola asuh ibu yang diterima anak hampir semuanya *authoritative* pada kedua kelompok, masing-masing 26 orang pada petani kecil dan 22 orang pada nelayan kecil. Sebagian kecil *rejecting-neglecting* masing-masing 3 orang pada kedua kelompok.

Tabel 5. Perkembangan Moral Remaja

Perkembangan Moral Remaja	Petani kecil (n= 33)	Nelayan kecil (n= 33)
Stage 3	6 (18,18%)	4 (12,12%)
Stage 4	19 (57,58%)	21 (63,64%)
Stage 5	8 (24,24%)	8 (24,24%)
Total	33 (100%)	33 (100%)

Berdasarkan tabel 5 didapatkan sebagian besar perkembangan moral remaja berada pada stage 4 pada kedua kelompok petani kecil yaitu 19 orang (57,58%) dan nelayan kecil yaitu 21 orang (63,64%).

Hasil Uji Mann Whitney didapatkan $Z = -0,368$ $p = 0,713$, dimana $p > 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak terdapat perbedaan perkembangan moral anak remaja total dari antara kelompok petani kecil maupun nelayan kecil.

Tabel 6. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Jenis Kelamin	Petani kecil (n = 33)	Nelayan kecil (n = 33)
Laki-laki	17 (51,52%)	17 (51,52%)
Perempuan	16 (48,48%)	16 (48,48%)
Total	33 (100%)	33 (100%)

Uji beda dengan menggunakan Chi-Square didapatkan nilai $\chi^2 = -0,000$ $p = 1$, $\alpha = 0,005$, $p > 0,05$, maka tidak ada perbedaan jenis kelamin anak remaja antara kelompok petani kecil dan nelayan kecil.

Tabel 7. Distribusi responden berdasarkan usia anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Usia anak Remaja	Petani kecil (n = 33)	Nelayan kecil (n = 33)
12-14	7 (21,21%)	11 (33,33%)
15-17	17 (51,52%)	15 (45,46%)
18-20	9 (27,27%)	7 (21,21%)
Total	33 (100%)	33 (100%)

Berdasarkan tabel 7 rata-rata usia anak remaja pada kelompok petani kecil adalah 16,18 tahun dengan standar deviasi 2,15 tahun, rata-rata \pm standar deviasi adalah 14,03 – 18,33 tahun, usia maximum 20 tahun dan usia minimum adalah 13 tahun. Rata-rata usia anak remaja pada kelompok nelayan kecil adalah 15,66 tahun dengan standar deviasi 2,16 tahun, rata-rata \pm standar deviasi adalah 13,5 – 17,92 tahun, usia maximum 20 tahun dan usia minimum adalah 13 tahun. Berdasarkan uji beda dengan menggunakan Mann Whitney didapatkan $p=0,304$, $\alpha=0,005$, $p>0,05$, maka tidak ada perbedaan usia anak remaja antara kelompok petani kecil dan nelayan kecil.

Tabel 8. Distribusi responden berdasarkan pendidikan anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Pendidikan anak remaja	Petani kecil (n = 33)	Nelayan kecil (n = 33)
SMP	21 (63,64%)	24 (72,73%)
SMA	12 (36,36%)	9 (27,27%)
Total	33 (100%)	33 (50%)

Uji beda dengan menggunakan Mann Whitney didapatkan $p=0,431$, $\alpha=0,005$, $p>0,05$, maka tidak ada perbedaan pendidikan anak remaja antara kelompok petani kecil dan nelayan kecil.

Tabel 9. Distribusi responden berdasarkan kecerdasan emosi anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Kecerdasan Emosi	Petani kecil (n = 33)	Nelayan kecil (n = 33)
Kurang	1 (3,03%)	0 (0%)
Sedang	17 (51,52%)	17 (51,52%)
Tinggi	15 (45,45%)	16 (48,48%)
Total	33 (100%)	33 (100%)

Uji beda dengan menggunakan Mann Whitney pada kecerdasan emosi anak remaja, pada kecerdasan emosi didapatkan nilai $p=0,713$, $\alpha=0,005$, $p>0,05$, maka tidak ada perbedaan kecerdasan emosi pada kelompok petani kecil dan nelayan kecil.

Tabel 10. Distribusi responden berdasarkan kecerdasan sosial anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Kecerdasan Sosial	Petani kecil (n = 33)	Nelayan kecil (n = 33)
Kurang	1 (3,03%)	0 (0%)
Sedang	8 (24,24%)	18 (54,55%)
Tinggi	24 (72,73%)	15 (45,45%)
Total	33 (100%)	33 (100%)

Uji beda kecerdasan sosial anak remaja dengan menggunakan Mann Whitney didapatkan nilai $p=0,037$, $\alpha=0,005$, $p<0,05$, maka terdapat perbedaan kecerdasan sosial diantara kelompok petani kecil dan nelayan kecil dimana petani kecil lebih tinggi daripada nelayan kecil.

Tabel 11. Distribusi responden berdasarkan faktor lingkungan masyarakat anak remaja pada keluarga petani dan nelayan kecil.

Lingkungan Masyarakat	Petani kecil (n = 33)	Nelayan kecil (n = 33)
Buruk	13 (39,39%)	11 (33,33%)
Baik	20 (60,61%)	22 (66,67%)
Total	33 (100%)	33 (100%)

Berdasarkan tabel 11 di atas didapatkan faktor lingkungan masyarakat berpengaruh buruk pada petani kecil lebih banyak yaitu 13 (54,2%) daripada kelompok nelayan kecil sebanyak 11 (45,8%).

Hasil wawancara mendalam dengan peserta FGD terhadap pengertian moral remaja :
 “Akhlik, kesopanan, budipekerti, keluakuan yang baik dan berasal dari hati.”

“Sikap yang berasal dari pikiran.”

“Hukum atau aturan, saling menghormati, menyayangi.”

“Budipekerti yang tumbuh dari hati nurani.”

“Saling membantu, kasih sayang dan tumbuh dari hati.”

Hasil wawancara mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi moral remaja:

“Peran dan akhlak orang tua.”

“Lingkungan tempat tinggal.”

“Lingkungan, tapi dibenahi dirinya dulu.”

“Pengaruh dari lingkungan terutama teman.”

Hasil wawancara mendalam tentang bagaimana cara membangun moral remaja berdasarkan hasil FGD:

“Mendidik anak tidak hanya dengan mendewakan ilmu pengetahuan tetapi lupa pada Tuhan, tetapi mendidik anak yang mempunyai rasa takut pada Allah SWT, jangan sampai dengan orang lain hormat tetapi dengan orang tua sendiri tidak hormat.”

“Caranya dekat dengan ulama dan Kyai, membangun akhlak terhadap orang-orang tua, memperbaiki masyarakat.”

Hubungan antara faktor internal dan eksternal remaja dengan perkembangan moral remaja, terdapat hubungan antara umur dengan perkembangan moral remaja yaitu semakin tinggi umur semakin tinggi pula perkembangan moral remaja $p=0,000$, dan terdapat hubungan antara pendidikan dan perkembangan moral remaja, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula tingkat perkembangan moral remaja, $p=0,000$.

Berdasarkan hasil *variable in equation* dalam uji regresi logistik, maka variabel yang merupakan faktor penentu perkembangan moral remaja di keluarga nelayan yaitu peran ayah didapatkan nilai $B = -2,838$ $p=0,031$ dan nilai Eksp $B = 0,059$, artinya apabila ada peningkatan nilai peran ayah 1 point saja, maka perkembangan moral remaja akan meningkat 0,059. Berdasarkan hasil *variables in equation* dalam uji regresi logistik, maka tidak satupun faktor yang signifikan terhadap perkembangan moral remaja pada keluarga petani, namun apabila dilihat nilai signifikansi maka yang paling berpengaruh adalah peran ayah.

Hasil FGD terhadap usulan peserta untuk desa/ kelurahan membina moral anak remaja.

“Memperbaiki keluarga sendiri dengan memperhatikan anak.”

“Sekolah-sekolah TPA di desa hendaknya tidak hanya mengajarkan ngaji supaya bisa ngaji saja, tetapi diajarkan menerapkan sopan santun dan tata krama terutama pada orang tua.”

“Sebaiknya ada pengajian-pengajian yang membahas tentang akhlak remaja.”

“Pengajian khusus anak remaja, tidak hanya untuk bapak dan ibu-ibu, yang membahas tentang akhlak.”

“PKK sebaiknya diisi dengan keterampilan mendidik anak terutama remaja, supaya ibu-ibu mengerti dan mengetahui apa sebenarnya kebutuhan anak remajanya.”

“PKK sebaiknya jangan hanya sekedar arisan saja tetapi ada keterampilan bagaimana menjadikan keluarga yang cerdas, beriman dan bertaqwa.”

“Memang selama ini acara dalam kegiatan PKK adalah arisan dan penarikan iuran rutin, bila ada yang disampaikan oleh ketua PKK RT biasanya hanya pemberitahuan kegiatan rutin PKK di RW atau kelurahan/ desa, kegiatan rutin itu tidak pernah membahas tentang bagaimana keterampilan membina keluarga dengan anak remaja.”

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil *variables in equation* dalam uji regresi logistik, maka tidak satupun faktor yang signifikan terhadap perkembangan moral remaja pada keluarga petani, namun apabila dilihat nilai signifikansi maka yang paling berpengaruh adalah peran ayah.

Analisis terhadap pengaruh cara hidup keluarga terhadap perkembangan moral anak remaja pada keluarga nelayan dan petani kecil, berdasarkan uji regresi logistik faktor yang paling berpengaruh adalah peran ayah. Keluarga sebagai suatu sistem yang beroperasi melalui pola transaksi pada setiap subsistem yang membentuknya, pengulangan transaksi membentuk pola bagaimana, kapan dan dengan siapa berelasi, dan pola tersebut mendukung sistem yang disebut cara hidup keluarga.

Peran ayah sebagai faktor yang paling berpengaruh terhadap perkembangan moral remaja sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Wolfgang Lederer (1964) dalam Lynn D.B (1974) dikatakan secara teoritis diasumsikan bahwa ayah memiliki pengaruh yang lebih besar daripada ibu dalam perkembangan moral anak. Peran ayah dan ibu memiliki peran yang besar dalam perkembangan moralitas anak namun beberapa studi

menjelaskan bahwa hubungan ayah-anak menunjukkan hubungan antara kasih sayang ayah dan moralitas anak.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian kualitatif oleh M. Salis Yuniardi bahwa persepsi remaja laki-laki dengan perilaku antisosial terhadap peran ayah dalam keluarga, seluruh responden menyatakan peran ayah adalah sangat penting dalam keluarga, ayah merupakan kepala, pemimpin dan tiangnya keluarga. Dalam perannya tugas utama ayah adalah sebagai pencari nafkah, sehingga menjamin kehidupan anak isterinya, ayah juga berperan memberi perhatian, kasih sayang, pembinaan dan bimbingan bagi anak-anaknya terutama agar tidak salah melangkah.

Hasil pengumpulan data kualitatif cara hidup keluarga terhadap perkembangan moral remaja berdasarkan FGD. Pendapat orang tua tentang yang dapat mempengaruhi moral anak remaja adalah peran orang tua, lingkungan dari luar dan pengaruh teman. Peran ibu adalah menjadi ibu yang baik, sabar, merawat anak dan suami, tidak pernah bertengkar. Peran bapak adalah sebagai kepala keluarga, mencukupi kebutuhan keluarganya sesuai dengan kemampuan.

Issue strategis yang diungkapkan oleh peserta FGD tentang tanggapan bahwa hasil analisa data didapatkan faktor yang paling berpengaruh terhadap perkembangan moral anak remaja adalah adalah peran ayah, peserta mengungkapkan perlu ditinjau kembali kegiatan PKK dan dasawisma selama ini, hendaknya tidak berisi arisan dan penarikan iuran tetapi diisi dengan keterampilan keluarga tentang pembinaan keluarga dengan anak remaja.

Berdasarkan hasil FGD didapatkan jawaban responden terhadap kegiatan PKK

“Memang selama ini acara dalam kegiatan PKK adalah arisan dan penarikan iuran rutin, bila ada yang disampaikan oleh ketua PKK RT hanya pemberitahuan kegiatan rutin PKK di RW atau Kelurahan/Desa. Kegiatan rutin itu tidak pernah membahas tentang bagaimana keterampilan membina keluarga dengan anak remaja”

Hal ini sesuai dalam Buku Pegangan Kader Tentang Pembinaan Anak Remaja yang diterbitkan oleh direktorat Pengembangan Ketahanan Keluarga BKKBN, dikatakan bahwa beberapa peran yang harus dijalankan orang tua adalah sebagai pendidik, sebagai panutan, sebagai pendamping, sebagai konselor, sebagai komunikator dan sebagai teman/ sahabat. Isi buku tersebut juga menjelaskan tentang bagaimana menanamkan nilai-nilai moral kepada anak remaja. Adapun nilai-nilai moral yang perlu dimiliki anak remaja dalam buku ini, antara lain : keimanan dan ketaqwaan, kerajinan dan keuletan, kepedulian, disiplin dan bertanggung jawab, sopan santun, kasih sayang, percaya diri, kebanggaan, kreativitas dan kebersihan.

Keterbatasan dalam penelitian ini, pendekatan waktu adalah *cross-sectional study*, meskipun pernyataan dalam kuisioner menggunakan keterangan waktu lampau tetapi jawaban responden masih belum dapat dijamin ketepatannya tentang masa lalu karena faktor lupa. Peneliti tidak memperhatikan homogenitas terhadap bentuk keluarga, namun peneliti menjadikan bentuk keluarga sebagai variabel perancu yang mempengaruhi variabel independen yaitu cara hidup keluarga. Peneliti tidak merumuskan *issue strategis* dalam analisa data kuantitatif tetapi peneliti melakukan FGD hanya untuk mengumpulkan data kualitatif.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil uraian di atas dapat disimpulkan bahwa faktor penentu yang mempengaruhi perkembangan moral remaja adalah peran ayah pada keluarga petani maupun nelayan kecil. Dalam membentuk moral anak ayah tidak hanya menerapkan peran disiplin dalam keluarga tetapi juga memberikan kasih sayang dan perhatian kepada anak dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Asih Menanti, 2009. *Pertimbangan Moral Siswa SMA Yang Berasal Dari Suku Bangsa Melayu di Kabupaten Langkat Sumatera Utara*, Forum Pendidikan, Vol 29, Nomer 1, September 2009.
- Azwar Saifuddin, 2002. *Penyusunan Skala Psikologi*. Jogjakarta : Pustaka Pelajar
- Azwar Saifuddin, 2000. *Reliabilitas dan Validitas*. Jogjakarta : Pustaka Pelajar
- Brooks Jane, 2011. *The Process of Parenting; alih bahasa, Rohmat fajar*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- BKKBN, 2009. *Buku Penyuluhan Bina Keluarga Remaja (BKR) Pegangan Kader Tentang Pembinaan Anak Remaja*, Jakarta
- Friedman, Marilyn M, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, teori dan praktik; alih bahasa, Achir Yani S. Hamid*. Jakarta : EGC
- Hurlock Elizabeth B, 1980. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta : Erlangga
- Iriani, S.Sos, 2004. *Pola Pengasuhan Anak Pada Masyarakat Nelayan Di Bengkulu*. Padang: Balai Kajian Sejarah Dan Nilai Tradisional.
- Lynn, D.B, 1974. *The Father : His Role in Child Development*. California : Brooks/ Cole publishing company
- Monks, R.E, 2002. *Psikologi Perkembangan : Pengantar Dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Notosoedidjo Moeljono & Latipun, 2011. *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan*. Malang: UPT. Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang.
- Papalia Diane E, et. al, 2008. *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Jakarta : Kencana
- Rice, F.P., 1993. *The Adolescen : Development, Relationships, And Culture*. 9th Ed. USA: Allyn and Bacon.
- Riri Suciati, 2009. *Perkembangan Moral Anak Tunggal Pada Usia 15 - 18 Tahun*, Artikel Gunadarma, www.gunadarma.ac.id
- Sarlito W. Sarwono, 2012. *Psikologi Remaja*. Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sarlito W. Sarwono, 2012. *Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Sri Lestari, 2012. *Psikologi Keluarga Penanaman Nilai dan Penanganan Konflik Dalam Keluarga*. Jakarta: Kencana Predana Media Group.
- Sugiyono, 2008. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : CV. Alfabeta
- Yuniardi, S, 2008. *Penerimaan Remaja Laki-laki Terhadap Peran Ayahnya di Dalam Keluarga*. Laporan Penelitian Universitas Muhammadiyah Malang, 18-23,63

JUDUL	RUMPI PENDIAM (Rumah Peduli Penderita Diabetes Melitus) Sebagai Aplikasi Swabantu Menuju Koping Adaptif di Desa Tlogo Kasihan Bantul
PRESENTER AUTHOR (S)	Zulfa Mahdiatur Rasyida Zulfa Mahdiatur Rasyida, Sri Ayu Rahayu Paneo, Savira Dhania Mukti, Afi Budi Kurniawan, Lia Nurul Latifah
INSTITUSI	PSIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRAK

Diabetes Melitus merupakan lima besar penyakit mematikan di dunia. Di Indonesia prevalensi diabetes tahun 2003 sebesar 8,2 juta di daerah perkotaan dan 5,5 juta di pedesaan. Prevalensi diabetes di Desa Tlogo mencapai 10% dari jumlah penduduk, maka RUMPI PENDIAM (Rumah Peduli Penderita Diabetes Melitus) bertujuan sebagai aplikasi swabantu untuk menumbuhkan koping adaptif pada penderita DM. RUMPI PENDIAM dapat dialternatifkan sebagai bentuk pemberdayaan kepada masyarakat untuk mengurangi pertambahan angka kejadian DM dengan kualitas hidup yang lebih baik.

Penelitian ini menggunakan *Quasy Experiment Design Without Control Group* dengan pendekatan *pre-post test*. Penelitian ini dilakukan dari bulan Maret-Mei 2014 di Desa Tlogo, Kasihan, Bantul. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 15 responden dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.

Terdapat perbedaan tingkat koping pada diabetes di Desa Tlogo sebelum dan sesudah mengikuti swabantu RUMPI PENDIAM dengan nilai signifikansi 0,000 ($Pvalue < 0,05$).

Aplikasi swabantu RUMPI PENDIAM dengan kurikulum: *health promotion*, pelatihan mandiri, dan *supportive motivation* memiliki efektivitas yang tinggi dalam meningkatkan koping adaptif diabetes di Desa Tlogo.

Kata Kunci: *Rumah Peduli, Diabetes Melitus, Penderita Diabetes Melitus, Kelompok Swabantu, Koping Adaptif*

PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan tingginya glukosa darah akibat dari kerusakan sekresi insulin. Diabetes Melitus merupakan lima besar penyakit mematikan di dunia. Insidensinya dalam skala global diestimasikan pada 2015 meningkat mencapai 300 juta penderita (Hartayu et al, 2012). Di Indonesia kejadian penderita diabetes di daerah perkotaan pada 2003 sebesar 8,2 juta penderita dan di pedesaan mencapai 5,5 juta penderita (Triastuti, 2010). Diperkirakan 30 tahun ke depan akan terus meningkat mencapai 3 kali lipat (Hartayu et al, 2012).

Penyebab utama DM selain keturunan, life style dan masalah psikologis lainnya juga ikut berkontribusi (Ehsa, et al 2010). DM dapat menjadi kontributor utama untuk hipertensi, obesitas, diet tidak sehat, gaya hidup dan kebiasaan merokok (Hammami et al, 2012). Penelitian terbaru menyatakan bahwa DM berhubungan erat dengan kejadian kanker pankreas (Pezzilli et al, 2013).

Edukasi tentang manajemen diri pada penderita diabetes mellitus dapat meningkatkan perbaikan kualitas klinis, perubahan gaya hidup yang lebih baik, dan psikososial pasien dibandingkan dengan perawatan standar yang dilakukan secara rutin

(Steinsbekk et al, 2012). Olehnya, perlu dibentuk suatu kegiatan terpusat dan koordinasi yang terarah agar pemahaman pasien tentang pentingnya manajemen diri meningkat. Dukungan diperlukan dalam mempertahankan manajemen yang baik untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dan pencegahan komplikasi penyakit diabetes mellitus.

Pasien penderita DM cenderung mengalami berbagai proses dalam menghadapi penyakitnya. Baik itu mengarah ke dalam perilaku adaptif ataupun maladaptif. Pola koping adaptif pasien yang lebih tua dan lebih berpendidikan cenderung mengatasinya dengan lebih menerima keadaan yang mereka alami (Yi-Frazier et al, 2010). Namun hal itu saja tidaklah cukup, karena proses menuju mekanisme koping yang lebih terarah mereka membutuhkan bentuk dukungan sosial dari keluarga, teman, dan tenaga kesehatan yang mengerti tentang keadaan mereka. Menurut (Rohmah, Abu Bakar & Wahyuni 2012) bentuk mekanisme koping yang biasanya dilakukan para penderita DM yakni *emotional focused* (koping dengan cara sharing bersama orang terdekat) dan *problem focused* (menyelesaikan masalah dengan berfokus pada akar masalahnya). Berpegang dari hal tersebut maka kami bermaksud untuk mendirikan sebuah kegiatan yang didalamnya terdapat kegiatan yang mengarahkan penderita Diabetes Melitus menuju ke arah koping yang adaptif, meningkatkan kualitas hidup penderita, dan menumbuhkan kesadaran diri penderita DM. Kegiatan tersebut kami namakan RUMPI PENDIAM (Rumah Peduli Penderita Diabetes Melitus).

METODOLOGI

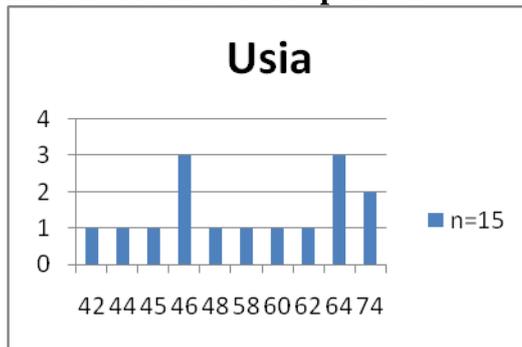
Penelitian ini menggunakan rancangan *Quasy Experiment Design Without Control Group* dengan pendekatan *pre-post test*. Teknik *sampling* yang digunakan adalah teknik *purposive sampling*. Dalam penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 15 responden yang menderita diabetes militus di Desa Tlogo, Kasihan, Bantul. Kriteria inklusinya adalah warga yang sudah terdiagnosis DM baik penderita baru maupun lama di Desa Tlogo, warga yang bersedia menjadi responden dibuktikan dengan *informed consent*. Pengambilan data dari penelitian ini dilakukan di rumah masing-masing responden pada *pre test*, kemudian diberikan program RUMPI PENDIAM di joglo Desa Tlogo serta dilakukan kunjungan rumah untuk pengambilan data *post test*. Penelitian ini dilakukan dari bulan Maret-Mei 2014.

Variabel koping adaptif diukur dengan kuesioner yang dimodifikasi oleh peneliti sendiri berjumlah 10 pertanyaan. Kemudian kuesioner dilakukan uji validitas menggunakan uji *Content Validity Index (CVI)* untuk pemeriksaan butir-butir pertanyaan dan reliabilitas dengan menggunakan KR.20 (Kuder Richardson 20). Pengujian dilakukan dengan uji *expert* (ahli). Perhitungan pada penelitian ini menggunakan program SPSS 16.0 *for windows* untuk mengetahui adanya pengaruh RUMPI PENDIAM terhadap koping adaptif diabetisi di Desa Tlogo, dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Jika hasil uji statistic menunjukkan nilai *Pvalue* < 0,05 berarti terdapat pengaruh yang signifikan RUMPI PENDIAM terhadap koping adaptif diabetisi di Desa Tlogo.

HASIL PENELITIAN

Berikut akan disajikan hasil penelitian pengaruh aplikasi swabantu RUMPI PENDIAM terhadap tingkat koping diabetisi di Desa Tlogo.

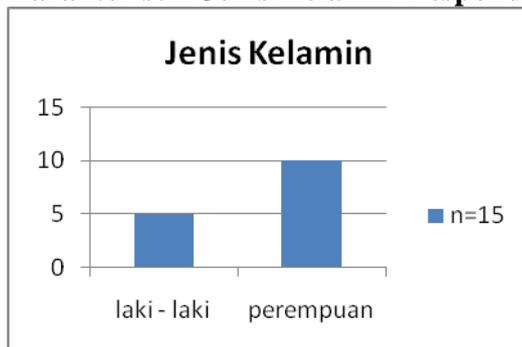
a. Karakteristik Usia Responden



Gambar 1 Distribusi Karakteristik Usia Responden

Gambar 1 di atas menunjukkan dari 15 responden, usia paling muda yaitu 42 tahun, usia paling tua yaitu 74 tahun, dan usia paling banyak yaitu 46 dan 64 tahun.

b. Karakteristik Jenis Kelamin Responden



Gambar 2 Distribusi Jenis Kelamin Responden

Gambar 2 di atas menunjukkan dari 15 responden, didapatkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 10 responden.

ANALISA DATA

Tabel 1 Uji Paired Sample T-test antara Aplikasi Swabantu RUMPI PENDIAM dengan Terhadap Tingkat Koping Diabetisi

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair	pre & post	15	.839	.000

Hasil uji *Paired Sample T-test* menunjukkan bahwa besar korelasi (r) adalah 0,839 dan nilai signifikansi (p) 0,000. Hasil $P < 0,05$ tersebut berarti bahwa terdapat pengaruh antara aplikasi swabantu RUMPI PENDIAM terhadap tingkat koping diabetisi di Desa Tlogo.

PEMBAHASAN

Pengaruh Antara Aplikasi Swabantu RUMPI PENDIAM Terhadap Tingkat Koping Diabetisi Di Desa Tlogo

Berdasarkan hasil analisis dengan menggunakan uji *Paired Sample T-test*, diperoleh nilai korelasi (r) adalah 0,839 dan nilai signifikansi (p) 0,000. Dengan demikian, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara aplikasi swabantu RUMPI PENDIAM terhadap tingkat koping diabetisi di Desa Tlogo. Hasil penelitian ini sejalan dengan pernyataan Steinsbekk., *et al.* 2012 yang menjelaskan bahwa kelompok edukasi manajemen diri pada diabetisi meningkatkan hasil yang signifikan pada kesehatan klinis, gaya hidup, dan psikososial diabetisi. Hal ini juga berkaitan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shrivastava., *et al.* 2013 yang menyatakan bahwa tujuh domain manajemen diri penderita diabetes dapat terlaksana apabila pasien diabetes mendapatkan pembelajaran dari praktisi klinis kesehatan yang ahli dalam Diabetes Mellitus. Adapun tujuh domain yang dimaksud meliputi : pemilihan diet makanan untuk diabetisi, melakukan aktivitas fisik secara berkelanjutan, monitor kadar gula darah setiap waktu, mengkonsumsi obat seperti yang dianjurkan, memiliki keterampilan pemecahan masalah, memiliki keterampilan koping yang sehat serta menurunkan faktor perilaku beresiko.

Kelompok swabantu yang sering dikenal dengan istilah *Self Help Group* adalah kumpulan dua orang atau lebih yang datang bersama untuk membentuk kesepakatan, saling berbagi masalah yang mereka hadapi (Sutini, 2009). Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sutini, 2009 mengenai pengaruh terapi kelompok swabantu terhadap koping keluarga dengan anak retardasi mental menunjukkan hasil peningkatan terkait kemampuan koping keluarga. Hal ini menurut asumsi peneliti sejalan dengan penelitian yang dilakukan dimana memberikan efek yang sama terhadap kemampuan koping para diabetisi menuju pada hal yang adaptif.

Dalam terapi kelompok swabantu semua anggota keluarga RUMPI PENDIAM yang merupakan para diabetisi melakukan kegiatan swabantu yang sudah ditetapkan sesuai kurikulum meliputi : *Health Promotion*, pelatihan mandiri, dan *Supportive Motivation*. Kurikulum tersebut merangkum metode yang dilaksanakan dalam RUMPI PENDIAM meliputi *brainstorming*, *sharing information*, *sharing perception*, *sharing experience*, dan *learning together*. Dalam kelompok swabantu ini seluruh anggota kelompok adalah penderita Diabetes Mellitus sehingga penderita merasa lingkungannya sesuai dengan keadaannya dan membuat nyaman dalam belajar karena berada dalam komunitas yang sama. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Nursalam (2007) bahwa lingkungan berpengaruh pada proses masuknya pengetahuan kedalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu tersebut.

PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, dapat diambil kesimpulan bahwa aplikasi swabantu RUMPI PENDIAM dengan kurikulum: *health promotion*, pelatihan

mandiri, dan *supportive motivation* memiliki efektivitas yang tinggi dalam meningkatkan coping adaptif diabetisi di Desa Tlogo.

Saran

Bagi diabetisi agar tetap mempunyai coping yang adaptif dalam menangani penyakit diabetes mellitus dan bagi peneliti selanjutnya agar bisa melanjutkan penelitian tentang tingkat coping diabetisi dengan jumlah sampel yang lebih banyak.

DAFTAR PUSTAKA

- Hartayu et al. 2012. *Improving of Type 2 Diabetic Patients' Knowledge, Attitude and Practice Towards Diabetes Self-care by Implementing Community-Based Interactive Approach-Diabetes Mellitus Strategy*. BMC Research Notes, 5, 315.
- Nursalam. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku catatan I*. Jakarta.
- Pezzili, R., & Pagano, Nico. 2013. *Is diabetes mellitus a risk factor for pancreatic cancer?*. World J Gastroenterol, 19(30), 4861-4866.
- Rohmah, D.H., Abu Bakar., & Wahyuni, E.D. 2012. *The Coping Mechanism in Diabetic Patients in Internal Division RSUD DR. Soegiri Lamongan*. Airlangga University. East Java.
- Shrivastava et al. 2013. *Role of Self Care in Management of Diabetes Mellitus*. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 12:14.
- Steinsbekk et al. 2012. *Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis*. BMC Health Services Research, 12, 213.
- Sutini, Titin dkk. 2009. *Pengaruh Terapi Self Help Group (SHG) terhadap Coping Keluarga dengan Anak Retardasi Mental di SLB-C Kabupaten Sumedang*.
- Yi-Frazier et al. 2010. *A person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Diabetes Patients*. Stress Health, 26(1), 51-60.

JUDUL	<i>Behaviour of Femae Sex Workers towards the Risk of HIV/ AIDS in Several Countries: A Review</i>
PRESENTER	Ch. Yeni Kustanti
AUTHOR (S)	Ch. Yeni Kustanti
INSTITUSI	STIKes Bethesda Yakkum Yogyakarta

ABSTRACT

Various strategies and policies have been implemented in order to prevent the transmission of HIV infections. However, the prevention programs are associated with a number of issues and challenges in each country as well. Most of new HIV infections occur through sexual contacts and most of them are commercial sex workers who are a challenging and hard-to-reach population. Therefore, ideas in HIV/AIDS prevention programs, particularly for sex worker groups should be well-arranged continuously.

Electronic journals and reports were accessed by using Cochrane, BioMed, DOAJ, Proquest, PubMed, Bioline, Taylor & Francis, and Google Scholar. The search strategy was limited to English and published year from the last ten years with the keywords of HIV/AIDS, cognitive-attitude-practice, sex workers, and prevention. The literature review generated 28 articles, with 19 studies meeting the inclusion criteria.

Generally, financial need is the reason for initiating and maintaining sex work. Most of sex workers knew and were aware of HIV/AIDS, but their needs did not allow any fear and health consciousness, also they did not see any other options outside sex work. Unfortunately, many sex workers reported the inconsistency of condom use.

Social, psychological, and environmental-structural factors, such as supports from the establishment owner (employers), manager trainings, peer influences, accessibility of condoms, promotion of condom use, knowledge about condom use, and supports from community health care providers are very necessary to be increased.

Keywords: sex workers – behaviour – HIV/AIDS – prevention

BACKGROUND

Based on the recent report from The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS), the total number of new HIV cases is gradually declining by more than 50% in 26 countries between 2001 and 2012, and between 25% and 49% in an additional 17 countries (UNAIDS, 2013). These numbers have shown an important progress of the HIV/AIDS prevention as the HIV/AIDS pandemic has become the most challenging health and social problems worldwide since first time discovered in 1983(The U.S. Department of Health & Human Services, 2006). Various strategies and policies have been implemented in order to prevent the transmission of HIV infections. Comprehensive and continuous approaches are needed as HIV/AIDS contributed to 1.6 million of death in the world in 2012(UNAIDS, 2013).

On the other hand, the prevention of HIV/AIDS spread is associated with a number of issues and challenges in each country. For instance, the inadequate of surveillance systems, limited coverage of prevention programs, limited condom use, limited coverage of HIV testing and counselling, health system and financial constraints, social and cultural challenges, leadership and coordination, stigma and discrimination, geographical challenges, limited coverage of HIV treatment, and paediatric HIV/AIDS prevention and treatment are the most challenging barriers in Nepal (Wasti, Simkhada,

Randall, & Teijlingen, 2009). Based on The International HIV/AIDS Alliance(The Alliance, 2010), the most-at-risk population of HIV/AIDS are people living with HIV, their partners and families, men who have sex with men (MSM), people who use drugs, orphans and other vulnerable children, certain categories of migrants and displaced people, prisoners, and people who sell or buy sex.

Over 75% of new HIV infections occur through sexual contacts (WHO, 2013)and most of them are commercial sex workers who are a challenging and hard-to-reach population(OHTN, 2012). Sex workers and their clients are at the highest risk for HIV/AIDS(Giri, Hiremath, & Kasbe, 2012)as they have high risk sex or sex with high risk partners, illicit drug use, unstable living and working environments, young age, tattooing or body piercing, and a history of sexual abuse which are the most potential HIV transmission(OHTN, 2012). Each country has been implementing various methods to increase the sex workers knowledge and motivation in HIV/AIDS preventions. However, based on the fact that the prevalence of HIV/AIDS among sex workers estimates higher than the general population (Chipamaunga, Muula, & Mataya, 2010), more effective programs should be identified and implemented. Decisions about further programs should be based on best available information (Pattanaphesaj & Teerawattananon, 2010). Therefore, this paper will try to analyse and discuss knowledge, behaviour, perception, attitude, and practice of female sex workers towards HIV/AIDS in several countries, in order to find out some new ideas about HIV/AIDS prevention programs particularly for sex worker groups.

METHODS

Electronic journals and reports were accessed by using Cochrane, BioMed, DOAJ, Proquest, PubMed, Bioline, Taylor & Francis, and Google Scholar. The search strategy was limited to English and published year from the last ten years with the keywords of HIV/AIDS, cognitive-attitude-practice, sex workers, and prevention. The literature review generated 28 articles, with 19 studies meeting the inclusion criteria. The aim of this process is to gather information about knowledge, behaviour, perception, attitude, and practice of female sex workers towards HIV/AIDS in several countries, particularly in Asia. Purposefully, new programs which are more effective and efficient to prevent HIV transmission among sex workers could be developed based on the literature review and research that will be done in the nearest future.

FINDINGS AND DISCUSSIONS

“Become a sex worker”

The most effective method to prevent HIV transmission among sex workers is by stop the sex work. However, a research reported that sex work could give them more money and pleasure, also did not regard life outside sex work as a viable option (Chipamaunga et al., 2010). Generally, they reported that financial need is the reason for initiating and maintaining sex work, because in some countries, most of sex workers were from poor socio-economic status and broken family (Giri et al., 2012). Other factors such as lack of education, poverty, domestic violence, marital breakup, family responsibility, lack of support by family members, harassment, and abuse in society and in workplace are the main reasons for women coming to this profession as well(Charles et al., 2013).

“Knowledge of HIV/AIDS”

In many discussions about knowledge, attitude, and practice model, knowledge has been known as a prerequisite for the intentional performance of health-related behaviour

(Chipamaunga et al., 2010). Individual perception of susceptibility to HIV/AIDS and benefits of condom use are important factors in determining condom use and cognitive information through health education is an effective promotion (Ye et al., 2012). Most of sex workers knew and were aware of HIV/AIDS and the common source of information about HIV/AIDS was from television (Giri et al., 2012) and doctors (Lau, Tsui, Siah, & Zhang, 2010). However, studies found that knowledge is not always directly associated with behaviour change (Pattanaphesaj & Teerawattananon, 2010).

A study in Durban shows that 100% female sex workers knew of HIV/AIDS and aware that HIV/AIDS is a major health concern in South Africa, but their work did not allow a situation of fear, too much health consciousness, and HIV awareness has only little impact on choice of either client or personal partners (Varga, 2010). Denial is the most common response of sex workers towards HIV transmission. They believed that they could not easily get HIV in the future because they use condoms with “most” clients (Varga, 2010). Other sex workers used fatality (prioritize life concern and justify lack of any active effort to protect themselves from HIV infection), economic rationalization, partner categorization through selective condom use (love or unknown clients), purposeful ignorance of HIV status, and abnegation of responsibility (too weak to control clients who are disagree using condoms) as their coping mechanism towards HIV transmission risk (Varga, 2010).

“Sexual Risk Behaviour”

From several researches, condoms use, street outreach programs, programs for the prevention of mother-to-child HIV transmission, circumcision, and needle and syringe programs were the only interventions with strong evidence of reducing HIV infection (Pattanaphesaj & Teerawattananon, 2010). Voluntary HIV counselling and testing, peer education, and male and female condom use have been proved to be effective and cost-effective for female sex workers (Pattanaphesaj & Teerawattananon, 2010). From those interventions, condoms are believed as the most effective prevention for HIV transmission because consistent condom use results in 80% reduction in the spread of the disease (Giri et al., 2012).

Because there is no cure or vaccine, HIV prevention depends on the ability to modify risky behaviours, consistent, and appropriate condom use (Morisky, Stein, Chiao, Ksobiech, & Malow, 2006). Unfortunately, many sex workers reported the inconsistency of condom use. Various factors such as situational factors (including female condom availability) the type of client, desire for sexual pleasure, and financial considerations could affect the decision whether condoms were used or not (Chipamaunga et al., 2010). In China, the primary reason for not using condoms during sexual contact was the clients’ refusal to use condoms (Lau et al., 2010). Sadly, one study found that 61% of Haitian women felt that the decision on condom use was exclusively the male’s right (Couture, Soto, Akom, Joseph, & Zunzunegui, 2010). Most of them are generally poor and with dependent family members and there have little power to negotiate use of condom. Other interesting fact is that about 10% of the total respondents in a study in China thought that condoms could be used repeatedly and no expiration date (Lau et al., 2010).

Varga (2010) found that 67.3% of sex worker respondents in a study in Durban would forego condoms for extra payment, while the average of condom utilization among female sex workers in Thailand was only 51% (Buckingham, Moraros, Bird, Meister, & Webb, 2007). In Thailand, factors contributed to the use of condoms are ethnicity of patron (western have willingness to utilize condoms than foreign Asian or native Thai

patrons) and bargaining capacity with potential patrons (Buckingham et al., 2007). Similar report from Ye et al. (2012) stated that sex workers capability to negotiate safe commercial sex takes a part to persuade clients into using condoms consistently during sexual intercourse. Interestingly, although sex workers are able to be convinced to use condoms with clients, it was more difficult for sex workers in Shanghai to initiate condom usage with non-paying partners (Cai et al., 2010). It based on their boyfriend/husband/partner's perception that their partners were not having unprotected sex with anyone else.

“Prevention Programs”

Due to the inconsistency condom use by sex workers, it is very important to identify factors that could motivate and influence the sex workers' decision on condom use. Approximately 13% of respondents in a study in China reported that it was difficult to get condoms when needed particularly for younger, 59,3% said that pharmacy shops were the most convenient place to buy a condom and 7,9% stated that they did not know how to use a condom (Lau et al., 2010). Condom availability may not be a major factor affecting condom use, as a research in China with 504 respondents investigated that social, psychological, and environmental-structural factors are very important in determining consistency condom use among female sex workers and their clients (Ye et al., 2012). Therefore, supports from the establishment owner (employers), accessibility of condoms, supports from community health care providers are very necessary (Morisky et al., 2006; Ye et al., 2012). Besides that, the peer influences, promotion of condom use and knowledge about condom use must be an important component of future prevention programmes (Lau et al., 2010; Morisky et al., 2006).

In the Philippines, one of the most useful program in order to prevent HIV prevention is the manager training intervention. The training series consist of regular meeting, monitoring, providing educational materials on HIV/AIDS, and making condom available (Morisky et al., 2006). Besides that, the training also encourages the manager to provide positive reinforcement of their employees' healthy sexual practices.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

For some groups of population, become a sex worker is “the only option”. Social-economic status and family background are the most reason for this decision. Therefore, they did not see other way for live although based on the studies from some countries, almost all female sex workers knew and were aware the risk of HIV transmission. Unfortunately, sex workers decisions to use HIV prevention methods are often difficult when it depends on their customer as well. Various programs to increase the motivation of female sex workers to prevent HIV transmission, including the problem of the inconsistency of condoms use should be developed. Interventions should also include social, psychological, and environmental-structural factors, such as supports from the establishment owner (employers), manager trainings, peer influences, accessibility of condoms, promotion of condom use, knowledge about condom use, and supports from community health care providers.

REFERENCES

- Buckingham, R. W., Moraros, J., Bird, Y., Meister, E., & Webb, N. C. (2007). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 17(5), 640-647.

- Cai, Y., Shi, R., Shen, T., Pei, B., Jiang, X., Ye, X., . . . Shang, M. (2010). A study of HIV/AIDS related knowledge, attitude and behaviors among female sex workers in Shanghai China. *BMC Public Health, 10*(377).
- Charles, B., Jeyaseelan, L., Sam, A. E., Pandian, A. K., Thenmozhi, M., & Jeyaseelan, V. (2013). Trends in risk behaviors among female sex workers in south India: Priorities for sustaining the reversal of HIV epidemic. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 25*(9), 1129-1137.
- Chipamaunga, S., Muula, A. S., & Mataya, R. (2010). An assessment of sex work in Swaziland: barriers to and opportunities for HIV prevention among sex workers. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 7*(3).
- Couture, M.-C., Soto, J. C., Akom, E., Joseph, G., & Zunzunegui, M.-V. (2010). Determinants of intention to use condoms among clients of female sex workers in Haiti. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 22*(2), 253-262.
- Giri, P. A., Hiremath, R. C., & Kasbe, A. M. (2012). Sexual Behaviour, Knowledge, Attitude and Practices Regarding HIV/AIDS amongst Female Sex Workers (FSWs) in Red Light Area of Mumbai City. *International Journal of Medical Science and Public Health, 1*(2).
- Lau, J. T. F., Tsui, H. Y., Siah, P. C., & Zhang, K. L. (2010). A study on female sex workers in southern China (Shenzhen): HIV-related knowledge, condom use and STD history. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 14*(2), 219-233.
- Morisky, D. E., Stein, J. A., Chiao, C., Ksobiech, K., & Malow, R. (2006). Impact of a Social Influence Intervention on Condom Use and Sexually Transmitted Infections Among Establishment-Based Female Sex Workers in the Philippines: A Multilevel Analysis. *Health Psychology, the American Psychological Association, 25*(5) 595-603.
- OHTN. (2012). Sex Worker HIV Risk. *Rapid Review No. 58, July 2012*. Retrieved February 2014, from <http://www.ohtn.on.ca/pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/RR58-2012-Sex-Worker-HIV-Risk.pdf>
- Pattanaphesaj, J., & Teerawattananon, Y. (2010). Reviewing the evidence on effectiveness and cost-effectiveness of HIV prevention strategies in Thailand. *BMC Public Health, 10*(401).
- The Alliance. (2010). Who are Vulnerable and Most-At-Risk Populations? *The International HIV/AIDS Alliance. Campaign Briefing 1*.
- The U.S. Department of Health & Human Services. (2006). A Timeline of AIDS. *The U.S. Department of Health & Human Services*. Retrieved February 2014, from <http://aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/>
- UNAIDS. (2013). AIDS by The Numbers. *The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*. Retrieved February 2014, from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublicati on/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
- Varga, C. A. (2010). Coping with HIV/AIDS in Durban's commercial sex industry. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 13*(3), 351-365.
- Wasti, S. P., Simkhada, P., Randall, J., & Teijlingen, E. v. (2009). Issues and Challenges of HIV/AIDS Prevention and Treatment Programme in Nepal. *Global Journal of Health Science, 1*(2).

WHO. (2013). Sex Work Tool Kit. *WHO*. Retrieved March 2014, from <http://www.who.int/3by5/en/factsheet.pdf>

Ye, X., Shang, M., Shen, T., Pei, B., Jiang, X., & Cai, Y. (2012). Social, psychological, and environmental structural factors determine consistent condom use among rural-to-urban migrant female sex workers in Shanghai China. *BMC Public Health*, 12(599).

Pictures:

4 Broads Dish, retrieved May 2014 from <http://4broadsdish.com/politically-correct-or-die-trying/>

Hess, Amanda, "Most of What You Think You Know About Sex Trafficking Isn't True", retrieved May 2014 from http://www.slate.com/blogs/xx_factor/2014/04/23/study_of_sex_workers_and_pimps_reveals_how_the_market_for_underage_sex_actually.html

Uom Leos, "AIDS Awareness Program", retrieved May 2014 from <http://uom-leos.blogspot.com/2013/10/aids-awareness-program.html>

JUDUL	<i>Research Based Nursing Practice (RBNP):</i> Intervensi Musik Untuk Menurunkan Kecemasan Pasien pada Setting Perioperatif di Instalasi Bedah Sentral RSUP dr. Kariadi Semarang
PRESENTER	Niken Safitri D K
AUTHOR (S)	Veni Puspita Sari, Devy Novita Cahyaningrum, Niken Safitri DK
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Operasi merupakan tindakan pengobatan yang paling banyak menimbulkan masalah kecemasan. Kecemasan pasien pre operasi adalah sebuah respon terhadap suatu pengalaman yang dianggap sebagai suatu ancaman terhadap kelangsungan hidupnya. Salah satu tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan adalah dengan intervensi musik. Intervensi musik dilakukan dengan tujuan untuk membantu mengekspresikan perasaan, mengurangi ketegangan otot, dan menurunkan kecemasan. Aplikasi *research based nursing practice* (RBNP) ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian intervensi musik terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang. Metode aplikasi RBNP yang diterapkan adalah *quasi experimental* dengan *one group pre test and post test design* tanpa grup kontrol dengan jumlah sampel 10 responden. Hasil aplikasi RBNP menunjukkan bahwa rata-rata kecemasan yang dialami partisipan adalah cemas sedang dan setelah diberikan intervensi musik gamelan rata-rata kecemasan klien turun menjadi cemas ringan. Dengan demikian terjadi penurunan kecemasan satu level di bawahnya. Dengan adanya aplikasi RBNP ini diharapkan perawat dapat mengaplikasikan intervensi musik gamelan untuk mengurangi kecemasan pada pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit dr Kariadi Semarang.

Kata kunci: kecemasan, perioperatif, dan terapi musik gamelan.

PENDAHULUAN

Operasi atau tindakan pembedahan merupakan metode penyembuhan penyakit dengan cara memotong ataupun mengiris anggota tubuh yang sakit.¹ Prosedur pembedahan akan memberikan reaksi emosional seperti ketakutan, gelisah, cemas, dan marah.² Kecemasan yang muncul biasanya dikaitkan dengan rasa nyeri, kemungkinan kegagalan operasi, kemungkinan cacat, menjadi ketergantungan pada orang lain dan bahkan kematian.³

Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subjektif, yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya.⁴ Pasien yang mengalami kecemasan pre operasi akan mengalami beberapa respon fisiologis seperti palpitasi, jantung berdebar, nafas cepat, nadi menurun, berkeringat, gemetar dan tekanan darah meningkat.⁵

Kecemasan pada pasien pre operasi dapat dikurangi dengan teknik relaksasi. Efek relaksasi yang ditimbulkan adalah perasaan senang yang selanjutnya memberikan reaksi mengurangi ketegangan terutama ketegangan psikis yang berkaitan dengan permasalahan kehidupan.⁶ Salah satu relaksasi untuk mengontrol kecemasan pada pasien pre operasi adalah dengan intervensi musik. Musik merupakan getaran udara yang harmonis yang ditangkap oleh saraf koklearis dan diteruskan ke otak. Di otak, musik mempengaruhi hipofisis untuk melepaskan endorfin yaitu zat alami yang dapat

mengubah *mood* tubuh yang memberikan rasa senang dan rileks sehingga dapat mengurangi nyeri dan kecemasan.^{7,8}

Musik yang digunakan sebagai terapi relaksasi memberikan pengaruh pada perasaan emosional dan respon fisiologis seseorang.⁸ Terbawanya irama tubuh dengan musik akan mengurangi aktivitas sistem saraf simpatik. Respon ini selanjutnya menyebabkan penurunan aktivitas adrenergik, dan penurunan gairah neuromuskuler, semuanya kemudian dimanifestasikan secara fisiologis sebagai respons relaksasi berupa penurunan denyut jantung, laju pernapasan, tingkat metabolisme, konsumsi oksigen, ketegangan otot, epinefrin, keasaman lambung, dan aktivitas kelenjar keringat, dengan penurunan tekanan darah.⁷

Hasil survei yang telah dilakukan selama 1 minggu di Instalasi Bedah Sentral didapatkan bahwa terdapat beberapa ruang operasi yang memutar musik saat operasi berlangsung namun hanya dinikmati oleh perawat dan dokter saja. Mereka pun merasa rileks dan lebih santai saat menjalankan operasi. Namun menurut penuturan beberapa pasien didapatkan bahwa pasien merasa cemas sebelum dilakukan operasi sehingga pikiran pasien tidak terfokus pada musik yang ada di ruangan dan lebih berfokus pada tindakan operasi yang akan dijalani.

Peran perawat dalam mengintervensi kecemasan pasien pre operasi dapat melakukan tindakan mandiri keperawatan. Tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan antara lain dengan memberikan relaksasi salah satunya yaitu intervensi musik. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Johnson bahwa terapi musik dapat menurunkan kecemasan. Selain itu, musik relatif murah dengan pelaksanaan yang mudah dan merupakan tindakan non invasif.¹⁰

Salah satu alasan mengapa musik merupakan terapi yang menarik untuk intervensi keperawatan karena musik tidak berbahaya dan mudah untuk diterima. Hal ini merupakan alasan yang kuat mengapa intervensi musik sangat tepat digunakan sebagai tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pre operasi. Oleh karena itu, diaplikasikan *Research Based Nursing Practice: Intervensi Musik untuk Mengurangi Kecemasan pada Pasien Peri-Operatif di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang*.

METODE

Aplikasi RBNP ini menggunakan metode *quasi experimental* dengan menggunakan *one group pre test and post test design* tanpa grup kontrol karena sebelum dan setelah diberikan perlakuan atau intervensi, klien akan dikaji tingkat kecemasannya. Penerapan dalam aplikasi RBNP ini yaitu dilakukan observasi terhadap tingkat kecemasan pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi musik gamelan pada pasien pre operasi.

Jumlah partisipan dalam aplikasi RBNP ini sebanyak 10 orang dengan kriteria inklusi pasien pre operasi bedah mayor laparotomi dan bedah urologi di IBS RSDK Semarang, pasien kooperatif, tidak mengalami gangguan pendengaran, dan mengalami tingkat kecemasan ringan, sedang dan berat.

Instrumen yang digunakan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* untuk mengukur skala kecemasan partisipan baik pre maupun *post* intervensi. Sedangkan untuk intervensi musik digunakan *MP3 player* dengan *headset* dan musik yang digunakan adalah musik gamelan dengan laras slendro.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Research Based Nursing Practice (RBNP) ini dilaksanakan di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr Kariadi Semarang pada tanggal 18-22 November 2013 dengan jumlah partisipan sebanyak 10 orang.

Tabel 1

Karakteristik Partisipan di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit dr Kariadi Semarang. Bulan November 2013 (n= 10).

No	Inisial	Jenis Kelamin	Usia	Dx Medis	Tindakan	Anestesi
1	Ny T.P	P	38	G2P1Ao H 38 mg bekas SC	SCTP+MOW	General
2	Ny T.S	P	40	Mioma ovarii	TAH	General
3	Ny S.H	P	35	Ca Ovari Stadium 4	Optimal Debulking	General
4	Ny M	P	51	Hernia Umbilicalis	Hernioraphy	General
5	Ny A	P	42	Ca Epidermoid	Radikal Histerectomi	General
6	Tn. S	L	59	Tumor kulit regio pubis dan penis	Incisi biopsi+limfadenectomy	General
7	Tn. M	L	46	Uretrolithiasis bilateral	RPG+C-Arm	Combine (general+spinal)
8	Tn. R	L	53	Tumor dextra renal	Radical Nefrectomy Dextra	General
9	Tn. D	L	56	BPH	TURP	Regional
10	Tn. M	L	48	Stenosis dextra ureter	Implantasi ureter dextra	General

Partisipan yang terlibat dalam RBNP ini sebanyak 10 orang dengan karakteristik yang bervariasi mulai dari usia, jenis kelamin, diagnosa medis, tindakan operasi, dan jenis anestesi. Rentang usia partisipan juga tidak terpaut jauh yaitu usia antara 35-59 tahun. Diagnosa medis partisipan merupakan penyakit bedah digestif, obstetri dan ginekologi, serta urologi. Sedangkan jenis anestesi yang digunakan pada partisipan yaitu general anestesi, regional, dan kombinasi keduanya.

Dalam RBNP ini dipilih partisipan dengan kasus urologi karena operasi urologi umumnya merupakan tindakan elektif atau direncanakan dan jarang sekali *cito*. Dalam sebuah pelaporan umumnya pasien dengan kasus urologi merasa khawatir akan terjadinya penurunan kinerja seksual. Selain itu kecemasan yang muncul juga berkaitan dengan nyeri yang dirasakan setelah operasi.⁷

Selain pada kasus bedah urologi, partisipan yang dilibatkan adalah pasien-pasien yang menjalani laparotomi yang merupakan bedah mayor. Tindakan pembedahan mayor merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi, seringkali pasien dan keluarganya menunjukkan sikap yang agak berlebihan dengan kecemasan yang dialami. Kecemasan dialami pasien dan keluarga biasanya terkait dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat segala macam prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan. Perawat mempunyai peranan yang sangat penting

dalam setiap tindakan pembedahan baik pada masa sebelum, selama maupun setelah operasi. Intervensi keperawatan yang tepat diperlukan untuk mempersiapkan klien baik secara fisik maupun psikis.¹⁴ Salah satu intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah kecemasan pasien perioperatif adalah dengan memberikan intervensi musik sehingga diharapkan terapi musik dapat menurunkan kecemasan pasien.

Tabel 2

Tingkat Kecemasan Partisipan Pre dan Post Intervensi Musik Gamelan di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang. Bulan November 2013 (n= 10).

Tingkat kecemasan	Pre		Post		Perub
	f	%	f	%	%
Tidak cemas	0	0	1	10	10
Cemas ringan	2	20	5	50	30
Cemas sedang	5	50	3	30	20
Cemas berat	3	30	1	10	20
Jumlah	10	100	10	100	20

Research Based Nursing Practice (RBNP) yang telah diaplikasikan pada pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang menunjukkan bahwa intervensi musik gamelan terbukti dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operatif. Hal tersebut ditunjukkan dari tingkat kecemasan pasien yang mengalami penurunan setelah diberikan intervensi musik gamelan dibandingkan sebelum intervensi. Rata-rata kecemasan yang dialami oleh partisipan adalah cemas sedang dan setelah diberikan intervensi musik gamelan rata-rata kecemasan klien turun menjadi cemas ringan. Perubahan tingkat kecemasan setelah intervensi musik gamelan yang cukup signifikan dapat dilihat dalam tabel 4.2 di atas yakni terjadi penurunan kecemasan satu level di bawahnya yaitu sekitar 20%.

Cemas merupakan salah satu respon psikologis yang dialami klien ketika akan menjalani operasi.³ Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subjektif, yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya.⁴ Cemas disebabkan oleh hal-hal yang tidak jelas, termasuk pada pasien pre operasi karena tidak tahu konsekuensi operasi dan takut terhadap prosedur operasi itu sendiri.¹¹

Cemas dalam research ini diukur menggunakan skala HARS. Cemas memang sebuah penilaian individu yang subjektif namun skala HARS merupakan salah satu skala pengukuran kecemasan yang terstandar dan sudah teruji validitas dan reliabilitasnya sehingga dapat digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan.¹²

Kecemasan pasien pre operasi adalah sebuah respon terhadap suatu pengalaman yang dianggap sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, bahkan kehidupannya sendiri.³ Pasien yang mengalami kecemasan pre operasi akan mengalami beberapa respon fisiologis seperti palpitasi, jantung berdebar, nafas cepat, nadi menurun, berkeringat, gemetar, dan tekanan darah meningkat.⁵

Kecemasan pada pasien pre operasi dapat dikurangi dengan teknik relaksasi. Istilah relaksasi sering diartikan sebagai aktivitas yang menyenangkan. Efek relaksasi yang ditimbulkan adalah perasaan senang yang selanjutnya memberikan reaksi mengurangi ketegangan terutama ketegangan psikis yang berkaitan dengan permasalahan kehidupan.⁶

Salah satu relaksasi untuk mengontrol kecemasan pada pasien pre operasi adalah dengan intervensi musik. Musik merupakan getaran udara yang harmonis yang ditangkap oleh saraf koklearis dan diteruskan ke otak. Di otak, musik mempengaruhi hipofisis untuk melepaskan endorfin yaitu zat alami yang dapat mengubah *mood* tubuh yang memberikan rasa senang dan rileks sehingga dapat mengurangi nyeri dan kecemasan.^{7,8}

Salah satu musik yang dapat digunakan untuk relaksasi adalah musik gamelan. Gamelan merupakan salah satu warisan musik asli Indonesia. Karakteristik dari musik gamelan sendiri adalah memiliki harmoni yang lambat, memiliki warna nada yang konsisten, dan *pitch* yang rendah. Gamelan juga telah teruji secara validitas yaitu memiliki irama yang lambat dan nada rendah dengan rata-rata 60-80 ketuk/ menit, sedangkan untuk level volume sekitar 60 desibels sehingga cocok digunakan untuk relaksasi.¹³

Sebuah studi yang pernah dilakukan untuk menyelidiki efek musik pada kecemasan pra operasi pada pasien yang menjalani operasi prostat memiliki temuan serupa. Penelitian dilakukan untuk mengevaluasi pengaruh musik pada sedasi di *extracorporeal shock wave lithotripsy* (ESWL) yaitu membandingkan efek *anxiolytic* dengan midazolam. Kuesioner *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) menunjukkan penurunan kecemasan yang signifikan pada kelompok musik dibandingkan dengan kelompok midazolam. Efek *anxiolytic* musik pada pasien ESWL terbukti efektif digunakan untuk sedasi daripada midazolam.⁷ Dalam sebuah studi fenomenologis dengan sembilan pasien dalam masa pemulihan pasca operasi pasien diberikan relaksasi dengan mendengarkan musik dan perawat menyatakan bahwa mereka senang merawat pasien tanpa kecemasan.⁷

Tabel 3

Haemodinamik Partisipan Pre dan Post Intervensi Musik Gamelan di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang. Bulan November 2013 (n= 10)

Partisipan	Tekanan Darah		Nadi		RR		Perubahan		
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	TD	N	RR
Ny. T.P	128/88	122/88	82	80	20	20	6/0	2	0
Ny. T.S	134/91	136/87	92	93	24	24	2/4	1	0
Ny. S.H	141/97	138/98	96	96	24	24	3/1	0	0
Ny. M	126/80	114/74	83	77	24	24	12/6	6	0
Ny. A	126/84	120/78	87	80	22	20	6/6	7	2
Tn. S	120/70	112/68	93	20	24	20	8/2	8	4
Tn. M	140/90	139/88	86	22	25	22	1/2	9	3
Tn. R	150/100	147/92	110	25	28	25	3/8	24	3
Tn. D	130/90	126/85	98	24	29	24	4/5	6	5
Tn. M	120/80	117/75	92	22	26	22	3/5	14	4

Penelitian terdahulu yang ditemukan juga menunjukkan bahwa musik efektif untuk mengurangi kecemasan dan nyeri. Sebuah penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa ada perbedaan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi sebelum dan sesudah pemberian musik klasik di RSUD Tugurejo Semarang dengan *p value* <0,05.¹⁴

Arti kata musik dalam terapi musik digunakan untuk menjelaskan media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi. Berbeda dengan berbagai terapi dalam lingkup psikologi yang justru mendorong klien untuk bercerita tentang permasalahan-permasalahannya.⁸ Musik dikategorikan sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan dalam kriteria alternatif *caring-health therapy* untuk meminimalkan kecemasan pre operasi.¹⁵

Tabel 4.3 di atas menunjukkan bahwa selain penurunan tingkat kecemasan, kondisi haemodinamik partisipan juga mengalami penurunan. Tanda-tanda vital pasien mengalami penurunan yang bervariasi antara pre dan post intervensi seperti penurunan tekanan darah adalah sekitar 1-12 mmHg, penurunan nadi 1-24 x/ menit dan *respiratory rate* turun sebanyak 2-5 x/ menit. Penurunan tanda vital terjadi seiring dengan relaksasi dari tubuh partisipan.⁷

Intervensi musik dilakukan dengan tujuan untuk membantu mengekspresikan perasaan, mengurangi ketegangan otot, dan menurunkan kecemasan. Musik yang digunakan sebagai terapi relaksasi memberikan pengaruh pada perasaan emosional dan respon fisiologis seseorang.⁸ Musik diperkirakan memiliki banyak efek pada individu seperti mengurangi stres, mengalihkan perhatian, memberikan efek relaksasi, dan meringankan insomnia.¹⁶ Terbawanya irama tubuh dengan musik akan mengurangi aktivitas sistem saraf simpatik. Respon ini selanjutnya menyebabkan penurunan aktivitas adrenergik dan penurunan gairah neuromuskuler, yang semuanya kemudian dimanifestasikan secara fisiologis sebagai respons relaksasi berupa penurunan denyut jantung, laju pernapasan, tingkat metabolisme, konsumsi oksigen, ketegangan otot, epinefrin, keasaman lambung, dan aktivitas kelenjar keringat, serta penurunan tekanan darah.⁷

Selain menurunkan kecemasan, musik juga dapat mempengaruhi fisiologis pasien seperti tekanan darah, nadi, dan pernafasan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pada pasien yang mendapat intervensi musik gamelan, akan mengalami penurunan yang signifikan pada respon simpatik fisiologisnya. Hal tersebut ditunjukkan oleh penurunan tekanan darah sistolik pasien dengan intervensi musik gamelan secara signifikan.¹³

KESIMPULAN

Peran perawat dalam mengintervensi kecemasan pasien pre operasi dapat melakukan tindakan mandiri keperawatan. Tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan antara lain dengan memberikan relaksasi salah satunya yaitu terapi musik.

Research Based Nursing Practice (RBNP) yang telah diaplikasikan pada pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang menunjukkan bahwa intervensi musik gamelan terbukti dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operatif.

Rata-rata kecemasan yang dialami partisipan adalah cemas sedang dan setelah diberikan intervensi musik gamelan rata-rata kecemasan klien turun menjadi cemas ringan dengan demikian terjadi penurunan kecemasan satu level di bawahnya

SARAN

Salah satu alasan mengapa musik merupakan terapi yang menarik untuk intervensi keperawatan karena musik tidak berbahaya dan mudah untuk diterima. Memberikan terapi musik kepada pasien adalah intervensi yang murah, karena tidak memerlukan penggunaan sumber daya manusia atau tambahan lainnya, seperti pelatihan atau peralatan khusus. Hal ini merupakan alasan yang kuat mengapa terapi musik sangat tepat digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam asuhan keperawatan pre operasi. Oleh karena itu diharapkan perawat dapat mengaplikasikan intervensi musik gamelan untuk mengurangi kecemasan pada pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Long, BC. Perawatan Medical Bedah. Volume 2. Jakarta: EGC. 1996.
2. Puryanto. Perbedaan Tingkat Kecemasan Pasien Pre operatif selama menunggu jam Operasi antara Ruang Rawat Inap dengan Ruang Persiapan Operasi Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta. 2008. Diakses pada 4 November 2013. URL: <http://etd.eprints.ums.ac.id/4455/J210070104.pdf>
3. Potter, PA & Perry, AG. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Vol 2. Edisi 4. Jakarta: EGC. 2005.
4. Departemen Kesehatan. Keperawatan Jiwa. Jakarta: Depkes. 2008.
5. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Keperawatan Jiwa. Cetakan 1. Jakarta: DEPKES. 2000.
6. Ramdhani & Putra. Studi Pendahuluan Multimedia interaktif “Pelatihan Relaksasi”. 2009. Diakses pada 4 November 2013. URL: <http://neila.staff.ugm.ac.id/wordpress/wpcontent/uploads/2009/08/relaksasi-otot.pdf>
7. Arslan, S. Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. Australian Journal of Advanced Nursing Volume 26 Number 2. 2007.
8. Djohan. Terapi Musik Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Galangpres. 2006.
9. Suhartini. Effectiveness Of Music Therapy Toward Reducing Patients Anxiety In Intensive Care Unit. Media Ners, Volume 2, Nomor 1, Mei 2008, hlm 1-44.
10. Johnson, Raymond and Goss. *Perioperatif Music or Headsets to Decrease Anxiety*. American society of peri anesthesia nurses. 2012.
11. Muttaqin, A. Asuhan Keperawatan Perioperatif: Konsep, Proses dan Aplikasi. Jakarta: EGC. 2009.
12. Hamilton. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A). Br. J. Med Psychol. 1959. 32:50-55.
13. Suhartini. Gamelan Music and Physiological Responses in Pasien with Ventilator Support. Media Medika Indonesiana. Volume 46, No. 3. 2012.
14. Qulsum. Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Pasien Operasi Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Musik Klasik di RSUD Tugurejo Semarang. Skripsi: STIKES Telogorejo Semarang. 2011.
15. Norred, CL. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring-healing therapies. Association of Operating Room Nurses Journal. 2000. 838-843.

JUDUL	Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Melaksanakan <i>Patient Safety</i> di Kamar Bedah RS Telogorejo Semarang
PRESENTER	Ni Luh Putu Ariastuti
AUTHOR (S)	Ni Luh Putu Ariastuti, Ani Margawati, Wahyu Hidayati
INSTITUSI	PSMK FK UNDIP

PENDAHULUAN

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan salah satu dimensi mutu yang saat ini menjadi pusat perhatian para praktisi pelayanan kesehatan dalam skala nasional maupun internasional. Keselamatan pasien adalah hak bagi setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan dan menjadi standar pertama dari tujuh standar keselamatan pasien di rumah sakit.¹ *World Health Organization* (WHO) melakukan *collaborating center for patient safety* dengan *Joint Commission International* (JCI) menerbitkan enam program menuju keselamatan pasien di rumah sakit, meliputi: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan resiko pasien jatuh.²

Patient safety sebagai transformasi kultural melalui perubahan budaya, mengharapakan:³ *cultur safety, blame-free culture, reporting culture* dan *learning culture*, maka diperlukan *intervensi multilevel*, multi dimensi terfokus pada misi dan strategi organisasi, *leadership style* serta budaya organisasi. Perubahan tidak bisa berjalan begitu saja, tetapi dimulai dengan pengenalan keuntungan dari perubahan tersebut, selanjutnya diciptakan suatu pola pikir melalui edukasi atau membekali pengetahuan pada staf agar tercipta persepsi yang sama. Edukasi melalui pelatihan staf untuk keselamatan pasien tidak berhenti setelah selesai kegiatan pelatihan tetapi berlanjut hingga mereka kembali bekerja ke unit kerja masing-masing. Guna menunjang keperluan tersebut, maka pelatihan keselamatan pasien (*Patient Safety*) di rumah sakit selayaknya ditindaklanjuti dengan monitoring dan evaluasi kenyataan yang ada di semua unit pelayanan.

Penanganan bedah telah menjadi komponen penting dalam bidang kesehatan di seluruh dunia. Komplikasi dan kematian akibat pembedahan menjadi salah satu masalah kesehatan global. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sedikitnya ada setengah juta kematian akibat pembedahan yang sebenarnya bisa dicegah. “*To Err is Human, Building to safer Health System*” merupakan masalah besar sistem pelayanan kesehatan. Kondisi pasien tidak mengalami cedera namun terjadi kesalahan disebut kejadian nyaris cedera (*near miss*), kondisi pasien mengalami cedera lebih disebabkan oleh kesalahan manajemen medis daripada kondisi pasien sendiri disebut kejadian tidak diharapkan /KTD (*adverse event*), kondisi pasien hingga akhirnya meninggal atau cedera serius disebut kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak diterima / kejadian sentinel.⁴

Dampak dari kejadian tidak diharapkan sangat beragam, mulai dari yang ringan dan sifatnya *reversible* hingga yang berat berupa kecacatan atau bahkan kematian. Sebagian penderita terpaksa harus di rawat di rumah sakit lebih lama yang akhirnya berdampak pada biaya perawatan yang lebih besar. Kerugian bagi pihak rumah sakit antara lain

biaya yang harus dikeluarkan menjadi lebih besar dalam upaya pencegahan terhadap pasien jatuh dengan cedera, luka tekan atau dekubitus, infeksi nosokomial, kesalahan obat.⁵

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua *stakeholder* rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit. Pembentukan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) diresmikan oleh Menteri Kesehatan 1 Juni 2005, mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada Seminar Nasional PERSI 21 Agustus 2005. KKP-RS menyusun panduan tujuh langkah menuju keselamatan pasien bagi staf rumah sakit. Tahun 2006 tujuh langkah menuju keselamatan pasien dijadikan instrumen akreditasi. Kurun waktu satu tahun, selama akreditasi telah terkumpul pelaporan kejadian dari beberapa rumah sakit ke KKP-RS.

Menurut KKP-RS, mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan propinsi pada tahun 2007 ditemukan propinsi DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9% diantara delapan propinsi lainnya (Jawa Tengah 15,9%, D.I. Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7%, Sulawesi Selatan 0,7%). Bidang spesialisasi unit kerja ditemukan kesalahan paling banyak adalah pada unit penyakit dalam, bedah dan anak sebesar 56,7% dibandingkan unit kerja yang lain. Pelaporan jenis kejadian *near miss* 47,6% ditemukan lebih banyak dibandingkan KTD 46,2%.⁴

Pelayanan keperawatan berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit yang menjadi standar pertama dalam standar kinerja profesional perawat, termasuk didalamnya adalah keselamatan pasien. Keselamatan pasien bagi perawat tidak hanya merupakan pedoman tentang apa yang harus dilakukan, namun sebagai komitmen yang tertuang dalam kode etik perawat dalam memberikan pelayanan yang aman, sesuai kompetensi.⁷

Oleh sebab itu, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam melaksanakan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

METODE

Penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif analitik *design* penelitian *Cross Sectional Study* dengan *total sampling*, dilakukan pada seluruh perawat kamar bedah yang bekerja di Rumah Sakit Telogorejo Semarang mulai bulan Oktober 2013 dengan kriteria inklusi : perawat pelaksana yang bekerja di kamar bedah, tidak sedang cuti dan bersedia menjadi responden.

Alat penelitian menggunakan kuesioner yang telah diuji reliabilitas dan validitas di RS Pantiwilasa Citarum dan Cipto Semarang dengan nilai reliabilitas memakai *alpha cronbach*, dan nilai validitas memakai *Product Moment* dengan nilai r hitung $> 0,374$.

Kuesioner diberikan kepada responden setelah diberikan penjelasan tentang semua aspek yang tercantum dalam lembar penjelasan penelitian. Responden menyetujui dengan menandatangani *informed consent* dan penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik FK Undip/RSUP dr. Kariadi Semarang.

Data yang sudah dikumpulkan dan sudah diperiksa kelengkapannya, dilakukan teknik pengolahan data dan analisis dengan menggunakan SPSS 16.0. Uji statistik bivariat menggunakan Chi square dan multivariat menggunakan regresi logistik.

HASIL

Penelitian dilakukan pada 50 responden dengan menunjukkan :

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan faktor predisposisi, faktor enabling dan reinforcing tentang *Patient safety* di Kamar Bedah Rumah Sakit Telogorejo Semarang Tahun 2013 (n = 50)

Karakteristik	Responden	Frek	Prosentase
<i>Faktor Predisposisi</i>			
Umur	< 40 Tahun	37	74
	≥ 40 Tahun	13	26
	Total	50	100
Jenis kelamin	Laki-laki	6	12
	Perempuan	44	88
	Total	50	100
Status pernikahan	Belum Menikah	17	34
	Menikah	33	66
	Total	50	100
Lama bekerja	< 10 Tahun	28	56
	> 10 Tahun	22	44
	Total	50	100
Pendidikan	SPK – D3 Keperawatan	39	78
	S I Keperawatan – Profesi Ners	11	22
	Total	50	100
Pelatihan	Belum Pernah	6	12
	Pernah	44	88
	Total	50	100
Pengetahuan	Kurang	7	14
	Baik	43	86
	Total	50	100
<i>Faktor Enabling</i>			
Struktur organisasi	Kurang	10	20
	Baik	40	80
	Total	50	100
Desain pekerjaan	Kurang	3	6
	Baik	47	94
	Total	50	100
Kepemimpinan	Kurang	2	4
	Baik	48	96
	Total	50	100
Imbalan	Kurang	8	16
	Baik	42	84
	Total	50	100
Sarana prasarana	Kurang	6	12
	Baik	44	88
	Total	50	100

Faktor Reinforcing			
Kebijakan	Kurang	2	4
Rumah Sakit	Baik	48	96
	Total	50	100
Sikap Tim Medis	Kurang	8	16
	Baik	42	84
	Total	50	100

Tabel 2
 Hasil Analisis Bivariat
 Variabel Faktor Predisposing, Faktor Pendukung, Faktor Pendorong pada Pelaksanaan
Patient Safety Perawat di Kamar Bedah
 Rumah Sakit Telogorejo Semarang
 Tahun 2013 (n=50)

No	Variabel Independen	Analisa Data	
		p value	OR
<i>Factor Predisposing</i>			
1	Umur	0.001*	16.25
2	Jenis kelamin	0.513	-
3	Status pernikahan	0.152*	-
4	Masa kerja	0.012*	1.294
5	Pendidikan	0.573	-
6	Pelatihan	0.000*	86.00
7	Pengetahuan	0.001*	56.00
<i>Factor Enabling</i>			
1	Struktur organisasi	0.000*	0.500
2	Desain kerja	0.001*	23.50
3	Sikap pimpinan	0.008*	16.00
4	Imbalan	0.000*	0.375
5	Sarana Prasarana	0.000*	86.00
<i>Factor Reinforcing</i>			
1	Kebijakan	0.008*	16.00
2	Sikap Tim Medis	0.000*	0.375

*Kandidat yang masuk Multivariat

Variabel yang masuk dalam analisis multivariat adalah variabel dengan p value <0,25, dan mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai $p > 0,05$ secara berurutan dimulai dari yang terbesar, seperti tercantum dalam tabel 3.

Tabel 3
 Hasil Analisis Regresi Logistik (Akhir)
 Faktor yang Paling Berpengaruh dengan Pelaksanaan *Patient Safety* pada Perawat di
 Kamar Bedah Rumah Sakit Telogorejo Semarang
 Tahun 2013 (n = 50)

Variabel	B	SE	Wald	df	P value	Exp B (95% CI)
Pelatihan	3.427	1.516	5.112	1	0.024	30.793 (1.5-600,8)
Pengetahuan	2.909	1.515	3.684	1	0.055	18.940 (0.9-357.5)

Berdasarkan tabel 3, didapatkan bahwa: faktor yang paling mempengaruhi terhadap *patient safety* di RS Telogorejo adalah 1) variabel pelatihan 2) variabel pengetahuan.

PEMBAHASAN

A. Hubungan Faktor Predisposisi

1. Hubungan Umur dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Tenaga perawat di kamar bedah RS Telogorejo sebagian besar berada pada tahap dewasa muda (18-40 tahun). Dimana seseorang memiliki kesehatan fisik mencapai puncaknya, kematangan kognitif baik, sistematis saat memecahkan masalah, dapat menyelesaikan pekerjaan sesuai minat dan jenis yang diemban. Terkait dengan pelaksanaan *patient safety* sebagai bentuk paradigma baru di kamar bedah, ternyata kategori umur dewasa muda ini mampu menyesuaikan diri di lingkungan pekerjaan yang baru, bersemangat dan berpeluang mengembangkan kinerja secara optimal dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan ketrampilan.

2. Hubungan jenis kelamin dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*

Perawat di kamar bedah sebagian besar adalah perempuan 44 responden (88%), dikarenakan sejak berdirinya rumah sakit Telogorejo Semarang tahun 1925 hingga 2011 hanya menerima perawat perempuan saja. Mengingat stigma yang berlaku saat itu, bahwa perawat perempuan identik dengan rasa keibuan, diharapkan bisa lebih *care* terhadap pasien. Namun sejak awal tahun 2012, RS Telogorejo sudah dapat menerima perawat laki-laki yang dialokasikan pada unit-unit khusus, seperti kamar bedah, ICU dan UGD dengan jumlah terbatas. Dengan pertimbangan, laki-laki identik dengan sifat superior dan perempuan identik dengan sifat inferior.

Terkait dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang, tidak ditemukan adanya perbedaan antara kinerja berdasarkan jenis kelamin, yakni pada perawat perempuan maupun laki-laki. Hal ini disebabkan karena semua perawat bekerja berdasarkan standar prosedur operasional. Walaupun karakter dan tumbuh kembang pada laki-laki dan perempuan terdapat perbedaan.

3. Hubungan status pernikahan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*

Hasil analisa bivariat p value 0.152, $\alpha = 0,05$ memperlihatkan tidak terdapat hubungan antara status pernikahan dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang. Penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat siagian yang mengatakan bahwa status pernikahan berpengaruh terhadap perilaku kehidupan organisasinya baik secara positif maupun negatif. Pengaruh positifnya adalah karyawan yang telah menikah memiliki motivasi dan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi dan kinerja yang lebih baik daripada keluarga yang belum menikah. Karyawan yang telah menikah lebih sedikit absensinya, pindah kerja (*turnover*) yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaannya daripada rekan kerja yang belum menikah. Status pernikahan akan menentukan tingkat kompleksitas masalah pribadi dalam pemenuhan kebutuhan keluarga dan mencapai maturasi keluarga.^{8,9}

4. Hubungan lama bekerja dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*

Hasil analisa bivariat p value 0.012, $\alpha=0,05$ dan nilai OR=1.294 memperlihatkan ada hubungan antara masa kerja dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Masa kerja merupakan waktu dimana perawat mulai bekerja sebagai karyawan tetap rumah sakit hingga saat ini. Perawat pelaksana di kamar bedah RS Telogorejo memiliki lama kerja signifikan. Yakni < 10 tahun sebanyak 28 responden, termasuk dalam kategori junior dan ≥ 10 tahun sebanyak 22 responden, termasuk dalam kategori senior. Masa kerja lama (*senior*) akan mendapatkan pengalaman yang lebih banyak daripada yang baru (*junior*). Semakin lama perawat bekerja, semakin banyak kasus spesifik yang ditangani sehingga semakin meningkat pula pengalaman (pemikiran dan tindakan). Terkait dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah, perawat senior memberikan pengalamannya melalui tukar pendapat dengan perawat junior.

Hal ini sesuai dengan Harrison & Hubart yang mengatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja, akan semakin banyak pengalaman yang didapat sehingga memudahkan untuk memahami dan berpeluang untuk berprestasi dan beradaptasi dengan lingkungan dimana berada.¹⁰ Akan tetapi di sisi lain, dengan lamanya seseorang melakukan pekerjaan, maka akan membuat semakin bosan dan menyepelkan aturan yang berlaku.

5. Hubungan pendidikan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat p value 0.573, $\alpha=0,05$ memperlihatkan tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Tingkat pendidikan perawat di kamar bedah RS Telogorejo Semarang termasuk perawat profesional sesuai dengan PPNI & Depkes RI, yakni DIII Keperawatan dan S1 Keperawatan. Tetapi, saat perawat di klinik, pendidikan formal saja tidak cukup. Pengetahuan harus dilengkapi dengan beberapa pelatihan dan pengalaman, guna mendukung penampilan kinerjanya dalam hal kognitif, psikomotor dan sikap yang tidak didapatkan pada saat pendidikan. Individu harus termotivasi untuk belajar dari diri sendiri. Dalam meningkatkan SDM, manajemen (*Nursing Development* dan *HRD*) berusaha mengelola pengembangan keilmuan dan potensi perawat sesuai posisinya, untuk mendapat pengakuan/penghargaan profesional dan memaksimalkan pencapaian jenjang karir.

Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmojo yang mengatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan lebih rasional dan kreatif, terbuka dalam menerima bermacam pembaharuan.¹¹ Pendidikan merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat meningkatkan pengetahuan perawat untuk dapat melaksanakan pedoman *patient safety*, sehingga dapat menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD). Peningkatan pendidikan melalui pendidikan berkelanjutan, transfer pengetahuan dan diskusi merupakan komponen dasar seseorang dalam bekerja. Namun tingkat pendidikan saja tidaklah cukup, harus diimbangi dengan pengalaman untuk mengembangkan kemampuan dan kualitas kepribadian seseorang.

6. Hubungan pelatihan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat *p value* 0.000, $\alpha = 0,05$ dan nilai OR = 86.00, memperlihatkan ada hubungan antara pelatihan dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Pelatihan adalah proses sistematis perubahan perilaku para pegawai dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan organisasi. Pelatihan diperuntukkan bagi pegawai pelaksana untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan teknis, mengembangkan sikap dan tingkah laku. Sehingga pelatihan merupakan proses mengajarkan pada karyawan baru atau lama tentang keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan sebagai individu maupun sebagai anggota tim guna mencapai sasaran yang ditetapkan dalam organisasi sebaik-baiknya. Pelatihan terhadap perawat adalah proses belajar seumur hidup yang bersifat kontinue dan dinamis. Pelatihan dapat ditingkatkan dengan *job training* maupun *out training* agar proses transfer ilmu dengan diskusi semakin meningkatkan pemahaman perawat pelaksana tentang konsep dan aplikasi penerapan budaya keselamatan pasien.

Mengubah suatu kebiasaan, perilaku dan nilai lama menjadi nilai baru tidaklah mudah. Kurt Lewin mengatakan bahwa individu, kelompok atau organisasi akan berubah atau tidak tergantung dua faktor yaitu daya dorong (*driving force*) dan keengganan (*resistences*). Perubahan akan terjadi apabila daya dorong melebihi kekuatan keengganan. Rumusan langkah-langkah dapat melalui *unfreezing old behaviour, introduce new behaviour, refreezing*.¹²

7. Hubungan pengetahuan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat *p value* 0.001, $\alpha=0,05$ dan nilai OR=56.00 memperlihatkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu obyek. Pengetahuan juga merupakan sebuah informasi, fakta, hukum prinsip, proses, kebiasaan yang terakumulasi dalam pribadi seseorang sebagai hasil proses interaksi dan pengalamannya dengan lingkungan.¹¹

Pengetahuan sebagai komponen *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo merupakan salah satu faktor yang turut berkontribusi mempengaruhi munculnya KTD (kejadian tidak diharapkan). Pengetahuan responden tidak saja diperoleh melalui pengalaman dalam lingkungan hidupnya, tetapi dapat juga melalui literatur berupa buku, kepustakaan, sosialisasi dan lain sebagainya. Pengetahuan akan disesuaikan dan dimodifikasi dengan realita baru dalam lingkungan

mengikuti proses dalam diri individu melalui:¹²1) *Awareness* (kesadaran) dimana seseorang menyadari dengan cara mengetahui terlebih dahulu stimulus, 2) *Interest* (tertarik), dimana seseorang mulai menaruh perhatian serta tertarik, 3) *Evaluation* (menimbang), dimana seseorang mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus bagi dirinya sehingga akan lebih baik lagi, 4) *Trial* (mencoba perilaku baru), 5) *Adaption*, yang kemudian akan dipraktekkan / diaplikasikan dalam lingkungan kerjanya.

B. Hubungan Faktor Pendukung.

1. Hubungan struktur organisasi dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat nilai $p=0,000$, $\alpha=0,05$ dan $OR = 0,500$ memperlihatkan ada hubungan antara struktur organisasi dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Struktur organisasi merupakan kerangka dan susunan perwujudan pola tetap hubungan di antara fungsi-fungsi, bagian-bagian, tugas, wewenang dan tanggung jawab yang berbeda-beda dalam suatu organisasi. Struktur mengandung unsur spesialisasi kerja, standarisasi, koordinasi, sentralisasi atau desentralisasi dalam pembuatan keputusan dan besaran satuan kerja.⁸ Membentuk garis komando, garis komunikasi yang baik untuk saling memberikan informasi terkait bidang tugas masing-masing dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan.

Sistem manajemen mutu di RS mencakup dokumentasi, penerapan, pemeliharaan dan perbaikan yang berkesinambungan seluruh proses atas semua aktifitas di rumah sakit. Manajemen mempunyai komitmen membangun dan menerapkan sistem manajemen mutu melalui mengkomunikasikan kepada seluruh bagian mengenai pentingnya pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarga, peraturan yang berlaku, menetapkan kebijakan mutu dan sasaran, memimpin tinjauan manajemen dan menyediakan sumber daya yang diperlukan.

2. Hubungan desain pekerjaan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat nilai $p=0,001$, $\alpha=0,05$ dan $OR=23,50$ memperlihatkan ada hubungan yang bermakna antara desain kerja dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Desain pekerjaan atau *job design* merupakan faktor penting dalam suatu organisasi, termasuk organisasi RS Telogorejo Semarang. Pekerjaan yang di desain dengan baik akan dapat meningkatkan motivasi, produktivitas dan kepuasan kerja. Proses mendesain pekerjaan dapat dilakukan dengan dua cara yaitu pendekatan dari bawah ke atas / *bottom up* dan pendekatan dari atas ke bawah / *top down*. Desain kerja merupakan proses dimana manajer memutuskan tugas dan wewenang secara individual, fokus pada departemen, dan digabung untuk membentuk pekerjaan yang lengkap seluruh stuktur. Pengelompokan dan pembagian kerja antara jumlah tugas yang dibebankan harus sesuai dengan kemampuan, siapa yang menerima tugas, Siapa atasan langsung, perincian aktifitas jelas dan tertulis serta mengetahui kepada siapa harus melapor, meminta bantuan atau bertanya. Desain kerja akan memberikan kejelasan suatu kegiatan yang dilakukan, sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan secara optimal, terjamin keamanannya serta meningkatkan mutu.

3. Hubungan kepemimpinan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat diperoleh nilai $p=0,008$, $\alpha=0,05$ dan $OR=16,00$ memperlihatkan ada hubungan antara desain kerja dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang

Kepemimpinan merupakan elemen yang penting dalam suatu organisasi baik formal maupun informal. Kepemimpinan dapat didefinisikan sebagai proses membujuk (*inducing*) orang-orang lain untuk mengambil langkah menuju sasaran bersama, peran kepemimpinan sangat besar untuk memotivasi anggota organisasi dalam memperbesar energi untuk berperilaku dalam upaya mencapai tujuan kelompok.¹³

Membangun budaya yang aman dalam bekerja sangat tergantung dari kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi untuk mendengarkan dan mendukung seluruh anggota tim pemberi pelayanan kesehatan. Pimpinan perlu menggerakkan staf untuk mendesain sistem kerja yang baik berdasarkan pada bukti ilmu kesehatan melalui mengembangkan dan mendukung pelaksanaan pelayanan dalam meningkatkan kemampuan kerja tim dan manajemen resiko, membangun budaya *patient safety* dan belajar berkesinambungan, memastikan tugas dilaksanakan berdasarkan bukti, pasien dan sistem, guna meminimalkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD).

4. Hubungan imbalan dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat diperoleh nilai $p=0,000$, $\alpha=0,05$ dan $OR=0,375$ memperlihatkan ada hubungan antara imbalan dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Imbalan/kompensasi mengandung arti pembayaran atau imbalan baik langsung maupun tidak langsung yang diterima karyawan sebagai hasil dari kinerja. Pemberian imbalan tidak selalu dalam bentuk uang, sebab bentuk materiil dalam suatu waktu akan mencapai titik jenuh.¹⁴ Imbalan diberikan bukan karena jasa atau prestasi semata, tetapi justru mengharap agar orang yang bersangkutan dapat berprestasi atau berjasa lebih baik dari yang sebelumnya.¹³ Perolehan seperti upah, promosi, teguran untuk bekerja yang lebih baik mempunyai nilai yang berbeda bagi tiap orang. Manajer keperawatan harus memperhatikan imbalan non materiil seperti suasana kerja yang kondusif, kesempatan pengembangan kreativitas, syarat kerja yang tidak terlalu ketat dan kondisi kerja yang lebih manusiawi.

5. Hubungan sarana prasarana dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat diperoleh nilai $p=0,000$, $\alpha=0,05$ dan $OR=86,00$, memperlihatkan ada hubungan antara sarana prasarana dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

RS dalam kegiatannya telah menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Guna mencapai tujuan ini, fasilitas fisik, medis dan peralatan lainnya telah dikelola secara efektif dan perawatan kontinue. Manajemen berusaha mengurangi dan mengendalikan bahaya/resiko, mencegah kecelakaan/cidera, memelihara kondisi aman, melalui: 1) perencanaan ruang, peralatan dan sumber daya yang dibutuhkan guna menunjang pelayanan klinis yang diberikan, 2) pelatihan kepada seluruh staf tentang fasilitas, cara mengurangi resiko dan bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang menimbulkan

resiko, 3) pemantauan sistem dan kinerja secara multidisiplin guna mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan.

Menyediakan alat perlindungan diri yang diwajibkan bagi pekerja yang berada di bawah organisasinya dan menyediakan bagi orang lain, setiap akan memasuki tempat kerja tersebut. Disertai dengan petunjuk yang diperlukan menurut pengawasan dan ahli keselamatan kerja sesuai dengan UU No. 1 tahun 1970 pasal 14 butir c tentang keselamatan kerja.¹⁵ Perawat di kamar bedah juga sudah mempunyai kemampuan untuk melindungi diri dalam pekerjaan dengan menggunakan APD sesuai fungsi dan mengisolasi dari bahaya di tempat kerja. Perlindungan efektif dicapai melalui kecocokan, kesesuaian, perawatan dan ketepatan kegunaan alat. Kompetensi dan pengetahuan saja belum cukup, sehingga perawat mendukung dengan peduli/berperilaku aman dalam bekerja sehari-hari sebagai landasan membentuk budaya keselamatan (*safety culture*).

C. Hubungan Faktor Pendorong

1. Hubungan kebijakan rumah sakit dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat diperoleh nilai $p=0,008$, $\alpha=0,05$ dan $OR = 16,00$. memperlihatkan ada hubungan antara kebijakan dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang.

Kebijakan adalah suatu komitmen sebagai kecenderungan mengikat dalam garis dan aktivitas yang konsisten guna mencapai kualitas yang diinginkan, proses berkesinambungan dan harus dipelihara di kalangan staf dalam suatu organisasi. Depkes menjelaskan bahwa kebijakan rumah sakit merupakan bentuk komitmen *stake holder* rumah sakit untuk mencapai aspek peningkatan pelayanan kesehatan termasuk keselamatan pasien yang menjadi prioritas utama dan telah menjadi isu global. Terkait dengan mutu layanan dan peningkatan jaminan mutu (*Quality Assurance*).^{1,8}

RS menciptakan budaya *patient safety*. Prinsip perancangan sistem keselamatan meliputi: 1) Cara mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*), 2) Merancang sistem agar suatu kesalahan dapat dikurangi (*mitigating the effects of errors*), 3). Merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*).

2. Hubungan sikap tim medis dengan tindakan perawat dalam melaksanakan *patient safety*.

Hasil analisa bivariat nilai $p=0,000$, $\alpha=0,05$ dan $OR = 0,375$ memperlihatkan ada hubungan antara tim medis dengan pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang

Kamar bedah dengan tim yang multidisiplin, menjadikan perawat-dokter harus bekerja sesuai dengan harapan, kebutuhan, standar praktek, standar kerja secara individu maupun *peergroup*. Lingkup praktek perawat-dokter sangat jelas berbeda. Dimana dokter bertindak untuk *cure* dan perawat bertindak untuk *care*. Perawat-dokter merupakan tenaga kesehatan berdasar PP No.32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, dalam pasal 2 ayat 1. Tenaga kesehatan mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.

Kolaborasi perawat-dokter dalam melaksanakan *patient safety* terjalin dengan baik karena adanya komunikasi efektif, saling memiliki respect dan kepercayaan,

memberi dan menerima umpan balik yang jelas, kesepakatan mengambil keputusan yang tepat, mampu mengelola konflik. Sehingga perawat merasa nyaman dalam melakukan tugasnya dengan optimal dan dokter merasa puas dengan perawat sebagai mitra kerjanya.

D. Faktor yang Paling Berhubungan dengan Tindakan Perawat dalam Melaksanakan *Patient Safety* di Kamar Bedah RS Telogorejo Semarang.

Patient Safety merupakan suatu sistem (nilai, proses, hasil) rumah sakit menerapkan pengelolaan dan asuhan pasien lebih aman untuk mencegah terjadinya cedera, disebabkan kesalahan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Berdasarkan pengertian tersebut, untuk mencapai keselamatan (*safety*) di rumah sakit baik bagi pasien, petugas dan pengunjung rumah sakit diperlukan upaya mencegah terjadinya kesalahan. Terdapat 3 komponen utama dalam penerapan *patient safety* di rumah sakit yaitu: manajemen risiko (*risk management*), *clinical governance* dan *quality assurance*.^{1,8}

Aspek *patient safety* menjadi indikator akreditasi rumah sakit, termasuk lingkup *patient safety* di kamar bedah yang meliputi 6 IPSG yaitu:^{18,19,20,21} 1). Mengidentifikasi pasien secara benar, 2). Meningkatkan komunikasi efektif, 3). Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai dengan obat yang rupa dan nama sama, 4). Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, 5). Pengurangan Resiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan, 6). Mengurangi resiko jatuh.

Berdasarkan teori *Preced Proceed Model* (Lawrence Green, 1991) menjelaskan bahwa pelaksanaan *patient safety* sebagai perilaku/tindakan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain faktor *predisposing*, faktor *enabling* (pendukung) dan faktor *reinforcing* (pendorong).^{11,12}

Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *patient safety* adalah pelatihan dengan nilai $p\text{ value} = 0.024$ ($p < 0.05$) dan $\text{Exp}\{B\} = 30.793$ dan pengetahuan dengan nilai $p\text{ value} = 0.055$ ($p < 0.05$) dan $\text{Exp}\{B\} = 18.940$. Kemampuan RS Telogorejo dalam meningkatkan mutu *patient safety* dilakukan melalui optimalisasi perkembangan individu/perawat dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan sebagai proses sistematis, terorganisir untuk mempengaruhi produktifitas, kinerja, efektifitas serta penguasaan materi khusus (sasaran 6 IPSG) yang menjadi kewajiban dan harus dimiliki staf. Dampaknya adalah proses pengambilan keputusan yang semakin baik sehingga seseorang akan terhindar melakukan kesalahan. Keterampilan dalam pelatihan *patient safety* meliputi *physical skill*, *intellectual skill*, *social skill* dan *managerial skill*. Pelatihan yang diberikan dapat menjadi upayaantisipasi faktor kekuatan tekanan (*driving force*) yang dihadapi individu, kelompok dan organisasi sekaligus dapat meminimalisir faktor keengganan (*resistances*) yang dapat menghambat perubahan.

SIMPULAN

Variabel yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *patient safety* di kamar bedah RS Telogorejo Semarang adalah pelatihan dengan kekuatan hubungan nilai koefisien (β) = 3,427 dan nilai $\text{Exp}\{B\} = 30.793$. Masih diperlukan penelitian lebih

lanjut tentang penerapan *patient safety* di RS Telogorejo dari faktor motivasi perawat dan sikap pasien sebagai subyek penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. DepKes-RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Jakarta. 2006.
2. WHO Collaborating Centre for Patient safety Solution. Patient safety Solution. Vol.1. 2007.
3. Reiling, J.G. Creating aculture of patient safety through innovative hospital design. Journal Advance in Patient Safety. Maret 22, 2010. <http://www.ahrq.gov>.
4. Komite Keselamatan Rumah Sakit (KKP-RS) PERSI. Pedoman Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report). (ed-2). Jakarta. 2008.
5. Lumenta, N.A. Perkembangan tujuh program gerakan moral nasional keselamatan pasien di rumah sakit. Paper presented at Seminar Forum Mutu Pelayanan Kesehatan- Implementaasi Patient Safety di Indonesia, Bali. July, 2006.
6. Cahyono, B., S., B., J. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktek Kedokteran. Cetakan ke-5. Kanisius. 2008.
7. International Council of Nursing. Position Statement of Patient Safety. 2002.[http://www.cn.ch/PS_D05_Patient%20 Safety.pdf](http://www.cn.ch/PS_D05_Patient%20Safety.pdf).
8. Amsale Cherie., Ato Berhane G. Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Yogyakarta : Imperium. 2013.
9. Anwar Kurniadi. Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2013.
10. Pangabean, M.S. Manajemen Sumber Daya Manusia. Cetakan kedua. Jakarta : Galia Indonesia. 2004.
11. Notoadmojo. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta. 2010
12. Notoadmojo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta. 2007.
13. Nursalam. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta : Salemba Medika. 2011.
14. Hasibuan, M.S.P. Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi kedua. Jakarta : EGC. 2008.
15. Soehatman Ramli. Sistem Manajemen Keselamatan & Kesehatan Kerja. Jakarta : Dian Rakyat. 2010.
16. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI. Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan. Jakarta. 2008.
17. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan keteknisian Medik Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan di Rumah sakit. Jakarta. 2011.
18. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patients Safety a Guide for NHS Staff. 2003.
19. WHO. The Second Global Patient Safety Chalengge : safe Surgery Save Lives. First International Consultation Meeting WHO Headquarters, Geneva, Switzerland. 2007.
20. WHO. Surgical Safety Check List Reinforces Accepted safety Practices and Foster Better Commnication and Teamwork. 2009.

21. WHO (World alliance for patient safety and WHO Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft) : A summary cleans hands). [www. Who. Int/patient safety](http://www.who.int/patient_safety). 2005.
22. Joint Commision International (JCI). Patient Safety, essentials for health care. (International Edition).USA. 2006.

JUDUL	Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kualitas Hidup Anak Talasemia Beta Mayor di Instalasi Kesehatan Anak RSUP dr. Sardhito Yogyakarta Tahun 2013
PRESENTER	Nurullya Rachma
AUTHOR (S)	Sutanti, Nurullya Rachma
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRACT

Patients with beta thalassemia major usually need blood transfusions and routine medical care continuously. Patients need treatment in long term, hospitalized, and get the medical treatment during their lifetime. So it can causes serious implications for the health and it will impact to quality of life. The role of the family was an important in terms of providing social support and affecting quality of life of children with beta thalassemia major. Knowing the relationship between family social support and quality of life in children with beta thalassemia major in Child Health Instalation General Hospital Center dr. Sardjito Yogyakarta 2013. The study used chi-square test of correlation with cross-sectional approach. Subjects were pediatric patients with beta thalassemia major which amounted 40 people. Data obtained using questionnaires PedsQL family and social support that has been tested before.

About 80% respondents have a good family social support and 80% respondents have a normal quality of life. The results was found that there is a relationship between social support and quality of life in children with beta thalassemia major in Child Health Instalation General Hospital Center dr. Sardjito Yogyakarta 2013, with p -value 0.018 ($p < 0.05$).

Health agencies should incorporate family social support into standard operating procedures as long as providing nursing care. For future, researchers should use more larger sample in order to better results.

Keywords: *family social support, quality of life, beta thalassemia major.*

ABSTRAK

Pasien talasemia beta mayor sering mengalami gejala anemia akut sehingga selalu membutuhkan transfusi darah dan perawatan kesehatan secara rutin dan terus menerus. Perawatan yang lama, sering di rumah sakit dan tindakan pengobatan yang menimbulkan rasa sakit memiliki implikasi serius bagi kesehatan pasien sehubungan dengan kualitas hidupnya. Peran keluarga penting dalam hal memberikan dukungan sosial terhadap penderita. Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak RSUP dr. Sardjito Yogyakarta

Penelitian menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitian adalah pasien anak dengan talasemia beta mayor yang berjumlah 40 orang. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner PedsQL dan dukungan sosial keluarga yang telah diuji sebelumnya. variabel dukungan sosial keluarga mayoritas responden memiliki dukungan sosial keluarga yang baik (80%) dan variabel kualitas hidup mayoritas responden kualitas hidupnya normal (80%). Hasil analisa didapatkan ada hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dengan p -value sebesar 0,018 ($p < 0,05$).

Instansi kesehatan perlu memasukkan dukungan sosial keluarga ke dalam standar operasional prosedur selama memberikan asuhan keperawatan. Peneliti selanjutnya dapat menggunakan sampel yang lebih besar agar diperoleh hasil yang lebih baik.

Kata Kunci: dukungan sosial keluarga, kualitas hidup, talasemia beta mayor.

PENDAHULUAN

Talasemia beta mayor merupakan anemia yang terjadi akibat dari tidak terdapatnya produksi maupun penurunan produksi hemoglobin A (Burns,2006).Penderita talasemia beta mayor membutuhkan transfusi darah dan perawatan rutin seumur hidup untuk mempertahankan kadar hemoglobin tubuh di atas 9-10 gr/dl (Dewi,2009). Pemberian tranfusi darah dalam jangka waktu lama selain dapat berpengaruh terhadap kehidupan anak dan keluarganya, juga memberikan dampak fisik dan psikososial bagi penderitanya (Weatherall,2001).

Dampak fisik akibat dari transfusi darah adalah terjadinya hemosiderosis. Hemosiderosis merupakan penimbunan zat besi dalam jaringan tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ penting seperti hati, ginjal dan jantung (Weatherall,2001). Dampak psikososial yang dirasakan penderita timbul selama perawatan di rumah sakit, yaitu pada saat tindakan pengambilan darah dan pemberian obat pengikat besi. Tindakan tersebut dapat menimbulkan kecemasan pada anak (Shaligram,2007). Dampak fisik maupun psikososial yang dialami anak talasemia beta mayor dapat berpengaruh pada kualitas hidupnya (Thavorncharoensap,2010).

Kualitas hidup anak merupakan persepsi dan evaluasi anak terhadap kehidupan yang relevan dan perasaan anak yang berhubungan dengan masalah fungsinya dalam kehidupan (Preedy,2010). Kualitas hidup penderita talasemia selain dipengaruhi oleh perubahan fisik juga dipengaruhi oleh dukungan sosial (Bruggemann,2007). Dukungan sosial keluarga dapat memberikan pengaruh positif pada emosi penderita talasemia, sehingga hal ini dapat membantu mereka untuk lebih mudah menerima penyakit yang diderita (Bruggemann,2007). Penerimaan terhadap penyakit yang diderita, dapat meningkatkan kualitas hidup penderita talasemia.

Tujuan umum dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor. Tujuan khususnya untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga, gambaran kualitas hidup anak talasemia beta mayor menurut dirinya sendiri (*self report*).

Manfaat penelitian ini adalah memberikan informasi kepada profesi perawat, masyarakat, peneliti, institusi pendidikan dan instansi kesehatan mengenai hubungan dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor dan perlunya untuk meningkatkan kualitas hidup anak talasemia beta mayor.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan uji korelasi *chi-square* dengan pendekatan *cross sectional* dimana obyek penelitian hanya diukur dalam satu waktu secara bersamaan. Populasi dalam penelitian ini adalah anak dengan talasemia beta mayor yang kontrol dan dirawat di INSKA RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Sampel penelitian diambil dengan teknik *insidental sampling* dengan jumlah sampel ada 40 orang.

Kriteria inklusi responden pada penelitian ini adalah pasien talasemia beta mayor yang kontrol dan menjalani transfusi atau pengobatan di Instalasi Kesehatan Anak RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dengan rentang usia 8-18 tahun, dapat membaca dan menulis serta bersedia menjadi responden penelitian. Kriteria eksklusi responden pada penelitian ini adalah pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan pasien dalam keadaan kritis.

Pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner untuk mengukur dukungan sosial keluarga yang terdiri dari 26 pertanyaan dan dikategorikan dalam 4 aspek. Penelitian ini juga menggunakan kuesioner *Pediatric*

Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales laporan anak (*self report*) yang tersusun atas 23 item pertanyaan dan dikategorikan menjadi 4 domain fungsi fisik (8 item); fungsi emosi (5 item); fungsi sosial (5 item); fungsi sekolah (5 item).

HASIL PENELITIAN

Tabel 1

Karakteristik responden pasien talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta Bulan Januari Tahun 2013 (N=40)

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Usia	17	42.5
8-10 tahun	14	35.0
11-12 tahun	5	12.5
13-15 tahun	4	10.0
16-18 tahun		
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	1	2.5
SD	30	75.0
SMP	8	20.0
SMA	1	2.5
Lama terdiagnosis penyakit		
Kurang dari 5 tahun	10	25.0
5-10 tahun	26	65.0
11-15 tahun	4	10.0

Pada tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas usia responden yang mengikuti penelitian adalah berusia 8-10 tahun dengan persentase 42.5%, tingkat pendidikan SD dengan persentase 75% dan lama terdiagnosis adalah antara 5- 10 tahun dengan persentase 65%.

Tabel 2

Dukungan sosial keluarga pasien talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta, bulan Januari 2013(n=40)

Variabel Dukungan	Frekuensi	Persentasi (%)
Sosial Keluarga		
Kurang baik	8	20.0
Baik	32	80.0

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas dukungan sosial keluarga pada responden adalah baik dengan persentase 80,0%.

Tabel 3

Kualitas hidup pasien talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta, bulan Januari 2013 (n=40)

Variabel	Frekuensi (%)	Persentase (%)
Kualitas hidup		
Berisiko (< 65,48)	8	20.0
Normal (\geq 65,48)	32	80.0

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas kualitas hidup pada responden adalah normal dengan persentase 80%.

Tabel 4

Hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta, bulan Januari 2013 (n=40)

Variabel		Kualitas Hidup			Kemaknaan (p)	Koefisien Korelasi (r)
		Berisiko f (%)	Normal f (%)	Σ (%)		
Dukungan Sosial	Kurang Baik	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (100,0)	0.018	0.351
	Baik	4 (12,5)	28 (87,5)	32 (100,0)		

Pada tabel 4 menunjukkan adanya hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor dengan tingkat kemaknaan sebesar 0,018 dan nilai koefisien korelasi sebesar 35,1%.

PEMBAHASAN

Dukungan Sosial Keluarga Anak Talasemia Beta Mayor

Hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 40 responden mayoritas memiliki dukungan sosial keluarga yang baik yaitu sebanyak 32 anak (80%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial keluarga baik karena dukungan sosial keluarga merupakan faktor tertinggi yang berpengaruh pada kehidupan anak talasemia dan merupakan sumber dukungan yang utama (Yang,2001). Keluarga pada anak talasemia berperan secara psikososial membantu penyelesaian masalah, menghadapi perubahan fisik dan psikologis yang terjadi (Thanarattanakorn,2003).

Usia responden sebagian besar (77,5%) berusia 8- 12 tahun juga berpengaruh terhadap tingginya dukungan sosial keluarga, dimana pada usia ini merupakan usia sekolah. Anak usia sekolah dengan talasemia cenderung mengalami keterlambatan perkembangan karena keterbatasan kemampuan fisiknya (Indanah,2010). Hal ini menyebabkan orang tua yang mempunyai anak talasemia merasa khawatir berlebihan

tehadap kondisi yang dialami anaknya cenderung bersikap menerapkan perlindungan yang berlebihan (Thanarattanakorn,2003).

Faktor yang mendukung tingginya dukungan sosial keluarga adalah adanya kebijakan pemerintah terhadap pembebasan biaya perawatan dan pengobatan bagi pasien talasemia yang dikenal dengan Jaminan Pelayanan dan Pengobatan Pasien Talasemia (Permenkes, 2011). Jaminan pelayanan dan pengobatan berupa pembebasan biaya perawatan untuk tranfusi, pemeriksaan darah rutin dan kadar feritin serta pemberian obat pengikat besi. Hal ini mendukung tingginya dukungan materi yang diterima oleh anak talasemia pada penelitian ini.

Rumah Sakit Umum Pusat dr Sardjito juga merupakan pusat Perhimpunan Orang tua Penderita Talasemia Indonesia (POPTI) cabang Yogyakarta. Program – program yang ada dapat memberikan orang tua dan keluarga pengetahuan dan meningkatkan dukungan konseling yang mendukung keluarga dalam mengidentifikasi pengaruh atau dampak yang berhubungan dengan kondisi kronis anak (Dini,2011). Hal ini sesuai dengan nilai dukungan informasi yang cukup tinggi dalam penelitian ini.

Hasil penelitian ini didapatkan data bahwa sebanyak 20% (8 responden) memiliki dukungan keluarga yang kurang baik. Kondisi ini mungkin dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia responden yang berkisar antara 8 hingga 18 tahun. Usia ini merupakan usia sekolah dimana menunjukkan peningkatan dalam aktifitas motorik, sehingga membutuhkan banyak energi untuk pertumbuhan dan perkembangannya (Dini,2011). Responden merasa tidak diberi kebebasan untuk beraktifitas oleh keluarganya. Hal ini sesuai dengan rendahnya nilai dukungan sosial pada aspek dukungan penghargaan.

Kualitas Hidup Anak Talasemia Beta Mayor

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup normal, yaitu sebanyak 32 anak (80%). Kualitas hidup anak talasemia sebagian besar normal dipengaruhi oleh adanya faktor kondisi global yang meliputi kebijakan pemerintah dan asas – asas dalam masyarakat yang memberikan perlindungan anak dan pelayanan kesehatan (Bulan,2009). Kebijakan pemerintah tentang jaminan untuk pasien talasemia dapat membantu pasien untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan secara gratis, yang meliputi pemberian tranfusi, pemberian obat pengikat besi dan pemeriksaan kadar feritin. Adanya jaminan untuk pemberian tranfusi pada anak talasemia memungkinkan anak lebih adekuat mendapat tranfusi. Kadar Hb anak talasemia sebelum tranfusi dapat mempengaruhi kualitas hidup anak talasemia (Bulan,2009). Penelitian lain menyebutkan bahwa semakin tinggi kadar Hb sebelum tranfusi maka kualitas hidup anak semakin besar (Dini,2011).

Kebijakan pemerintah lainnya untuk jaminan penderita talasemia adalah program pemberian terapi pengikat besi secara peroral. Pemberian terapi pengikat besi secara rutin dapat mengurangi penumpukan besi dalam organ tubuh, dimana hal tersebut merupakan dampak dan komplikasi yang muncul pada anak talasemia (Mentzer,2006). Hasil penelitian yang dilakukan di Thailand menunjukkan bahwa anak talasemia mempunyai nilai kualitas hidup paling tinggi, hal ini karena 6 bulan sebelumnya pemerintah Thailand mengadakan program pemberian terapi pengikat besi (Staquet,1998).

Hasil penilaian kualitas hidup anak talasemia dalam penelitian ini menunjukkan bahwa nilai rerata 70,54 ($\pm 14,86$), dimana nilai tersebut diatas nilai rerata hasil penelitian di Semarang. Penilaian kualitas hidup meliputi 4 aspek yaitu fungsi fisik,

emosi, sosial dan sekolah. Hasil penilaian masing – masing aspek diperoleh nilai paling tinggi pada aspek fungsi sosial dengan nilai rerata 86,13 ($\pm 17,81$). Hal ini terjadi karena adanya faktor- faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup anak talasemia yaitu kondisi eksternal yang meliputi lingkungan tempat tinggal dan kondisi interpersonal yaitu hubungan sosial dalam satu rumah (Jirojanakul,2003). Peneliti lain menyebutkan bahwa nilai tinggi pada aspek fungsi sosial karena manajemen penerimaan kondisi kronis yang dialami oleh anak talasemia sudah efektif (Dini,2011).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat 20% kualitas hidup anak talasemia berisiko. Berdasarkan nilai rerata tiap aspek didapatkan aspek fungsi sekolah memiliki nilai yang paling rendah yaitu 56,75 ($\pm 18,28$). Anak talasemia mengalami gangguan dalam berkonsentrasi, mudah lupa dan sering tidak masuk sekolah karena kondisi yang lemah. Penelitian lain menjelaskan bahwa penderita talasemia bermasalah terutama pada domain pendidikan, karena absen sekolah untuk transfusi, nilai akademik yang terhambat karena harus rutin mengunjungi rumah sakit (Bulan,2009).

Nilai rerata terendah kedua adalah fungsi emosi yaitu 62,63 ($\pm 19,97$), hal ini sesuai dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa pasien talasemia mayor biasanya mengalami distress emosi sehingga diperlukan support psikologis untuk menurunkan emosional distress dan menguatkan coping (Goldbeck,2000). Peneliti lain juga menyebutkan bahwa domain emosi merupakan masalah bagi anak talasemia karena penderita membutuhkan dukungan dari orang tua dan tidak dapat berdiri sendiri (Bulan,2009).

Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kualitas Hidup Anak Talasemia Beta Mayor

Hasil penelitian dengan variabel dukungan sosial keluarga mayoritas responden sebanyak 80% memiliki dukungan sosial keluarga yang baik sebanyak 80% dan variabel kualitas hidup responden mayoritas sebanyak 80% memiliki kualitas hidup normal yaitu 80%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki dukungan sosial yang baik memiliki kualitas hidup yang normal.

Hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor berdasarkan uji statistik *chi square* didapatkan tingkat kemaknaan (*p value*) sebesar 0,018. Nilai kemaknaan tersebut kurang dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Hal ini sesuai dengan penelitian lain yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup anak (Dini,2011). Penelitian tersebut juga didukung oleh peneliti lain yang menjelaskan bahwa penderita talasemia beta mayor, mengurangi distress emosional, meningkatkan efektifitas terapi besi dan menguatkan coping untuk lebih baik dalam kehidupan sehari-hari (Mazzone,2009).

Faktor keluarga sangat berperan penting dalam mendukung kualitas hidup anak talasemia karena keluarga mempunyai hubungan yang erat dengan pasien, khususnya orang tua. Penelitian lain mengungkapkan bahwa dukungan sosial orang tua berperan penting untuk anak yang sakit dan terbukti menunjukkan bahwa tingkat dukungan sosial yang diterima anak, berperan penting dalam perilaku anak mereka (Lewandowski,2007). Peneliti lainnya juga menyebutkan bahwa dukungan psikososial dari keluarga dapat mengurangi masalah emosi pada dukungan sosial yang meliputi

afektif, emosi, interaksi sosial positif memang memiliki hubungan dengan kualitas hidup (Jenette,2008).

Nilai koefisien korelasi dalam penelitian sebesar 0,351, berarti besarnya hubungan adalah 35,1%. Nilai tersebut dalam kategori tingkat hubungan rendah. Hasil analisa data penelitian dengan menggunakan komputer belum dapat disimpulkan adanya faktor-faktor yang belum terkaji yang mempengaruhi rendahnya nilai hubungan tersebut.

Penilaian kualitas hidup anak diukur dengan penilaian yang obyektif dari status fungsional atau status kesehatannya dan penilaian yang subyektif terhadap persepsi kesehatannya. Kualitas hidup anak talsemia juga dipengaruhi oleh banyak faktor seperti kadar Hb, ukuran limpa, status ekonomi, status pendidikan ayah dan ibu (Bulan,2009).

Hasil jawaban dari kuesioner baik dari dukungan sosial keluarga (kuesioner A) maupun kuesioner PedQL (kuesioner B) menunjukkan hasil yang homogen memungkinkan rendahnya hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup anak talasemia beta mayor. Hal ini memiliki persamaan dengan penelitian lain tentang hubungan kualitas hidup dengan dukungan sosial, distres psikologis, dan koping kognitif pada pasien dengan nyeri kronik. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa homogenitas jawaban responden dalam menjawab kuesioner diperkirakan dapat menjadi penyebab rendahnya hubungan antara kualitas hidup dengan dukungan sosial

KESIMPULAN

Penelitian yang dilakukan pada bulan Januari 2013 dapat disimpulkan bahwa gambaran dukungan sosial keluarga dan kualitas hidup anak talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta mayoritas baik yaitu sebesar 80% serta ada hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kualitas hidup pasien talasemia beta mayor di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dengan nilai koefisien korelasi sebesar 35,1%.

SARAN

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan baik bagi perawat, keluarga maupun masyarakat tentang bagaimana memberikan dukungan sosial pada anak talasemia beta mayor. Dukungan sosial dapat berupa dukungan penghargaan dengan cara memberi *reinforcement* yang positif dan menyediakan waktu untuk bercerita dengan anak talasemia beta mayor.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih penulis ucapkan kepada seluruh responden yang telah memberikan data dalam penelitian ini, ibu Ns. Nurullya Rachma,S.Kep,Sp.Kep.Kom selaku pembimbing, , ibu Ns. Meira Erawati, S.Kep, M.si, Med selaku reviewer I dan M.Hasib Ardani, S.Kp.M.Kes selaku reviewer II.

DAFTAR PUSTAKA

- Bruggemann. 2007.*Quality of Life and Social Support as Outcome Characteristics of a Psychiatric*. German Journal of Psychiatric.
- Bulan, S. 2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Anak Thalassemia Beta Mayor*. Thesis. Program Pascasarjana Magister Ilmu Biomedik dan Program Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak Undip

- Burns, Catherine. 2006. *Pediatric Primary Care, A handbook for Nurse Practitioners* Third Edition. New York : Saunders
- Dewi, S. 2009. *Karakteristik Penderita Thalasemia yang Rawat Inap di RSUP H.Adam Malik Medan*. FKM Universitas Sumatera Utara Medan.
- Dini,M. 2011. *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Anak Thalasemia Beta Mayor di RSU Tasikmalaya dan Ciamis*. Tesis.
- Jenette CM. 2008. *Relationships among Types of Social Support and QOL in Adult with Sickle Cell Diseases*.SOJNR.VOL.8. No.3.
- Lewandowski, A. Drotar, D. 2007 *The Relationship between Parent-Reported Social Support and Adherence to Medical Treatment in Families of Adolescents with Type 1 Diabetes J. Pediatr. Psychol.*32(4):427-436.
- Mazzone et all. 2009. *Emotional Impact in B-Thalasemia Major Children Following Cognitive Behavioural Family Therapi and Quality of Life Caregiving*. Clinical Practice. 5:5.
- Mentzer, W.C. Talasemia. 2006. *Dalam Buku Ajar Pediatri Rudolph/Ann Alpers. Ed 20*. Jakarta: EGC.
- Preedy, R.V., Watson, V.R. 2010. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. USA: Springer Sciencet Bussines Media LLC.
- Shaligram, Girimaji, S.C., Ghaturvedi, S.K. 2007. *Pshychological Problems and Quality of Life in Children with Thalassemia*. Indian Journal of Pediatrics.
- Thanarattanakorn, et all. 2003. *Family Functioning in Children with Thalassaemia*. Clin Pediatr. 42.79-82
- Thavorncharoensap, Montarat, Kitti Torcharus. 2010. *Factors Affecting Health Related Quality of Life*. BMC Blood Disorders Journal.
- Weatherall, D.J., Clegg, J.B. *The Thalassaemia Syndrome 4th ed*. USA: B;ackwell Science. 2001. 287-295
- Yang H C, Chen YC, Mao HC, Lin KH. 2001. *Ilness Knowledge, Social Support and Self Care Behaviour in Adolescents with Beta Thalassemia Major*.

JUDUL	Efek Penggunaan <i>Back Pillow</i> Terhadap Insiden dekubitus di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> RSUP dr. Kariadi Semarang
PRESENTER	Sonia Desiriana Putri
AUTHOR (S)	Indah Rosita, Sonia Desiriana Putri, Destiya Dwi Pengestika, Ahmat Pujianto, Reni Sulung Utami
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Pasien yang dirawat di ruang ICU mempunyai program tirah baring yang cukup lama dan kelemahan tubuh secara umum. Lamanya tirah baring dapat menyebabkan dekubitus dan memperpanjang LOS (*Length of stay*) di rumah sakit. Salah satu upaya untuk mencegah dekubitus adalah dengan melakukan alih baring secara teratur. Penggunaan *Back Pillow* diharapkan dapat membantu memaksimalkan pelaksanaan alih baring sehingga hasil yang diharapkan lebih maksimal. *Project* ini bertujuan untuk mengetahui efek penggunaan *back pillow* terhadap insiden dekubitus di ruang ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan menggunakan pendekatan *One group Pretest-Posttest design*. *Project* ini mengambil 3 responden di ICU yang dilakukan pengukuran sebelum dan sesudah intervensi menggunakan Bradden Scale untuk mengetahui tingkat risiko dekubitus dan dilakukan observasi selama 5 hari berturut-turut menggunakan kuesioner PUSH (*Pressure Ulcers Scale for Healing*). Hasil dari *project* ini adalah terdapat perubahan tingkat risiko dekubitus yang diukur sebelum dan sesudah intervensi menggunakan skala *Bradden Scale* dan terdapat perubahan skor PUSH pada salah satu responden. Penggunaan *back pillow* memberikan efek positif dalam pencegahan dekubitus. Namun demikian, perlu adanya kombinasi dengan intervensi lain untuk meningkatkan keberhasilan dalam mencegah dekubitus.

Kata Kunci : tirah baring, dekubitus, *back pillow*, *Bradden Scale*

PENDAHULUAN

Pasien yang dirawat di Ruang ICU adalah pasien dalam keadaan gawat yang mengancam jiwa. Tenaga kesehatan di Ruang ICU, salah satunya adalah perawat, dituntut untuk bekerja secara cepat, tepat, dan cermat. Pasien di Ruang ICU merupakan pasien dalam pengawasan 24 jam dan merupakan pasien yang cenderung berada pada posisi terbaring di tempat tidur atau *bed rest* karena adanya imobilisasi atau hambatan mobilitas fisik (Kusuma, 2007). Masalah fisik yang paling sering ditemui pada pasien dengan tirah baring lama atau *bed rest* di Ruang ICU adalah dekubitus atau *pressure ulcer*. Dekubitus atau *pressure ulcer* merupakan luka yang diakibatkan oleh karena adanya tekanan pada kulit. Dekubitus bahkan bisa terjadi pada 2 sampai 6 jam pertama sejak pasien dirawat di atas tempat tidur, dengan catatan pasien tersebut memiliki faktor predisposisi terjadinya dekubitus (Zeller, Lynn, & Glass, 2006).

Terdapat dua hal utama yang berhubungan dengan risiko terjadinya luka tekan yaitu faktor tekanan dan faktor toleransi jaringan. Faktor tekanan dipengaruhi oleh intensitas dan durasi tekanan, sedangkan faktor toleransi jaringan dipengaruhi oleh shear, gesekan, kelembaban, gangguan nutrisi, usia lanjut, tekanan darah rendah (hypotensi), status psikososial, merokok dan peningkatan suhu tubuh (Drennan, 2010). Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian luka tekan terdiri dari faktor internal

yaitu nutrisi, infeksi dan usia dan faktor eksternal yaitu shear, gesekan dan kelembaban (Potter & Perry, 2005) dan (Drennan, 2010). Banyak tinjauan literatur mengindikasikan bahwa luka tekan dapat dicegah. Tindakan intensif yang dilakukan harus ditujukan untuk mengurangi faktor risiko, melaksanakan langkah-langkah pencegahan dan mengatasi luka tekan. Upaya pencegahan luka tekan dinyatakan dalam beberapa literatur (EPUAP and NPUAP, 2009) yang merujuk kepada beberapa hasil Penelitian dan evidence secara garis besar terdiri dari upaya-upaya: Mengkaji risiko individu, Mengidentifikasi kelompok kelompok yang berisiko tinggi, mengkaji risiko dekubitus dengan *assessment* baku *Braden Scale*, melakukan *repositioning* serta penggunaan bantal sebagai penyangga tubuh pasien (RNAO, 2007).

Beberapa Penelitian menyebutkan bahwa alih baring atau *repositioning* merupakan salah satu intervensi yang efektif dalam pencegahan terjadinya dekubitus atau *pressure ulcer*. Salah satu Penelitian mengungkapkan bahwa pemakaian bantal dalam posisi supinasi lebih efektif jika dibandingkan dengan posisi lateral 30° (Vanderwee et al, 2007).

Hasil studi pendahuluan melalui observasi didapatkan data bahwa rata-rata pasien di ICU Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang adalah pasien dengan tirah baring lama atau *bed rest* dan berpotensi mengalami cedera berupa dekubitus atau *pressure ulcer*. Hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan perawat di ICU Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang didapatkan data bahwa alih baring merupakan intervensi yang seharusnya dilakukan dalam upaya pencegahan dekubitus, namun karena keterbatasan alat dan tenaga kesehatan maka intervensi sulit untuk diaplikasikan.

Berdasarkan fenomena tersebut, penulis ingin melakukan *Quality Improvement Project* (QIP) berupa penggunaan *Back Pillow*.

METODE

Quality Improvement Project (QIP) ini dimulai sejak tanggal 31 Mei – 7 Juni 2014 di ruang ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang. Jenis penelitian menggunakan kuantitatif dengan menggunakan rancangan *pre-eksperimental design* dengan pendekatan *One-Group Pretest-Posttest Design*. Subjek QIP ini adalah pasien yang dirawat di ICU RSUP Dr. Kariadi. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 3 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi. Kriteria inklusi dalam project ini adalah responden yang memiliki hambatan fisik dengan kekuatan otot <5 dan mengalami penurunan kesadaran (GCS < 13). Sedangkan kriteria eksklusi adalah pasien meninggal/pindah ruangan dalam masa intervensi.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi dan wawancara kepada perawat ruangan. Alat ukur penilaian risiko dekubitus menggunakan *Braden Scale* yang dilakukan pengukuran pre-test sebelum diberikan *back pillow* dan diukur kembali setelah diberikan *back pillow*. Selain itu observasi juga dilakukan dengan menggunakan *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) yang berisikan penilaian tiap harinya keadaan kulit responden terkait lebar luka, jenis jaringan, dan haluaran kulit responden.

Hasil Penelitian

Responden yang terlibat dalam project ini berjumlah 3 orang. Karakteristik responden tersebut antara lain 1 orang berjenis kelamin laki-laki dan 2 orang berjenis kelamin perempuan, responden dengan usia 54-64 tahun sebanyak 2 orang dan usia 64-74 tahun sebanyak 1 orang, responden dengan lama perawatan > 1 minggu sebanyak 3 orang, serta responden dengan tingkat kesadaran *compos mentis* sebanyak 1 orang dan tingkat kesadaran *apatis* sebanyak 2 orang.

Hasil *Quality Improvement Project* (QIP) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan pada skor *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) pada area punggung ketiga responden dari hari pertama sampai hari kelima, yaitu skor 0. Sedangkan skor PUSH pada area sakrum ketiga responden dari hari pertama sampai hari kelima berbeda-beda, responden pertama dengan skor menetap yaitu 0, responden kedua mengalami peningkatan skor tiap harinya, dan responden ketiga dengan skor menetap yaitu 2. Hasil *Quality Improvement Project* (QIP) juga menunjukkan perbedaan pada skor *Braden Scale* pada *pre* dan *post* perlakuan alih baring menggunakan *back pillow*. Responden pertama dengan skor *pre-test* 8 dan skor *post-test* 12, responden kedua dengan skor *pre-test* 9 dan skor *post-test* 14, dan responden ketiga dengan skor *pre-test* 10 dan skor *post-test* 15.

Hasil *in deep interview* yang dilakukan pada 10 perawat menunjukkan bahwa 8 perawat menyatakan *back pillow* sangat membantu dalam melakukan alih baring dan 7 perawat menyatakan design *back pillow* sudah sesuai untuk alih baring. *Back pillow* dirasa lebih optimal dalam mencegah insiden dekubitus jika dikolaborasikan dengan penggunaan kasur dekubitus dan design *back pillow* direnovasi agar lebih menyesuaikan dengan tubuh pasien.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden
di ICU RSUP Dr. Kariadi 30 Mei – 7 Juni 2014 (n=3)

No.	Karakteristik	Jumlah
1.	Jenis kelamin	
	a. Laki-laki	1
	b. Perempuan	2
2.	Usia (tahun)	
	a. 54-64	2
	b. 64-74	1
3.	Diagnosa medis	
	a. Post laparotomi	2
	b. CKD	1
4.	Lama perawatan (hari)	
	a. < 1 minggu	0
	b. > 1 minggu	3
5.	Tingkat kesadaran	
	a. <i>Composmentis</i>	1
	b. <i>Apatis</i>	2
6.	Kekuatan otot ekstremitas atas	
	a. 2/2	1
	b. 3/3	1
	c. 4/4	-
	d. 5/5	1

7.	Kekuatan otot ekstremitas atas	
a.	2/2	1
b.	3/3	1
c.	4/4	-
d.	5/5	1

Tabel 2
Distribusi Fekuensi Skor PUSH (area punggung dan sakrum)
di ICU RSUP Dr Kariadi Semarang
30 Mei – 7 Juni 2014 (n=3)

No.	Inisial Responden	PUSH (area punggung / area sakrum)				
		Hari-1	Hari-2	Hari-3	Hari-4	Hari-5
1.	R1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
2.	R2	0/1	0/2	0/5	0/6	0/8
3.	R3	0/2	0/2	0/2	0/2	0/2

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Skor Braden Scale (Pre-test dan Post-test)
di ICU RSUP Dr Kariadi Semarang
30 Mei – 7 Juni 2014 (n=3)

No.	Inisial Responden	Braden Scale (Pre-test / Post-test)					Total
		Sensory Perception	Moisture	Activity	Mobility	Nutrition		Friction and Shear
1	R1	2/2	2/3	1/1	1/2	1/2	8/12
2	R2	2/4	2/3	1/1	1/1	2/3	9/14
3	R3	3/4	2/3	1/1	1/2	2/3	10/15

PEMBAHASAN

Braden Scale (Pre test- Post test)

Hasil pengukuran Braden Scale pada ketiga responden menunjukkan nilai Braden Scale mengalami peningkatan skor (penurunan risiko) sebelum dan setelah dilakukan implementasi alih baring menggunakan back pillow. Hasil project ini sesuai dengan penilaian Braden Scale menunjukkan adanya pengaruh penggunaan Back Pillow terhadap insiden risiko dekubitus.

Kejadian dekubitus berawal dari lesi pada kulit yang disebabkan karena adanya tekanan yang berlebih dan mengakibatkan kerusakan pada bagian dasar jaringan kulit. Tekanan akan mengganggu mikrosirkulasi jaringan lokal dan mengakibatkan hipoksia, serta memperbesar pembuangan metabolik yang dapat menyebabkan nekrosis (EPUAP and NPUAP, 2009).

Penelitian oleh Jill Cox menyatakan bahwa prediktor utama pada Braden Scale yang menyebabkan dekubitus adalah mobilisasi dan gesekan atau pergeseran antara kulit pasien dengan tempat tidur (Jill, 2011). Hal ini senada dengan kondisi 3 responden yang dirawat diruang ICU, imobilisasi dan pergeseran/ sentuhan langsung dengan tempat tidur yang dilapisi spreï bahan yang tidak halus menjadi permasalahan utama. Penelitian oleh Eun-Kyung Kim menyatakan bahwa prediktor utama yang menyebabkan dekubitus fokus pada *The Cubbin and Jackson scale*.

The Cubbin and Jackson scale merupakan instrumen yang dikembangkan untuk menilai risiko tekanan ulkus pada pasien di ICU. Kriteria penting yang menyebabkan dekubitus dapat di kaji dengan memperhatikan usia, berat badan, kondisi hemodinamik, status respirasi dan kebersihan (Eun, 2008). Beberapa kriteria ini senada dengan kondisi 3 responden. Ketiga responden dirawat di ICU dengan kondisi penurunan status hemodinamik dan respirasi, ketiga responden berada rentang usia lansia, dan insiden dekubitus juga dipengaruhi oleh status kebersihan.

Pada usia lanjut proses penuaan akan mempengaruhi fungsi integumen, meliputi seluruh lapisan kulit hingga penipisan lemak pada kulit lansia (Santoso & Ismail, 2009). Lansia yang terus menerus berada di tempat tidur dan kulit lansia mengalami penekanan dalam jangka waktu yang lama akan memperbesar risiko terjadinya dekubitus (Tamher, S & Noorkasiani, 2009). Penilaian status hemodinamik dan status respirasi pada lansia juga mempengaruhi kejadian dekubitus, hal ini berkaitan dengan sistem transportasi vaskularisasi dalam pemenuhan pasukan nutrisi dan O₂ ke seluruh vaskularisasi perifer (Saleh, 2009). Insidensi tersebut banyak menumbuhkan berbagai intervensi aktual bagi praktisi kesehatan dalam mencegah dekubitus, salah satu intervensi yang digunakan yaitu repositioning dengan penggunaan Back Pillow.

Pengaruh *Repositioning* dengan penggunaan *Back Pillow*

Repositioning merupakan salah satu usaha untuk pencegahan dekubitus pada pasien dengan tirah baring. Berdasarkan hasil intervensi yang dilakukan selama 5 hari, *repositioning* terbukti berhasil dalam mengurangi angka kejadian dekubitus. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lee Ann (2008) mengatakan bahwa repositioning setiap 4 jam sekali dengan dikombinasikan penggunaan matras yang tepat dapat menurunkan insiden dekubitus di rumah sakit.

Intervensi yang dilakukan menggunakan 3 responden dimana ketiganya dilakukan penilaian pre post menggunakan Braden Scale. Berdasarkan hasil penilaian Braden Scale, didapatkan bahwa ketiganya termasuk ke dalam risiko tinggi terkena dekubitus dengan mempertimbangkan faktor kelembaban, tingkat kesadaran, imobilisasi, dll. Setelah dilakukan intervensi, terdapat penurunan risiko dimana awalnya tinggi menjadi sedang dan tidak terjadi dekubitus. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Syahna E. Rich (2011) yang mengungkapkan bahwa repositioning yang dilakukan secara rutin dapat mengurangi kejadian dekubitus pada pasien dengan skor Braden Scale risiko tinggi, dan kurang efektif digunakan pada pasien dengan skor Braden Scale risiko sedang atau rendah.

Durasi dilakukan repositioning juga beragam namun tidak mempengaruhi hasil dari insiden dekubitus. Pada intervensi yang dilakukan, repositioning dilakukan setiap 4 jam sekali berdasarkan Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing (2008) dimana repositioning 4 jam sekali lebih efektif dibandingkan dengan 2 jam sekali. Namun Mathew (2013) menyebutkan bahwa belum ada penelitian yang kuat untuk menentukan durasi repositioning.

Kejadian dekubitus yang dapat dikendalikan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor repositioning saja. Pada penelitian Mathew (2013) mengatakan bahwa repositioning

saja tidak cukup dalam mengatasi dekubitus, tekanan gesekan yang terjadi selama repositioning tidak akan mempengaruhi insiden dekubitus, namun Mathew menjelaskan bahwa penggunaan kasur dekubitus dan posisi head up 30o juga berpengaruh dalam pengurangan angka dekubitus.

Berdasarkan hasil intervensi, terdapat perubahan skor Bradden Scale pada responden dimana awalnya merupakan risiko tinggi menjadi risiko sedang. Perubahan tingkat risiko tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, tidak hanya yang terdapat pada Bradden Scale (moisture, mobility, nutrition, friction and shear, sensory&perception, activity) tetapi juga dipengaruhi oleh posisi head up 30o, penggunaan oleum cocos untuk melembabkan kulit, dan kasur dekubitus. Dhikil (2014) mengungkapkan bahwa penggunaan oleum cocos (coconut oil) efektif untuk mengurangi dekubitus.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dari *Quality Improvement Project (QIP)* yaitu terdapatnya perbedaan skor *Braden Scale* pada sebelum dan sesudah perlakuan alih baring menggunakan *Back Pillow* dalam pencegahan insiden dekubitus. Skor *Braden Scale* sebelum perlakuan alih baring menggunakan *back pillow* menunjukkan hasil risiko tinggi dekubitus dan skor *Braden Scale* sesudah perlakuan alih baring menggunakan *Back Pillow* menunjukkan hasil penurunan risiko dekubitus. Selain itu hasil *in deep interview* menunjukkan bahwa *Back Pillow* sangat membantu dalam melakukan alih baring karena design *Back Pillow* sudah sesuai untuk alih baring, *Back Pillow* akan lebih optimal jika dikolaborasikan dengan kasur dekubitus dalam pencegahan insiden dekubitus.

Saran yang bagi peneliti selanjutnya peneliti dapat mengembangkan *Back Pillow* sesuai dengan masukan dan saran agar manfaat dan penggunaan *Back Pillow* dapat diperoleh secara maksimal, diharapkan penggunaan *Back Pillow* dalam pencegahan insiden dekubitus dapat memberikan motivasi dan inovasi bagi ilmu keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistic dan bagi rumah sakit penggunaan *Back Pillow* diharapkan dapat mempermudah prosedur alih baring pada pasien dengan risiko tinggi dekubitus, yaitu pada pasien dengan imobilisasi dan hambatan mobilitas fisik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada seluruh responden dan perawat di ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang yang telah berpartisipasi dalam *Quality Improvement Project* ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Drennan .(2010). *Heel Pressure Ulcer: Epidemiology, prevention, cost.* www.gaitkeepercastshoe.com/pdf. diakses 16 mei 2014
- Defloor et al. (2005). *The Effect of Various Combination of Turning and Pressure Reducing Devices on the Incidence of Pressure Ulcers..* International Journal of Nursing Studies 42 (1). Pg. 37 – 46.

- Dhikil C.D.et al. (2014). Effect of Coconut Oil Usage in Risk of Pressure Ulcer Among Bedridden Patients of Selected Hospital in North India. *IP Pharmacy Planet*. Vol.1 no.2, Hal. 71-78
- Eun-Kyung Kim . (2008). Comparison of the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales for surgical ICU patients. *Australian journal of advanced*. vol 26: 4
- Jill Cox. (2011). Predictors Of Pressure Ulcers In Adult Critical Care Patients. *American Journal Of Critical Care*. Vol: 20. No: 5.
- Kusuma, AC. (2007). *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang ICU dengan Tingkat Kecemasan Keluarga terhadap Perawatan ICU di RSUD Dr. Sayidiman Magetan. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Ponorogo*. Diakses dari Diakses dari www.lib.umpo.ac.id pada tanggal 17 Mei 2014. Notoadmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Cetakan ke-3. Jakarta: Rineka Cipta
- Lee Ann Krapfl, et al. (2008). Does Regular Repositioning Prevent Pressure Ulcers? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* November/December 2008 Volume 35 Number 6 Pages 571 – 577
- Lee Ann Krapfl, et al. (2008). Does Regular Repositioning Prevent Pressure Ulcers? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* November/December 2008 Volume 35 Number 6 Pages 571 – 577
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental Of Nursing*. USA: Mosby Inc.
- EPUAP and NPUAP.(2009). Pressure ulcer prevention quick reference guide. http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf. Diakses [diakses 17 mei 2014](#)
- RHNY (2008). *Pressure Ulcer Protocol*. Rest Haven New York
- Vanderwee et al. (2007). *Effectiveness of Turning with Unequal Time Interval on the Incidence of Pressure Ulcer Lesions*. *Journal of Advance Nursing* 57 (1). Pg. 59 – 68.
- Santoso H & Ismail A. (2009). *Memahami Krisis Lanjut Usia*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Tamher, S & Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saleh M., et al. (2009). The impact of pressure ulcer risk assessment on patient outcomes among hospitalised patients. *J Clin Nurs* 18:1923–1929, Jul.
- Shayna E. Rich, M.A., Ph.D., et al. (2011). Frequent Manual Repositioning and Incidence of Pressure Ulcers Among Bedbound Elderly Hip Fracture Patients. *Wound Repair Regen*. 2011 January ; 19(1): 10–18
- Matthew J. Peterson, PhD, et al. (2013). Patient Repositioning and Pressure Ulcer Risk—Monitoring Interface Pressures of at-Risk Patients. *JRRD* Volume 50, Number 4, 2013 Pages 477–488
- Zeller, John L. ; Cassion Lynn; & Richart M. Glass. (2006). *Pressure Ulcers*. *JAMA*. Vol. 296. No. 8.

JUDUL	Efektivitas BGA Colling Storage untuk Stabilisasi Sampel Blood Gas Analysis (BGA) di Instalasi Gawat Garurat RSUP dr. Kariadi Semarang
PRESENTER	Retyaninggsih Ida
AUTHOR (S)	Retyaningsih Ida, Ema Maulina, Nimas Bangkit, Maria Prieska Putri, Dody Setyawan, Nana Rochana
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Ketelitian dalam pengambilan dan pengiriman sampel BGA merupakan hal pokok yang harus diperhatikan perawat untuk mencegah terjadinya kerusakan atau perubahan sampel darah arteri yang akan dianalisis untuk pedoman dalam pengobatan pasien. Salah satu hal penting yang harus diperhatikan perawat saat pengiriman adalah menjaga kestabilan suhu tempat penyimpanan sampel BGA tersebut. Fenomena di lapangan menunjukkan penyimpanan spuit sampel BGA saat pengiriman dengan dibalut kassa yang dibasahi dengan alkohol-gliserin. Tujuan dari QIP ini adalah untuk mengetahui perbedaan efektivitas perancangan instrument BGA *cooling storage* dan kassa alkohol-gliserin dalam menjaga kestabilan suhu tempat penyimpanan sampel BGA. Metode yang digunakan pada *project* ini adalah *pretest-posttest experimental design with a comparison group* dengan jumlah responden sebesar 24 pasien yang diambil sampel darah arterinya untuk dilakukan pemeriksaan BGA. Uji statistik yang digunakan pada *project* ini adalah uji *Paired T-Test*. Hasil QIP ini menunjukkan rata rata peningkatan suhu pada BGA *cooling storage* adalah $0,33 \pm 0,49$ dibandingkan dengan pada kassa alkohol gliserin $1,42 \pm 0,67$ nilai *p value* sebesar $0,003 (< 0,05)$. Hal ini menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara suhu yang dapat dipertahankan dalam BGA *cooling storage* dengan kassa alkohol gliserin dimana BGA *cooling storage* dapat mempertahankan suhu tetap stabil lebih baik dibandingkan dengan kassa alkohol-gliserin. Rancangan instrument BGA *Cooling Storage* ini dapat direkomendasikan sebagai bahan masukan perawat klinik dalam menjaga kestabilan suhu tempat penyimpanan sampel darah arteri.

PENDAHULUAN

Pemeriksaan *Blood Gas Analysis* (BGA) atau analisa gas darah merupakan tindakan pemeriksaan laboratorium untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan keseimbangan asam basa pasien, jumlah oksigen dan karbondioksida dalam darah, serta untuk menilai fungsi kerja paru-paru dalam menghantarkan oksigen. BGA sangat penting dalam penilaian status oksigenasi dan ventilasi pada pasien dengan masalah *cardiopulmonary* (Knowles, Mullin, Hunter, & Douce, 2006). Hasil pemeriksaan BGA bisa dijadikan sebagai acuan penanganan pasien-pasien dengan kondisi *emergency* di Intalasi Gawat Darurat (IGD) karena dapat membantu petugas kesehatan dalam menentukan penatalaksanaan dan pengobatan yang tepat. Ketepatan dan keakuratan dalam interpretasi BGA sangat diperlukan supaya penatalaksanaan yang diberikan dapat maksimal. Kesalahan dalam interpretasi BGA dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dalam perawatan yang nantinya akan memberikan dampak yang tidak baik bagi kondisi pasien (Horne, 2001). Ketepatan dan keakuratan interpretasi hasil tergantung pada keakuratan obyek yang diukur (pembuluh darah arteri), proses dalam pengambilan dan pengiriman darah arteri ke laboratorium.

Perawat perlu meningkatkan ketelitian dalam pengambilan darah arteri serta memperhatikan saat pengiriman darah arteri ke laboratorium. Pengiriman sampel darah arteri perlu disimpan dalam tempat yang dingin untuk menghambat metabolisme darah.

Hal ini dikarenakan sampel darah masih merupakan jaringan hidup yang membutuhkan oksigen dan menghasilkan CO₂, sehingga jika tidak disimpan dalam tempat dingin maka darah akan bermetabolisme. Hal tersebut dapat mempengaruhi tekanan O₂ dan CO₂ dalam darah sehingga hasil yang didapat beresiko tidak akurat (Mc Cann, 2004). Gas darah arteri yang disimpan pada suhu 37°C akan meningkatkan metabolisme dalam darah. Penelitian Yulong, Jiaxin, dan Yating (2002) menyebutkan bahwa sampel darah yang disimpan dalam suhu 4 °C dan 10 °C lebih stabil dibandingkan dengan sampel yang disimpan pada suhu 0-4 °C, 20-30 °C dan pada suhu 37 °C. Sampel darah yang disimpan pada suhu 4 °C dan 10°C dapat stabil dalam 72 jam, sedangkan jika disimpan dalam suhu 20-30 °C dapat stabil dalam 12 jam. Penelitian Lenfant and Aucutt yang dikutip dalam Liss (1993) juga menemukan bahwa sampel darah yang disimpan pada suhu 37 °C, terjadi penurunan PO₂ rata-rata sekitar 2,7 mmHg dan peningkatan PCO₂ sekitar 0,11 mmHg. Penelitian dari Fletcher dan Barber dikutip dalam Liss (1993) juga menunjukkan bahwa sampel darah yang disimpan pada suhu 20 °C terjadi penurunan PO₂ rata-rata 8 mmHg/mm dan penelitian Knowles, *et al* (2006) menunjukkan terjadinya peningkatan PO₂ dan PCO₂ sebesar 13,7 mmHg dan 0,7 mmHg pada sampel dengan syringe plastik yang disimpan selama 30 menit pada suhu 22 °C.

Berdasarkan hasil pengamatan di IGD RSUP dr.Kariadi, perawat sudah berusaha mempertahankan sampel darah arteri tetap dingin dengan membalut spuit menggunakan kassa yang diberi alkohol-gliserin. Penggunaan kassa alkohol-gliserin ini membutuhkan waktu yang relatif lama mulai dari pembasahan kassa dengan alkohol-gliserin hingga melilitkan kassa pada spuit. Selain itu, penulis menemukan fenomena lain yaitu terjadi penundaan pengiriman sampel ke laboratorium disebabkan oleh tidak adanya tabung *aerocom* saat melakukan pengiriman sampel darah arteri tersebut. Kassa yang diberi alkohol-gliserin tidak dapat bertahan lama untuk mempertahankan sampel darah arteri atau kondisi lingkungan spuit tetap dingin, sehingga beresiko terjadi metabolisme dalam darah yang dapat mempengaruhi hasil dari BGA. Hasil BGA yang tidak akurat dapat mempengaruhi hasil interpretasi, sehingga dapat mempengaruhi pengobatan yang akan diberikan kepada pasien.

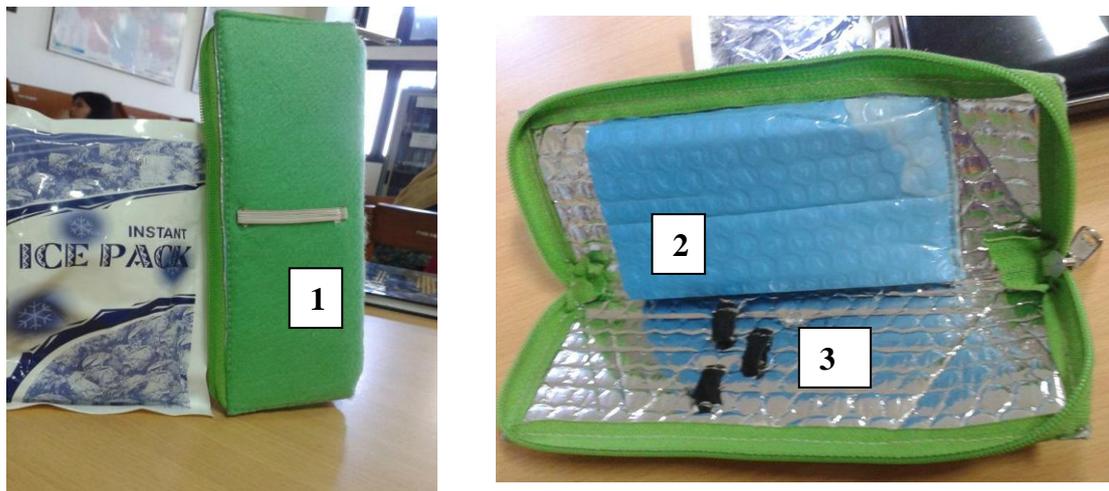
Fenomena yang ditemukan di IGD RSUP dr. Kariadi tersebut mendorong penulis untuk menciptakan sebuah alat yang dapat menyimpan sampel darah arteri dengan menjaga kestabilan suhu tempat penyimpanan tetap dingin. Penciptaan alat ini diharapkan dapat menghambat metabolisme sel-sel darah sebelum dikirim ke laboratorium untuk dinalisis, sehingga hasil analisa gas darah arteri yang didapatkan diharapkan lebih tepat dan akurat. Tujuan dari QIP ini adalah untuk mengetahui perbedaan efektifitas perancangan instrument BGA *cooling storage* dan kassa alkohol-gliserin dalam menjaga kestabilan suhu tempat penyimpanan sampel BGA.

METODE

Quality Improvement Project (QIP) ini termasuk dalam penelitian eksperimental menggunakan *pretest-posttest experimental design with a comparison group*. Project ini berfokus pada kestabilan suhu dalam BGA *cooling storage*. Desain rancangan instrumen BGA *cooling storage* berbentuk seperti dompet dengan bahan yang dapat menyimpan suhu dingin. BGA *cooling storage* ini terdiri dari 2 sisi, sisi pertama merupakan tempat spuit sampel darah BGA dan sisi kedua yaitu tempat untuk menaruh *ice pack/ice gel*. BGA *cooling storage* dirancang untuk dapat mempertahankan suhu lebih rendah dari suhu ruangan (4 sampai 11°C).

Project ini dilakukan di IGD dan Laboratorium Cito RSUP Dr. Kariadi Semarang tanggal 23 Mei – 10 Juni 2014. Total responden yang didapat adalah sebesar 24 responden yang dilakukan pemeriksaan BGA dan sampel darah arterinya dikirim ke laboratorium cito. Sampel darah arteri tersebut dibagi menjadi dua secara non random yaitu 12 responden sebagai kelompok perlakuan dan 12 responden sebagai kelompok kontrol. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah BGA *cooling storage*, kassa, alkohol dan gliserin, spuit 1 cc, dan lembar observasi.

Prosedur rancangan project ini dengan meletakkan sampel darah arteri pada BGA *cooling storage* yang ruangan sekitarnya telah dingin karena pengaruh dari suhu dingin *ice pack/ice gel*. Kemudian suhu tempat sampel darah arteri di dalam BGA *cooling storage* dan pada kassa alkohol-gliserin diukur saat setelah sampel darah arteri dimasukkan dalam BGA *cooling storage* maupun setelah dibalut kassa yang diberikan alkohol-gliserin, kemudian suhu akhir diukur kembali setelah sampel sampai ke laboratorium dan dibandingkan kestabilan suhunya diantara kedua metode penyimpanan tersebut. Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang signifikan antara suhu yang dapat dipertahankan dalam BGA *cooling storage* dengan kassa alkohol gliserin. Data yang sudah terkumpul dianalisis dengan uji *Paired T Test*.



Gambar.1. BGA Cooling Storage tampak dari luar dan dalam

Keterangan: BGA *cooling storage* terbuat dari bahan perlak dan lapisan aluminium *non-woven*. Bagian no. 1. menunjukkan tempat orderan BGA, no. 2 menunjukkan tempat untuk menyimpan *ice cool pack*, dan no. 3 menunjukkan tempat meletakkan spuit sampel darah arteri.

HASIL

1. Stabilisasi Suhu dalam BGA Cooling Storage

Tabel 1. Distribusi frekuensi suhu BGA dalam *cooling storage* dan Kassa Alkohol Gliserin saat di IGD dan di Laboratorium Cito RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2014 (n=24)

No	Suhu BGA dalam <i>Cooling Storage</i>			Kassa Alkohol Gliserin		
	Saat di IGD (°C)	Saat di Laborat (°C)	Peningkatan suhu (°C)	Saat di IGD (°C)	Saat di Laborat (°C)	Peningkatan suhu (°C)
1	12	13	1	22	22	0
2	12	12	0	21	22	1
3	10	10	0	23	25	2
4	10	10	0	24	26	2
5	10	10	0	25	26	1
6	11	12	1	26	27	1
7	12	12	0	23	25	2
8	12	12	0	25	27	2
9	10	10	0	21	23	2
10	11	12	1	21	22	1
11	10	11	1	20	22	2
12	12	12	0	21	22	1
<i>Mean</i>	11	11,33	0,33	22,67	24,08	1,42
<i>SD</i>	0,95	1,07	0,49	1,97	2,10	0,67

Tabel 1. menunjukkan bahwa penggunaan BGA *cooling storage* suhu yang dapat dipertahankan sebelum dikirim ke laboratorium adalah 11°C sedangkan pada kassa alkohol gliserin adalah 22,67 °C. Peningkatan suhu pada BGA *Cooling Storage* didapatkan 0,33±0,49 sedangkan pada Kassa Alkohol Gliserin 1,42±0,67

2. Temperatur yang dapat Dipertahankan dalam Waktu 45 Menit

Tabel 2. Distribusi frekuensi temperatur yang dapat dipertahankan dalam waktu 45 menit pada masing-masing alat di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2014

No	Waktu (menit)	Temperatur BGA <i>Cooling Storage</i> (°C)	Temperatur Kassa Alkohol Gliserin (°C)
1	0	27	27
2	5	10	22
3	10	10	23
4	15	10	24
5	20	11	25
6	25	11	26
7	30	12	27
8	35	13	27
9	40	13	27
10	45	14	27

Tabel 2. menunjukkan bahwa suhu yang dapat dipertahankan dalam BGA *cooling storage* sebesar 10°C dalam waktu 5-15 menit dan terjadi peningkatan suhu menjadi 11°C pada menit ke-20 dan menit ke-25 serta terjadi peningkatan kembali menjadi 12°C pada menit ke-30, sedangkan suhu pada kassa alkohol gliserin setiap penambahan 5 menit terjadi peningkatan suhu sebesar 1°C.

3. Hasil Uji Beda Temperatur pada BGA *Cooling Storage* dan Kassa Alkohol-Gliserin

Tabel 3. Hasil Uji beda pada temperatur BGA *Cooling Storage* dengan Kapas Alkohol Gliserin di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2014
(n=24)

Hasil Uji <i>T-Test</i>		
Rata rata peningkatan suhu dalam BGA <i>Cooling Storage</i>	Rata rata peningkatan suhu Kassa Alkohol-Gliserin	<i>p-value</i>
0,33±0,49	1,42±0,67	0,003

Tabel 3. Menunjukkan bahwa hasil QIP didapatkan *P-value* 0,003 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara peningkatan temperatur pada BGA *cooling storage* dengan kassa alkohol gliserin (*p value*<0,05)

DISKUSI

Hasil QIP didapatkan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara peningkatan temperatur pada BGA *cooling storage* dengan kassa alkohol-gliserin (*p value*<0,05). Hal tersebut menandakan bahwa instrument BGA *cooling storage* lebih baik digunakan dalam mempertahankan suhu tempat penyimpanan sampel BGA dibandingkan dengan menggunakan kassa alkohol-gliserin. Stabilisasi suhu BGA *cooling storage* pada tabel 1 menunjukkan bahwa dari 12 sampel darah yang dikirim ke laboratorium Cito RSUP Dr. Kariadi Semarang hanya terdapat 4 sampel darah yang mengalami peningkatan suhu sebesar 1 °C, sedangkan pada penyimpanan dengan kassa alkohol-gliserin hanya ada satu yang tidak mengalami peningkatan suhu. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Knowles, *et al* (2006) tentang *Effects of Syringe Material, Sample Storage Time, and Temperature on Blood Gases and Oxygen Saturation in Arterialized Human Blood Samples* yang mengemukakan bahwa jika terjadi keterlambatan pengiriman sampel ke laboratorium (sekitar 30 menit), maka sampel darah arteri lebih baik diambil dengan syringe kaca dan disimpan pada suhu kurang dari 22 °C. Selain itu, penelitian lain oleh Yulong, Jiabin, dan Yating (2002) mengemukakan bahwa sampel darah yang disimpan dalam suhu 4 dan 10 °C lebih stabil dibandingkan dengan sampel yang disimpan pada suhu 0-4 °C, 20-30 °C dan 37 °C. Sampel darah (*reticulocyte*) yang disimpan pada suhu 4 dan 10 °C dapat stabil dalam 72 jam, sedangkan jika disimpan dalam suhu 20-30 °C dapat stabil dalam 12 jam. Hasil penelitian Yulong, Jiabin dan Yating tersebut juga sesuai dengan hasil stabilisasi suhu yang didapat dalam BGA *Cooling Storage* di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang terdapat beberapa sampel yang dapat mempertahankan suhu sekitar 10 °C.

Stabilisasi suhu pada kassa alkohol-gliserin menunjukkan lebih dari 22 °C dengan peningkatan 1-2 °C setelah dikirim ke laboratorium. Penelitian dari Fletcher dan Barber dikutip dalam Liss (1993) menunjukkan bahwa penurunan PO₂ rata-rata 8 mmHg/mm terjadi pada sampel darah yang disimpan pada suhu 20 °C. Penelitian Knowles, *et al* (2006) juga menunjukkan bahwa terjadi peningkatan PO₂ dan PCO₂ masing-masing sebesar 13,7 mmHg dan 0,7 mmHg pada sampel yang menggunakan syringe plastik yang disimpan selama 30 menit pada suhu 22 °C, sedangkan perubahan pada pH dan SO₂ tidak bermakna secara klinis. Stabilisasi suhu sekitar 22 °C dapat meningkatkan PO₂, PCO₂ sehingga penggunaan kassa alkohol-gliserin untuk pendingin BGA belum sesuai dengan yang direkomendasikan.

Hasil QIP ini juga menunjukkan bahwa temperatur yang dapat dipertahankan dalam BGA *cooling storage* sebesar 10 °C dalam waktu 5-15 menit. Peningkatan suhu menjadi 11 °C terjadi pada menit ke-20 dan menit ke-25, sedangkan peningkatan suhu menjadi 12 °C pada terjadi pada menit ke-30. Suhu pada kassa alkohol-gliserin setiap penambahan 5 menit terjadi peningkatan suhu sebesar 1 °C. Proses pendingin dalam BGA berpengaruh dalam peningkatan suhu jika proses pendingin tersebut tidak mampu bertahan lama. Dapat dilihat pada BGA Cooling Storage tidak ada peningkatan suhu pada menit ke 5 sampai 15 sedangkan pada kassa alkohol gliserin terdapat peningkatan 1 °C dari awal menit ke 5 sampai menit ke 15. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan BGA *Cooling Storage* dapat mempertahankan suhu 10 °C dalam waktu 5-15 menit daripada kassa alkohol-gliserin. Hal ini disebabkan oleh sifat alkohol yang bersifat evaporasi dimana proses pertukaran melalui molekul air atau peristiwa berubahnya air atau es menjadi uap di udara sehingga terjadi peningkatan suhu secara perlahan karena evaporasi tersebut.

KETERBATASAN

Project ini tidak membandingkan hasil analisis pemeriksaan BGA yang dikirim menggunakan BGA *Cooling Storage* dengan kassa alkohol gliserin. Selain itu project ini hanya mengukur suhu saat di IGD dan suhu saat di laboratorium, peneliti tidak mengukur berapa lama waktu yang dibutuhkan sampai sampel dianalisis oleh petugas.

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil QIP ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara suhu yang dapat dipertahankan dalam BGA *cooling storage* dengan kassa alkohol gliserin (p value<0,05) dimana suhu pada BGA *Cooling Storage* dapat dipertahankan sebelum dikirim ke laboratorium adalah sekitar 11 °C, sedangkan pada kassa alkohol gliserin sekitar 24,42 °C. Peningkatan suhu pada BGA *cooling storage* sebesar 0,33 °C sedangkan pada kassa alkohol gliserin sebesar 1,42 °C. Rancangan instrument BGA *Cooling Storage* ini dapat sebagai bahan masukan perawat klinik dalam menjaga kestabilan suhu tempat penyimpanan sampel darah arteri.

DAFTAR PUSTAKA

- Horne, Mima M. (2001). *Keseimbangan Cairan Elektrolit dan Asam Basa*. Ed.2. Jakarta: EGC.
- Knowles, Thomas.P.,Mullin, Hunter, dan Douse. (2006). Effects of Syringe Material, Sample Storage Time, and Temperature on Blood Gases and Oxygen Saturation in Arterialized Human Blood Samples. *Respiratory care*, 51 (7): 732-736.
- Liss, H.P & Payne C.P.(1993). Stability of blood gases in ice and at room temperature. *Chest*, 103: 1120-1122.
- McCann, J.A.S. (2004). *Nursing Procedures*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Yulang, Cong, Jiaxin, dan Yating. (2002). The Effect of Different Condition of Sample Storage on Analysis of Reticulocyte. *Journal of Clinical Laboratory Science* Ed.1

JUDUL	<i>Quality Improvement Project (QIP): Dorso Foot Board</i> untuk Mencegah Kontraktur Plantar Fleksi
PRESENTER	Aditya Krisna
AUTHOR (S)	Aditya Krisna, Dwi Nur PS, Vina Ayu R, Ahmat Pujianto, Reni Sulung Utami
INSTITUSI	PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Kontraktur didefinisikan sebagai pemendekan otot secara adaptif dari otot/jaringan lunak yang melewati sendi sehingga menghasilkan keterbatasan lingkup gerak sendi. Pada pasien kritis khususnya pasien dengan penurunan kesadaran atau gangguan kekuatan otot beresiko tinggi mengalami kontraktur karena immobilisasi sendi yang cukup lama. Efek kontraktur menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi dan gangguan aktifitas kehidupan sehari-hari sehingga dapat menurunkan kualitas hidup seseorang Tujuan QIP ini adalah untuk mengetahui perbedaan rentang gerak sendi pergelangan kaki sebelum dan sesudah intervensi dengan Dorso Foot Board di ruang ICU RSUP dr.Kariadi Kota Semarang. Metode yang digunakan yaitu metode kuantitatif dengan monitoring skor pre-post intervensi pada 3 responden yang merupakan pasien di ruang ICU. Instrumen yang digunakan untuk mengukur derajat rentang gerak sendi adalah Goniometer. Hasil QIP menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan rentang gerak sendi pergelangan kaki sebelum dan sesudah pemberian Dorso Foot Board sebagai alat untuk mendorso-fleksikan pergelangan kaki, sehingga alat tersebut dapat dijadikan media untuk mencegah kontraktur plantar fleksi pada pasien dengan kelemahan ekstremitas bawah.

Kata kunci: Kontraktur plantar fleksi, Dorso foot board, QIP

LATAR BELAKANG

Salah satu efek dari pemberian sedasi pada pasien kritis yang dirawat di ruang intensif adalah penurunan kesadaran. Hal tersebut bisa berdampak pada penurunan mobilitas pada pasien sehingga dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan pemendekan jaringan ikat dan otot sehingga bisa menyebabkan kontraktur sendi (Sjamsuhidajat & de Jong, 2004). Kontraktur sendi yang bisa terjadi pada pasien dengan kesadaran sedasi adalah kontraktur plantar fleksi. Hal ini dapat dikarenakan pasien tidak mobilisasi dan telapak kaki dalam posisi jatuh mengikuti gravitasi bumi dengan sudut yang tidak normal dalam jangka waktu yang lama (Meyers, Tina, 2010).

Efek kontraktur menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi dan gangguan aktifitas kehidupan sehari-hari (Sjamsuhidajat & de Jong, 2004), sehingga dapat menurunkan kualitas hidup seseorang (Meyers, Tina *et al.* 2008). Penyebab utama kontraktur pada pasien kritis adalah tidak ada atau kurangnya mobilisasi sendi akibat suatu keadaan antara lain ketidakseimbangan kekuatan otot, penyakit neuromuskular, penyakit degenerasi, luka bakar, luka trauma yang luas, inflamasi, penyakit kongenital, ankilosis dan nyeri. Banyaknya kasus penderita yang mengalami kontraktur dapat dikarenakan penderita yang kurang disiplin untuk melakukan mobilisasi sedini mungkin dan kurangnya pengetahuan tenaga medis untuk memberikan terapi pencegahan (Dorland, 2010). Keterlambatan ambulasi dini pada pasien akan menyebabkan kontraktur yang permanen, kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, atrofi, dan penurunan aktifitas. Jika hal di atas tidak ditanggulangi maka

akan memperpanjang proses pemulihan pasien dan berakibat fatal hingga harus dilakukan pembedahan (Potter & Perry, 2005).

Penanganan untuk mencegah kontraktur dapat dilakukan dengan cara konservatif. Salah satunya yaitu dengan *positioning*. *Positioning* penderita yang tepat dapat mencegah terjadinya kontraktur dan keadaan ini harus dipertahankan sepanjang waktu selama penderita dirawat di tempat tidur. Posisi dan penggunaan program pemeliharaan kekuatan dan ketahanan diperlukan agar pemeliharaan tercapai dan untuk mencegah kontraktur sendi yang rekuren (Hesperian, 2009; Sjamsuhidajat & de Jong, 2004). Katalinic Owen dalam *study review*nya yang mengatakan bahwa pemberian *stretch* atau tarikan/tahanan pada persendian ekstremitas bawah dapat mencegah terjadinya kontraktur, dalam segi yang lain bagi responden yang telah mengalami penurunan fungsi sendi, *stretch* dapat meningkatkan fungsi sendi sebanyak 3⁰ (Owen M, 2011). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Tina Meyers yang mengatakan bahwa pemberian bentuk pada kaki/tahanan secara berkala dengan durasi pemberian yang disesuaikan dapat mengurangi prevalensi terjadinya kontraktur plantar fleksi. (Meyers, 2010)

Hasil studi kasus yang dilakukan pada pasien kritis yang dirawat di *Intensive Care Unit* rumah sakit di kota Semarang menunjukkan 1 orang pasien dengan penurunan kesadaran mengalami imobilisasi atau keterbatasan rentang gerak. Fenomena yang ditemukan yaitu seorang pasien dengan penurunan kesadaran (sedasi) mengalami kontraktur pada plantar fleksi. Hal ini dapat disebabkan karena pasien dalam kondisi tirah baring yang lama dan sendi kaki dalam keadaan kontraksi tanpa adanya mobilisasi atau pergerakan dari pasien.

Mengingat pasien di ruang *Intensive Care Unit* merupakan satu kesatuan dari bio psiko sosial spiritual dan perlu mendapatkan perhatian khusus dari perawat guna meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi lebih lanjut, perawat dituntut memiliki wawasan yang luas, terampil, dan sikap profesional dalam memberikan asuhan keperawatan. Fenomena tersebut mendorong mahasiswa untuk melakukan *quality improvement project (QIP)* dengan mengembangkan ide pembuatan *dorso foot board* guna mencegah terjadinya kontraktur plantar fleksi.

METODE

Metode yang digunakan dalam QIP ini yaitu kuantitatif dengan pre-post intervensi tanpa adanya kelompok kontrol. Intervensi menggunakan Dorso Foot Board untuk memposisikan pergelangan kaki responden menjadi dorso fleksi. Adapun kriteria inklusi QIP yaitu: pasien dengan hambatan mobilitas fisik, kelemahan ekstremitas, kekuatan otot kurang dari 3. QIP ini dilakukan pada tanggal 28 Mei 2014 hingga 9 Juni 2014 di ruang ICU RSUP dr.Kariadi Semarang.

Pengukuran rentang gerak sendi menggunakan goniometer sebelum dilakukan intervensi berupa pemberian *Dorso foot board* untuk memposisikan kaki menjadi dorsal fleksi selama 4 jam dalam satu hari selama 7 hari pada kedua telapak kaki. Data akhir berupa hasil pengukuran rentang gerak sendi pergelangan kaki setelah responden mendapat intervensi tersebut. Dari kedua hasil pengukuran yang didapat, kemudian dijadikan tolak ukur untuk mengetahui adanya perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1.2. Distribusi rentang gerak sendi responden Pre-intervensi dan Post-intervensi yang dirawat di ruang ICU RSUP dr.Kariadi Kota Semarang Bulan Mei-Juni 2014 (n=3)

Responden	Pre-intervensi		Post-intervensi	
	Kanan	Kiri	kanan	Kiri
R1	10°	10°	10°	10°
R2	10°	10°	10°	10°
R3	10°	10°	10°	10°

Hasil QIP menunjukkan bahwa dari 3 responden, didapatkan 2 responden berjenis kelamin perempuan, 2 responden dilakukan intervensi >1 minggu, dan ketiga responden memiliki kekuatan otot kurang dari 3.

Hasil akhir dari QIP menunjukkan bahwa ketiga responden tidak mengalami perubahan rentang gerak sendi. Pada ketiga responden saat dilakukan pengukuran awal menggunakan Goniometer didapatkan hasil rentang gerak sendi kaki sebesar 10°, kemudian setelah dilakukan intervensi menggunakan *Dorso Foot Board* dan dilakukan pengukuran akhir didapatkan hasil rentang gerak sendi kaki sebesar 10°.

PEMBAHASAN

Pergelangan sendi kaki merupakan alat gerak yang penting dalam aktivitas harian dan kegiatan fungsional. Gangguan pada pergelangan sendi kaki, seperti kekakuan akan mengakibatkan penurunan kemampuan gerak / *Range of Motion* (ROM) sehingga mengurangi atau membatasi kemampuan aktivitas dan latihan individu. (Gao, Fan, 2010).

Kekakuan sendi dapat disebabkan karena kurangnya aktivitas (immobilisasi) atau pergerakan dari sendi tersebut, contohnya pada pasien yang di rawat di ruang ICU. Pada pasien di ruang ICU, rata-rata kondisi pasien sedang mengalami penurunan kesadaran atau kelemahan gerak motorik kaki sehingga beresiko tinggi mengalami kekakuan sendi atau biasa disebut kontraktur (Harvey, 2002). Kontraktur merupakan kondisi dimana Salah satu kontraktur yang sering terjadi pada pasien dengan penurunan kesadaran adalah kontraktur plantar fleksi.

Immobilisasi pergelangan kaki dengan posisi plantar fleksi yang berlangsung selama 10 hari akan menyebabkan penurunan 10% panjang dari tendon soleus yang kemudian akan membatasi rentang kemampuan gerak sendi pergelangan kaki tersebut. Pemendekan otot ini dikaitkan dengan penurunan jumlah sarkomer, perubahan dalam penyelarasan jaringan ikat intramuskular dan penurunan panjang relaksasi tendon (Harvey, 2002). Pada kondisi immbolisasi yang lama akan terjadi penurunan lubrikasi sendi, penyeimbangan volum air dan glycosaminoglicans yang bertugas untuk meningkatkan hubungan inter dan intramolekuler tulang dengan sendi menyebabkan kekakuan sendi dan hilangnya vasoelastik dari jaringan lunak di sekitar sendi. (Warren, 2007).

Kejadian kontraktur dapat dihindari dengan melakukan mobilisasi baik pasif maupun aktif yang dilakukan secara masif dan kontinu pada persendian. Pada pasien dengan penurunan kesadaran dapat diatasi dengan memposisikan *splinting*, *casting* dan

bracing (menahan) dapat digunakan untuk menjaga kepatenan penegangan dari otot secara pasif. Beberapa gerakan yang dapat dilakukan adalah dorso fleksi pergelangan kaki, plantar fleksi biseps, fleksi pergelangan tangan dan lutut merupakan bagian yang paling sering mengalami kontraktur (Gamber & Reenie, 2007).

Prinsip pencegahan kontraktur dengan menahan kaki agar membentuk posisi dorso fleksi telah menunjukkan hasil yang positif. Hal ini dibuktikan dari hasil evaluasi implementasi *Dorso Foot Board* yang telah diberikan kelompok *pada pasien dengan penurunan kemampuan gerak ekstremitas bawah di ruang ICU dr. Kariadi selama 7 hari*.

Hasil dari implementasi *Dorso Foot Board* adalah tidak adanya perbedaan rentang gerak sendi pergelangan kaki pada responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi menggunakan *Dorso Foot Board*. Hasil intervensi QIP ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Tina Meyers yang mengatakan bahwa pemberian bentuk pada kaki/tahanan secara berkala dengan durasi pemberian yang disesuaikan dapat mengurangi prevalensi terjadinya kontraktur plantar fleksi. (Meyers, 2010).

Hal serupa juga di sampaikan oleh Katalinic Owen dalam *review study*-nya yang mengatakan bahwa pemberian stretch atau tarikan/tahanan pada persendian ekstremitas bawah dapat mencegah terjadinya kontraktur, dalam segi yang lain bagi responden yang telah mengalami penurunan fungsi sendi, stretch dapat meningkatkan fungsi sendi sebanyak 3⁰ (Owen M, 2011).

Secara hipotesis, bahwa fasikula otot yang memanjang setelah peregangan, yang membuat kontrak fasikula lebih efektif pada bagian yang lebih menguntungkan untuk menghasilkan kekuatan yang lebih tinggi. Secara berulang, peregangan pergelangan kaki dapat mengurangi ketegangan sendi pergelangan kaki dan mengubah sifat mekanik dari tendon achilles. Namun, fakta bahwa sendi pergelangan kaki kendur sebagai sebagai unti yang besar, dan kekakuan sendi berkurang, kekakuan tendon Achilles mungkin masih dapat meningkat atau menurun. Selain perubahan sifat mekanik sendi, peregangan pergelangan kaki berulang bisa mengubah sifat di tingkat otot. Telah dilaporkan bahwa peregangan otot bisa menjadi stimulus untuk peningkatan postnatal yang normal dalam jumlah sarkomer

Fenomena equinovarus posisi kaki dikaitkan dengan apa yang secara klinis dinilai sebagai peningkatan resistensi terhadap posisi dorso fleksi pergelangan kaki (Harlaar, 2010). Samuel et al mengungkapkan bahwa dari hasil penelitian ditemukan bahwa dengan menggunakan alat untuk memposisikan pergelangan kaki menjadi dorso fleksi dapat mengurangi resiko terjadinya kontraktur plantar fleksi tanpa adanya komplikasi yang ditimbulkan (Samuel et al, 2001).

KETERBATASAN PENELITIAN

Adapun beberapa keterbatasan dalam pelaksanaan QIP ini, yaitu jumlah responden dalam QIP ini hanya ada setengah dari rencana awal yaitu 3 pasien dikarenakan terbatasnya pasien yang memenuhi kriteria inklusi saat dilaksanakan QIP. Kendala tersebut coba untuk diatasi kelompok dengan memaksimalkan intervensi dan monitoring harian terhadap responden yang sudah didapat. Keterbatasan waktu pelaksanaan QIP menyebabkan penerapan *Dorso Foot Board* ini menjadi singkat. Keterbatasan waktu juga dapat menjadi alasan keterbatasan dalam memenuhi jumlah responden yang diharapkan. Durasi pemberian *Dorso Foot Board* ini kepada responden selama 6-9 hari dengan durasi pemberian ± 4 jam/hari. Seluruh responden memiliki kemampuan rentang sendi yang sama yaitu 10°, namun hanya 1 responden yang sesuai target durasi intervensi

hingga akhir yaitu 9 hari. Pada 2 responden lainnya tidak mampu menyelesaikan intervensi dikarenakan berpindah ke ruang perawatan biasa dan adanya peningkatan kemampuan otot gerak sehingga menjadi bias ketika dimasukkan dalam kesimpulan akhir pengamatan QIP ini.

KESIMPULAN

Dorso Foot Board dapat mencegah kontraktur plantar fleksi. Hal tersebut terbukti dengan tidak adanya perubahan sendi kaki pada semua responden. *Dorso Foot board* memiliki bentuk yang sederhana dan mudah digunakan serta terbuat dari busa S-19 dengan tingkat kepadatan yang mampu menopang telapak kaki untuk tetap dalam posisi anatomis sehingga aman dan layak digunakan bagi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Dorland, W.A Newman. *Kamus Kedokteran Dorland Ed.31* (Alih Bahasa: Albertus Agung Mahode). Jakarta: EGC. 2010.
- Hesperian. 2009. *Contractures: Limbs That No Longer Straighten*. Diakses dari http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/en_dvc_2009/en_dvc_2009_08.pdf pada tanggal 17 Mei 2014.
- Katalinic OM, Harvey LA, Herbert RD. 2011. On “Effectiveness of stretch for the treatment and prevention of contractures...”. *Phys Ther.* 2011;91:11-24. Downloaded from <http://ptjournal.apta.org/> by guest on May 18, 2014.
- Meyers, Tina *et al.* 2008. Strategies to Prevent Heel Ulcers and Plantar Flexion Contractures in the Ventilated Patient. Diakses dari <http://www.yumpu.com> pada tanggal 18 Mei 2014
- Meyers, Tina. 2010. Preventing Heel Pressure Ulcers and Plantar Flexion Contractures in High-Risk Sedated Patients. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(4):372-378. Diakses dari <http://www.sageproducts.com/internal-sales-Force/iPresent/Prevalon-Heel-Protector/Clinicals/Preventing%20Heel%20Pressure%20Ulcers%20and%20Plantar%20Flexion%20Contractures%20in%20High-Risk%20Sedated%20Patients.pdf> pada tanggal 20 Mei 2014.
- Potter, P.A, Perry, A.G. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2.* Alih Bahasa : Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC. 2006.
- Sjamsuhidajat R, de Jong W. *Buku Ajar Bedah.* Jakarta: EGC. 2004.
- Soekidjo Notoatmodjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta. 2010.

JUDUL	Efektivitas Terapi <i>Slow Stroke Back Massage</i> Terhadap Penurunan Tingkat <i>Fatigue</i> pada Pasien yang menjalani Hemodialisa di RSUD dr. Moewardi Surakarta
PRESENTER <i>AUTHOR (S)</i> INSTITUSI	Purwani Oktyantari Purwani Oktyantari, Rina Achiriyani, Henni Kusuma PSIK FK UNDIP

ABSTRAK

Latar belakang: Di Indonesia penderita penyakit ginjal kronik mengalami peningkatan. hemodialisa atau terapi pengganti ginjal di rumah sakit tersebut. Pasien yang menjalani terapi pengganti ginjal di RSUD DR. Moewardi tercatat 3.380 pasien pada 2012, 2.771 pasien pada 2011, 2.016 pasien pada 2010 (Khalik, Achmad. 2013). *Fatigue* merupakan salah satu efek yang dialami oleh pasien-pasien yang menjalani hemodialisa. Salah satu teknik relaksasi yang dapat digunakan yaitu *slow stroke back massage*.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efek *slow stroke back massage* terhadap kelelahan pada pasien dialisa di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Metode: Metode penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *pretest-posttest*. Jumlah sampel 4 orang. Pengambilan sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kuesioner untuk menilai *fatigue* menggunakan *Piper Fatigue Scale* (PFS). Data dianalisis menggunakan diagram batang.

Hasil: Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata skor kelelahan sebelum intervensi yaitu 5,5 (kategori sedang). Rata-rata skor kelelahan setelah intervensi 4,4 (kategori sedang). Rata-rata penurunan skor *fatigue* yaitu 1,1.

Kesimpulan: *Slow stroke back massage* dapat menurunkan tingkat *fatigue* pada pasien yang menjalani hemodialisa. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan intervensi keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien hemodialisa yang mengalami kelelahan. Intervensi dapat dilakukan selama 1 bulan, 1 minggu 2 kali intervensi di ruang hemodialisa atau ketika melakukan *home visite*.

Kata kunci : *Slow stroke back massage, fatigue, hemodialisa*

PENDAHULUAN

Penyakit ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddarth, 2002).

Di Indonesia peningkatan penderita penyakit ini mencapai angka 20%. Pusat data dan informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI) menyatakan jumlah penderita penyakit ginjal kronik tahap terminal diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk. Berdasarkan data dari Indonesia Renal Registry, suatu kegiatan registrasi dari Perhimpunan Nefrologi Indonesia, pada tahun 2008 jumlah pasien yang menjalani hemodialisa (terapi pengganti ginjal) mencapai 2260 orang dari 2146 orang pada tahun 2007 (Suharjono, 2010).

Jumlah pasien penyakit ginjal setiap tahunnya di RSUD Dr. Moewardi Surakarta setiap tahunnya mengalami peningkatan. Hal itu terlihat dari data pasien yang melakukan

hemodialisa atau terapi pengganti ginjal di rumah sakit tersebut. Tercatat 3.380 pasien pada 2012, 2.771 pasien pada 2011, 2.016 pasien pada 2010 (Khalik, Achmad, 2013). Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal (ESRD; *end-stage renal disease*) yang membutuhkan terapi jangka panjang atau terapi permanen. Selai membran sintetik yang semipermeabel menggantikan glomerulus serta tubulus renal dan bekerja sebagai filter bagi ginjal yang terganggu fungsinya (Brunner & Suddarth, 2002). *Fatigue* adalah perasaan subjektif yang tidak menyenangkan berupa kelelahan, kelemahan dan penurunan energy dan merupakan keluhan utama pasien dengan dialysis (prevalensinya mencapai 60-97%). Penyebab *fatigue* antara lain anemia, adekuensi dialysis, hiperparatiroid, penyakit kronik, gangguan tidur, stress dan depresi, dan malnutrisi (Hasankhani, Hadi, et al, 2013).

Salah satu terapi relaksasi yang dapat digunakan adalah *slow stroke back massage*. *Slow stroke back massage* adalah tindakan masase punggung dengan usapan perlahan dan berirama dengan gerakan sirkular dengan kecepatan 60 kali usapan per menit selama 3-10 menit (Potter & Perry, 2005). Manfaat dari *slow stroke back massage* antara lain melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan, memiliki efek mengurangi ketegangan, meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis, menurunkan intensitas nyeri, kecemasan, tekanan darah dan denyut jantung secara bermakna (Kusyati E, 2006). Mekanisme *slow stroke back massage* (pijat lembut pada punggung) yaitu meningkatkan relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga terjadi vasodilatasi diameter arteriol. Sistem saraf parasimpatis melepaskan neurotransmitter asetilkolin untuk menghambat aktifitas saraf simpatis dengan menurunkan kontraktilitas otot jantung, volume sekuncup, vasodilatasi arteriol dan vena kemudian menurunkan tekanan darah (Muttaqin, 2009). *Massage* secara langsung dapat meningkatkan aliran vena di kulit serta meningkatkan aliran balik vena. Meningkatnya aliran balik vena ini akan membantu secara efisien pengembalian darah ke jantung, serta membantu mengalirkan asam laktat yang tertimbun dalam otot sehingga membantu mempercepat eliminasi asam laktat dalam darah dan otot (Corrigan, 1997 dalam Graha, 2007). Dengan demikian *fatigue* dapat berkurang.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan pendekatan kuantitatif dengan desain *pretest-posttest*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Sampel yang digunakan 4 orang dengan kriteria inklusi pasien yang mampu berkomunikasi dengan baik, usia 18 tahun atau lebih, menjalani hemodialisa minimal 3 bulan, mempunyai skor *fatigue* lebih dari 3, tidak ada *scar*, kemerahan dan bengkak pada punggung, akses AV *shunt*. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah pasien yang mempunyai penyakit akut seperti demam, batuk, dan infeksi, nyeri dan penyakit jantung, penyakit pernafasan, penyakit hati, kanker, gangguan mental seperti depresi, pasien dengan operasi bedah, pasien yang memiliki kulit sensitive. Tempat penelitian dilakukan di ruang hemodialisa RSUD Dr. Moewardi pada tanggal 26 Mei 2014, 29 Mei 2014, 2 Juni 2014, dan 5 Juni 2014. Intervensi dilakukan 1 minggu 2 kali, setiap pertemuan 10 menit. Alat yang digunakan yaitu kuesioner untuk menilai *fatigue* yaitu *Piper Fatigue Scale* (PFS) yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia. PFS terdiri dari 27 item yang meliputi 6 item

tentang *behavioral* (item nomor 2-7), 5 item *affective* (item nomor 8-12), 5 item *sensory* (item nomor 13-17), 6 item *cognitive* (item nomor 18-23). 22 item merupakan pertanyaan dengan skala numerik 0-10, sedangkan 4 item merupakan pertanyaan subjektif. Dalam penelitian *evidence based* ini, kuesioner PFS yang digunakan adalah item nomor 1-23. *Total score* didapatkan dengan cara menjumlahkan skor dari 22 item (nomor 2-23) kemudian dibagi 22. Klasifikasi *fatigue* berdasarkan skor *fatigue* : 0 : tidak ada, 1-3 : ringan, 4-6 : sedang, 7-10 : berat. Hasil dianalisis menggunakan diagram batang, dengan membandingkan skor *fatigue* pre dan post intervensi.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1

Skor *Fatigue* Sebelum Intervensi di Ruang Hemodialisa RSUD DR. Moewardi, Surakarta, tahun 2014 (n=4)

Skor <i>Fatigue</i>	Pre	
	Skor	Kategori
Ny. P	5,8	Sedang
Tn. Sk	5,7	Sedang
Ny. Sw	5,1	Sedang
Tn. Su	5,3	Sedang
Rata-rata	5,5	Sedang

Rata-rata skor kelelahan sebelum intervensi yaitu 5,5 (kategori sedang).

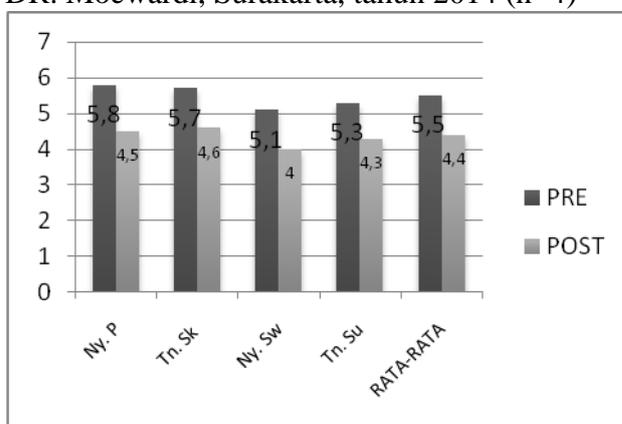
Tabel 2

Skor *Fatigue* Sesudah Intervensi di Ruang Hemodialisa RSUD DR. Moewardi, Surakarta, tahun 2014 (n=4)

Skor <i>Fatigue</i>	Pre	
	Skor	Kategori
Ny. P	4,5	Sedang
Tn. Sk	4,6	Sedang
Ny. Sw	4	Sedang
Tn. Su	4,3	Sedang
Rata-rata	4,4	Sedang

Rata-rata skor kelelahan sesudah intervensi yaitu 4,4 (kategori sedang).

Diagram 1
Perbedaan Skor *Fatigue* Sebelum dan Sesudah Intervensi di Ruang Hemodialisa RSUD DR. Moewardi, Surakarta, tahun 2014 (n=4)



Terdapat perbedaan skor sebelum dan sesudah intervensi. Rata-rata penurunan skor *fatigue* yaitu 1,1.

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan pemberian terapi *slow stroke back massage* selama selama 2 minggu, 2 kali intervensi dalam seminggu, setiap pertemuan 10 menit didapatkan hasil bahwa skor *fatigue* responden mengalami penurunan. Sebelum dilakukan intervensi SSBM, *fatigue* berada pada skor 5,1-5,8 (kategori sedang). Setelah dilakukan intervensi SSBM, terjadi penurunan skor *fatigue* yaitu 4-4,6 (kategori sedang). Pijat dapat mempengaruhi sistem saraf, otot dan aliran darah, menyebabkan otot relaksasi dan aliran dan oksigen suplai darah. Pijat mampu meningkatkan aliran darah ke daerah tertentu, peningkatan gizi, dan meningkat ekskresi produk-produk limbah seperti asam laktat dan hasilnya adalah tubuh melepaskan energi dan mengurangi kelelahan (Hadi Hasankhani, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hadi Hasankhani (2013) yang berjudul *The Effect Of The Slow-Stroke Back Massage On Fatigue Of Dialyzed Patients* menunjukkan hasil bahwasanya terapi pijat *Slow stroke back massage* dapat mengurangi kelelahan dan memberikan rasa nyaman pada pasien. Pada penelitian tersebut terapi pijat diberikan selama selama 4 minggu, 3 kali intervensi dalam seminggu, setiap pertemuan 10 menit. SSBM dapat menurunkan *fatigue* secara signifikan dalam waktu lebih dari 1 bulan dengan *p value* 0,003 dan tidak ada perubahan yang signifikan pada awal penelitian sampai hari ke 15 ataupun hari ke 15 sampai penelitian berakhir. Sedangkan dalam *evidence based* yang kami lakukan pada responden kami (pasien HD di RSUD dr.Moewardi), intervensi hanya dilakukan dalam 2 minggu, 1 minggu 2 kali intervensi, sehingga perubahan skor *fatigue* tidak terlalu signifikan apabila dibandingkan dengan hasil akhir penelitian yang dilakukan oleh Hadi Hasankhani.

Penelitian yang dilakukan oleh Ghasemi (2010) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara istirahat dan pijat dalam menurunkan kelelahan. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa pijat mampu meningkatkan fungsi otot setelah terjadi kelelahan maksimal, sedangkan istirahat tidak mampu meningkatkan fungsi otot setelah terjadi kelelahan maksimal. Pijat atau relaksasi dapat menurunkan persepsi kelelahan.

Sehingga pijat dianggap lebih efektif daripada istirahat dalam menurunkan tingkat kelelahan.

Perbedaan antara teori dan *evidence based* yang kami lakukan yaitu ketika intervensi pasien tidak diperkenankan membuka baju. Dalam teori seharusnya *massage* dilakukan dengan membuka baju sehingga tangan pemijat bersentuhan langsung dengan kulit punggung pasien. Pada prakteknya, *massage* dilakukan tanpa membuka baju. Hal ini dimaksudkan untuk menjaga *privacy* pasien. Ini bukan menjadi hambatan karena *massage* tetap dapat dilakukan, namun stimulus kutaneus pada *massage* yang dilakukan menjadi kurang maksimal.

KESIMPULAN

Skor kelelahan sebelum dilakukan *slow stroke back massage* yaitu antara 5,1-5,8 (kategori sedang), rata-rata skor kelelahan 5,5 (kategori sedang). Skor kelelahan sesudah dilakukan *slow stroke back massage* yaitu antara 4-4,6 (kategori sedang), rata-rata skor kelelahan 5,5 (kategori sedang). Terdapat perubahan skor kelelahan sebelum dan setelah dilakukan *slow stroke back massage*. Rata-rata penurunan skor *fatigue* yaitu 1,1.

Perawat hemodialisa diharapkan dapat belajar tentang terapi *slow stroke back massage* sehingga dapat dijadikan salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada pasien hemodialisa yang mengalami kelelahan. Intervensi dapat dilakukan selama 1 bulan, 1 minggu 2 kali intervensi di ruang hemodialisa atau ketika melakukan *home visite*. Selain itu rumah sakit dapat mengadakan pelatihan atau seminar tentang terapi *slow stroke back massage* kepada para perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta :EGC
- Ghasemi KJA, Mostofi M, Keihani M. 2010. The Effect Of Massage And Relax The Mussels Fatigue And Isokinetic Parameter Of Knee. *J. Tavanbakhshi*, 4, 5-13.
- Graha, Ali. 2007. *Manfaat Sport Massage Pada Asam Laktat Tubuh*. <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/penelitian/Ali%20Satia%20Graha,%20S.Pd.%20M.Kes/MANFAAT%20SPORT%20MASSAGE%20PADA%20ASAM%20LAKTAT%20TUBUH.pdf>. Diakses tanggal 24 Mei 2014
- Hasankhani, Hadi, Fariba Ghaderi dkk. 2013. The Effect Of The Slow-Stroke Back Massage On Fatigue Of Dialyzed Patients. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences Vol 4 (10) : 3004-3008*.
- Khalik, Achmad. 2013. Jumlah Pasien Gagal Ginjal Kian Meningkat. <http://www.timlo.net/baca/64459/jumlah-pasien-gagal-ginjal-kian-meningkat/>. Diakses tanggal 19 Mei 2014.
- Kusyati, Eny. 2006. *Keterampilan dan Prosedur laboratorium keterampilan Keperawatan dasar*. Jakarta : EGC.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*. Jakarta : Salemba Medika
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Suharjono. 2010. Penderita Gagal Ginjal di Indonesia. www.ikcc.or.id/content.php?c=1&id=275. Diakses tanggal 19 Mei 2014.



ISBN:



9 78 - 602 - 97846 - 3 - 3