

Volume 17, Nomor 1, Maret 2014

pISSN 1410-4490
eISSN 2354-9203

Jurnal KEPERAWATAN INDONESIA

- ❑ Analisis Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Anak Thalassemia Beta Mayor
- ❑ Domain Fungsi Kognitif Setelah Terapi Stimulasi Kognitif
- ❑ Kajian Kelompok Risiko Tinggi: Studi Pendahuluan Pengembangan Model Pengendalian Prevalensi Penyakit Kardiovaskular
- ❑ Peningkatan Berat Badan Bayi Melalui Pemijatan
- ❑ Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Budaya Organisasi dan Kinerja

ANALISIS FAKTOR YANG MEMENGARUHI KUALITAS HIDUP ANAK THALASSEMIA BETA MAYOR

Dini Mariani^{1*}, Yeni Rustina², Yusran Nasution³

1. Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Jawa Barat 46115, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: dini_syakira@yahoo.com

Abstrak

Thalasemia β termasuk penyakit yang memerlukan pengobatan dan perawatan yang berkelanjutan. Hal tersebut berdampak terhadap kualitas hidup anak. Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi dan menjelaskan faktor yang memengaruhi kualitas hidup anak dengan thalasemia beta mayor. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, dengan jumlah sampel sebanyak 84 responden yang berasal dari dua rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kualitas hidup dengan kadar Hb pre-transfusi ($p= 0,003$, $\alpha= 0,05$), dukungan keluarga ($p= 0,003$, $\alpha= 0,05$) dan penghasilan ($p= 0,046$, $\alpha= 0,05$). Hasil multivariat didapatkan bahwa kadar Hb pre-transfusi merupakan faktor yang paling memengaruhi kualitas hidup anak. Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan waktu yang lebih lama dan mengembangkan variabel-variabel lain yang belum diteliti.

Kata kunci: kualitas hidup anak, thalasemia

Abstract

Analysis Factors Affecting the Quality of Life of Children Beta Thalassemia Mayor. Beta thalasemia is a disease that requires sustainable medication and treatment. It affects on the quality of life of children. The purpose of this study to identified and explained factors that affect the quality life of children with beta thalasemia major. This study used cross-sectional design, with a sample 84 respondents from two hospitals. The results showed a significant relations between quality of life with pretransfusi Hb levels ($p= 0,003$; $\alpha= 0,05$), family support ($p= 0,003$; $\alpha= 0,05$), and income ($p= 0,046$; $\alpha= 0,05$). Multivariate results obtained that pretransfusi Hb levels are the most affecting factors. Recommendations from this study is necessary to study further with a longer of time and develop other variables that have not been studied.

Keywords: child's quality of life, thalasemia

Pendahuluan

Thalasemia adalah kelainan genetik dari sintesis rantai globin dengan manifestasi klinik yang bervariasi tergantung dari jumlah dan tipe rantai globin yang dipengaruhi (Dahlui, Hishamsah, Rahman, dan Aljunid, 2009). Penyakit thalasemia ditemukan di seluruh dunia dengan prevalensi gen thalasemia tertinggi di beberapa negara tropis (TIF, 2008). Adapun di wilayah Asia Tenggara pembawa

sifat thalasemia mencapai 55 juta orang (Thavorncharoensap, et al., 2010)

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki penduduk pembawa thalasemia, dimana frekuensi pembawa thalasemia di Indonesia adalah sekitar 3–8%. Artinya bahwa 3–8 dari 100 penduduk merupakan pembawa gen thalasemia, dan jika angka kelahiran rata-rata 23% pada jumlah populasi penduduk sebanyak 240 juta, maka diperkirakan akan

lahir 3.000 bayi pembawa gen thalasemia tiap tahunnya (Bulan, 2009).

Rumah Sakit Umum (RSU) Tasikmalaya dan Ciamis merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang berada di Jawa Barat. Kedua rumah sakit tersebut memberikan pelayanan khusus pada pasien penderita Thalasemia terutama Thalasemia Mayor yang memerlukan transfusi darah secara terus menerus. Data Januari sampai Desember 2010 pasien Thalasemia yang rutin berkunjung ke RSU Tasikmalaya untuk mendapatkan transfusi mencapai 112 orang dimana 111 adalah pasien anak, sedangkan untuk di RSU Ciamis sebanyak 110 anak dan yang aktif transfusi sebanyak 85 anak (Rekam Medis RSU Tasikmalaya, 2010; Rekam Medis RSU Ciamis, 2010).

Penyakit thalasemia terutama thalasemia β termasuk penyakit yang memerlukan pengobatan dan perawatan yang berkelanjutan dengan adanya pemberian transfusi yang terus menerus dan kelasi besi. Ismail, Campbell, Ibrahim, dan Jones (2006) dalam penelitiannya dengan menggunakan *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) menemukan bahwa dampak negatif pemberian transfusi dan kelasi besi pada aspek fisik, emosional dan fungsi sekolah pada pasien thalasemia beta mayor lebih buruk dibandingkan dengan anak sehat. Beberapa penelitian yang terkait dengan kualitas hidup pada anak thalasemia dilakukan di beberapa negara dengan metode kuantitatif, diantaranya adalah penelitian tentang kualitas hidup pada pasien thalasemia yang ketergantungan transfusi pada pengobatan *desferrioxamine* oleh Dahlui, Hishamsah, Rahman, dan Aljunid (2009) di Malaysia. Hasil penelitian menemukan bahwa kualitas hidup pasien thalasemia berhubungan dengan kadar feritin, komplikasi kelebihan zat besi, dan penghasilan keluarga. Penelitian yang berkaitan dengan kualitas hidup anak thalasemia di Indonesia sudah pernah dilaksanakan di Semarang oleh Bulan pada tahun 2009. Sampel yang digunakan yaitu anak penderita thalasemia beta mayor yang berusia

5-14 tahun. Penelitian ini menemukan beberapa faktor yang memengaruhi kualitas hidup anak thalasemia mayor diantaranya adalah ukuran limpa, status ekonomi orang tua, pendidikan orang tua, kadar Hb, jenis kelasi besi, dan kadar feritin darah dimana faktor yang paling memengaruhi kualitas hidup anak adalah ukuran limpa.

Hasil studi pendahuluan di RSU Kota Tasikmalaya dan Ciamis pada anak penderita Thalasemia Mayor yang rutin berkunjung untuk transfusi darah menemukan beberapa keluhan diantaranya penurunan fungsi sekolah dimana anak sering tidak masuk sekolah karena secara rutin harus menjalani transfusi darah, penurunan fungsi sosial dan emosi dimana fungsi-fungsi tersebut merupakan bagian dari kualitas hidup anak. Pemahaman perawat terhadap kualitas hidup anak terutama pada penderita Thalasemia merupakan hal yang sangat penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang efektif, sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat sesuai dengan kondisi anak. Dari latar belakang tersebut diatas perlu dikaji faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pada anak thalasemia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui nilai kualitas hidup anak penderita Thalasemia mayor dengan menggunakan *Pediatric Quality of Life Inventory* (Peds QL) dan menjelaskan faktor yang memengaruhi kualitas hidup anak yang menderita Thalasemia di RSU Kota Tasikmalaya dan Ciamis.

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah seluruh anak usia sekolah yang rutin transfusi. Jumlah sampel ditentukan berdasarkan rumus perhitungan untuk data kontinyu uji hipotesis beda dua mean (Ariawan, 1998) yang hasilnya 81 anak. Untuk mengantisipasi responden yang *drop out* ditambah 10%, sehingga sampel penelitian ini berjumlah 89 tetapi dalam kenyataannya hanya 84 karena ada responden yang *drop out*.

Validitas dan reliabilitas instrumen *Pediatric Quality of Life* (Peds QL) sudah diuji dan sudah dipakai di beberapa penelitian di Indonesia, dengan hasil uji koefisien α secara umum berkisar antara 0,70-0,92. Uji validitas dan reliabilitas untuk kuesioner dukungan keluarga didapatkan nilai r berkisar pada 0,237 sampai 0,814 dengan nilai α 0,899. Pada penelitian ini variabel yang dideskripsikan

melalui analisis univariat adalah variabel dependen yaitu kualitas hidup anak thalasemia dan variabel independen yaitu faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup. Analisis multivariat menggunakan uji regresi linier ganda untuk mengetahui variabel yang paling memengaruhi kualitas hidup.

Hasil

Tabel 1. Responden Menurut Usia, Penghasilan Keluarga, Hb *pretransfusi*, Frekuensi Transfusi dan Dukungan Keluarga

Variabel	Mean	SD	Min - Mak	CI 95%
Usia	9,4	3,3	5,0-18	8,7-10,1
Penghasilan	1076785,7	465525	400000-2000000	975760,5-1177810,8
Hb <i>pretransfusi</i>	7,1	1,4	4,0-10,2	6,8-7,4
Frekuensi transfusi	15,8	5,6	6,0-24,0	14,5-17,0
Dukungan keluarga	48,9	5,7	35-60	47,6-50,2

Tabel 1 menjelaskan bahwa rata-rata usia responden 9,4 tahun dan standar deviasi 3,3, dengan usia termuda 5 tahun dan tertua 18 tahun. Diyakini 95% usia pasien yang rutin untuk transfusi di unit thalasemia berada pada rentang 8,72–10,1 tahun. Rata-rata penghasilan keluarga sebesar Rp1.076.785,7 dengan peng-hasilan tertinggi Rp2.000.000 dan terendah Rp400.000, diyakini 95% penghasilan keluarga pada anak yang rutin transfusi di unit thalasemia berada pada rentang Rp975.760,5–1.177.810,8. Menurut frekuensi transfusi yang dialami responden didapatkan rata-rata sebanyak 15,8 kali dalam setahun. Frekuensi transfusi terbanyak yaitu 24 kali dan yang terkecil yaitu 6 kali, diyakini

95% frekuensi transfusi pada anak yang rutin untuk transfusi di unit thalasemia berada pada rentang 14,5-17 kali dalam setahun. Rata-rata nilai dukungan keluarga sebesar 48,9 dengan standar deviasi 5,7. Dukungan keluarga tertinggi sebesar 60 dan terendah sebesar 35, diyakini 95% dukungan keluarga pada anak yang rutin transfusi di unit thalasemia berada pada rentang 47,6 sampai 50,2.

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 52 orang (61,9%). Tingkat pendidikan ayah dan ibu mayoritas berpendidikan rendah yaitu masing-masing 50 orang (59,5%).

Tabel 2. Karakteristik Responden Menurut Faktor Demografi: Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan Ibu, dan Tingkat Pendidikan Ayah

Variabel	Jumlah	Prosentase
FAKTOR DEMOGRAFI		
1. Jenis Kelamin		
Laki-laki	32	38,1
Perempuan	52	61,9
2. Tingkat Pendidikan Ibu		
Rendah	50	59,5
Tinggi	34	40,5
3. Tingkat Pendidikan Ayah		
Rendah	50	59,5
Tinggi	34	40,5

Tabel 3. Karakteristik Responden Menurut Faktor Penyakit Penyerta dan Jenis Kelasi Besi

Variabel	Jumlah	Prosentase
1. Penyakit penyerta:		
Dengan penyakit penyerta	30	35,7
Tanpa penyakit penyerta	54	64,3
2. Jenis kelasi besi:		
Oral	71	84,5
Parenteral	13	15,5

Tabel 4. Distribusi Kualitas Hidup Anak Thalasemia

Domain Kualitas Hidup	Mean	SD	Min - Mak	CI 95%
Fisik	60,86	14,4	25-100	57,7-63,9
Emosi	57,61	19,8	15-100	53,3-61,9
Sosial	61,46	13,3	30-100	58,5-64,3
Sekolah	54,52	16,5	10-90	50,9-58,1
Rerata Skor Kualitas hidup	58,61	13,2	26,6-93,8	55,8-61,5

Tabel 5. Model Akhir Analisis Multivariat Variabel Penghasilan, Hb dan Dukungan Keluarga pada Responden

Variabel	B	p	Beta	R Square
Penghasilan	0,006	0,128	0,159	0,202
Kadar Hb	2,643	0,007	0,281	
Dukungan keluarga	0,538	0,027	0,236	

Hasil analisis pada tabel 3 menunjukkan bahwa responden yang memiliki penyakit penyerta sebanyak 30 responden (35,7%). Tabel 3 juga menjelaskan bahwa responden mayoritas menggunakan kelasi besi oral sebanyak 71 responden (84,5%). Jadi pada unit thalasemia di RSUD Tasikmalaya dan Ciamis terbanyak menggunakan kelasi jenis oral.

Tabel 4 menjelaskan rata-rata kualitas hidup subyek penelitian ini adalah 58,6 dengan nilai terendah 26,6 dan tertinggi 93,8. Lebih lanjut dijelaskan bahwa domain kualitas hidup sosial dan fisik berada di atas nilai rata-rata skor kualitas hidup dimana domain sosial menempati nilai tertinggi. Sedangkan domain emosi dan sekolah berada di bawah rata-rata skor kualitas hidup, dimana domain sekolah menduduki nilai terendah.

Hasil analisis bivariat menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kualitas hidup ($p= 0,332$; $\alpha= 0,05$), rata-rata nilai kualitas hidup antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan, rata-rata nilai kualitas anak antara ayah dengan tingkat pendidikan tinggi dengan ayah berpendidikan rendah, rata-rata nilai kualitas anak antara ibu dengan tingkat pendidikan tinggi dengan ibu berpendidikan rendah. Tidak ada juga perbedaan yang signifikan rata-rata nilai kualitas anak antara anak dengan penyakit penyerta dan tanpa penyakit penyerta, tidak ada hubungan antara frekuensi transfusi dengan kualitas hidup, dan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata nilai kualitas anak antara anak dengan kelasi besi oral dan parenteral. Terdapat hubungan yang signifikan antara penghasilan, Hb *pretransfusi*, dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup.

Tabel 5 menjelaskan model terakhir dari pemodelan multivariat faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup anak thalasemia beta mayor di RSUD Tasikmalaya dan Ciamis. Dari ketiga variabel dapat dijelaskan bahwa variabel kualitas hidup sebesar 20,2% ($R\ Square= 0,202$) sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Hasil analisis menunjukkan faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup anak thalasemia beta mayor di RSUD Tasikmalaya dan Ciamis yaitu faktor penghasilan orang tua, kadar Hb *pretransfusi* dan dukungan keluarga, dengan faktor Hb *pretransfusi* merupakan faktor yang paling berpengaruh.

Pembahasan

Dalam penelitian ini didapatkan skor rata-rata kualitas hidup anak thalasemia beta mayor sebesar 58,61 ($\pm 13,2$). Hasil tersebut berada di bawah nilai kualitas hidup pada populasi normal menurut Bulan (2009) yang menjelaskan bahwa nilai kualitas hidup pada populasi normal berkisar pada $81,38 \pm 15,9$. Adapun nilai kualitas hidup untuk domain fungsi fisik 60,86, domain fungsi psikologis/emosi 57,61, domain fungsi sosial

sebesar 61,46, dan untuk domain fungsi sekolah sebesar 54,52.

Penelitian Bulan (2009) tentang kualitas hidup pada anak thalasemia beta mayor di Semarang menemukan bahwa skor rerata kualitas hidup sebesar 65,8 dan fungsi sosial mencapai nilai tertinggi yaitu sebesar 75,1. Apabila dibandingkan dengan penelitian ini ternyata penelitian Bulan memiliki kesamaan dalam pencapaian kualitas hidup yang tinggi pada domain fungsi sosial. Peneliti berpendapat bahwa anak thalasemia sudah mengalami manajemen yang efektif baik secara internal ataupun eksternal terkait dengan kondisi kronis yang dialaminya, sehingga individu merasa nyaman dan beradaptasi dengan keadaannya.

Pada penelitian ini pencapaian terendah adalah pada domain sekolah atau pendidikan yaitu 54,52 ($\pm 16,5$), hal tersebut sejalan dengan penelitian Khurana, Katyal, dan Marwaha (2006) yang menjelaskan bahwa anak penderita thalasemia mengalami masalah dalam domain pendidikan karena anak harus meninggalkan bangku sekolah dan menjalani transfusi serta rutin mengunjungi rumah sakit, rerata prestasi anak menurun. Hasil domain emosi dalam penelitian ini juga mengalami pencapaian nilai yang rendah. Temuan ini sejalan dengan penelitian Khurana, Katyal, dan Marwaha (2006) yang menggambarkan bahwa masalah pada anak thalasemia juga terjadi pada domain fisik dan emosi. Penelitian lain yang berkaitan dengan fungsi emosi dikemukakan oleh Shaligram, Girimaji, dan Chaturvedi (2007) yang menjelaskan bahwa 44% anak penderita thalasemia mengalami masalah psikologis. Ismail, Campbell, Ibrahim, dan Jones dalam Dahlui, Hishamsah, Rahman, dan Aljunid (2009) menyatakan bahwa anak penderita thalasemia di Malaysia mengalami kualitas hidup yang rendah dalam fungsi fisik, sosial dan sekolah dibandingkan dengan kualitas hidup anak yang normal.

Faktor demografi yang berhubungan dengan kualitas hidup berdasarkan kerangka konsep

penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan ayah, pendidikan ibu dan status ekonomi. Penelitian ini mendapatkan bahwa tidak ada hubungan antara faktor umur anak, jenis kelamin anak, pendidikan ayah dan pendidikan ibu, sedangkan faktor penghasilan keluarga menunjukkan hubungan bermakna dengan kualitas hidup anak.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa penderita thalasemia lebih banyak pada responden yang berjenis kelamin perempuan dari pada laki-laki. Dalam penelitian ini tidak ada perbedaan yang signifikan nilai kualitas hidup pada responden perempuan dan laki-laki, penemuan ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian Bulan (2009) menjelaskan bahwa karakteristik demografi jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu 54,5% dan terlihat tidak ada perbedaan jenis kelamin pada rerata kualitas hidup. Hal senada diungkapkan Thavorncharoensap, et al., (2010) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak mempengaruhi kualitas hidup anak thalasemia. Hasil analisis univariat didapatkan rata-rata umur responden dalam penelitian ini adalah 9,4 tahun ($\pm 3,26$), dalam penelitian ini faktor umur anak tidak mempengaruhi kualitas hidup ($p = 0,332$).

Berbeda dengan penelitian ini, Thavorncharoensap, et al., (2010) menemukan bahwa umur responden berpengaruh terhadap kualitas hidup anak. Dalam penelitiannya menemukan bahwa semakin bertambah usia anak maka kualitas hidupnya semakin bertambah. Hal tersebut mungkin terjadi karena jumlah responden dalam penelitian tersebut cukup besar yaitu sebanyak 315 responden.

Faktor tingkat pendidikan ayah dan ibu dalam penelitian ini tidak mempengaruhi kualitas hidup anak. Penemuan ini bertolak belakang dengan penelitian Bulan (2009) yang menjelaskan bahwa pendidikan ayah dan ibu memiliki hubungan bermakna dengan kualitas hidup anak thalasemia beta mayor. Bulan

menyatakan hal ini dimungkinkan karena tingkat pendidikan ayah dan ibu mencerminkan tingkat pengetahuan terhadap penyakit serta berkontribusi terhadap perjalanan penyakit yang akan berdampak terhadap masalah psikososial.

Faktor demografi yang berpengaruh dalam penelitian ini adalah penghasilan keluarga. Dalam penelitian ini ditemukan semakin besar penghasilan keluarga, nilai kualitas hidup anak semakin tinggi. Meskipun biaya perawatan penderita thalasemia untuk di tempat penelitian dibebankan kepada pemerintah yaitu adanya program jaminan pelayanan kesehatan masyarakat, namun kebutuhan keluarga tetap meningkat terutama untuk biaya operasional yang tidak dijamin oleh pemerintah seperti transportasi dan akomodasi keluarga yang mendampingi. Senada dengan penelitian ini, Bulan (2009) mengemukakan bahwa dalam penelitiannya ditemukan semakin baik status ekonomi keluarga maka semakin baik kualitas hidupnya, begitu pula hasil penelitian Clarke, Skinner, Guest, dan Darbyshire (2009) yang menemukan bahwa kondisi keuangan keluarga berpengaruh terhadap nilai kualitas hidup anak thalasemia di Inggris.

Hubungan Faktor Kadar Hb Pretransfusi dengan Kualitas Hidup. Pada penelitian ini kadar Hb *pretransfusi* berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup anak, di mana semakin tinggi kadar Hb *pretransfusi* maka semakin besar nilai kualitas hidup anak. Dalam penelitian ini rata-rata kadar Hb *pretransfusi* responden sebesar 7,1gr%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Bulan (2009) yang menjelaskan bahwa rata-rata kadar Hb *pretransfusi* responden sebesar 7,8gr%. Hasil uji statistik didapatkan hubungan yang bermakna antara rerata nilai kualitas hidup dengan kadar Hb *pretransfusi*. Thavorncharoensap, et al., (2010) menjelaskan bahwa kadar Hb *pretransfusi* yang rendah berhubungan dengan adanya beberapa gejala seperti kelelahan, kelemahan umum, dan penurunan status mental serta memengaruhi kualitas hidup masing-masing

domain. Kadar Hb pretransfusi sebaiknya dimonitor secara rutin untuk mempertahankan kadar Hb pada 9–10,5 gr%.

Hubungan Faktor Penyakit Penyerta dengan Kualitas Hidup. Penelitian ini menemukan bahwa responden yang mengalami penyakit penyerta sebanyak 30 responden (35,7%). Hasil uji bivariat ditemukan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kualitas hidup antara responden dengan penyakit penyerta dan tanpa penyakit penyerta. Penelitian ini didukung oleh penelitian Thavorncharoensap, et al., (2010) yang menjelaskan bahwa komplikasi tidak berhubungan dengan kualitas hidup. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden yang mengalami komplikasi hanya sedikit sehingga sangat kecil untuk mendeteksi perbedaan. Khan, Ayub, dan Shah (2007) menyatakan bahwa komplikasi yang muncul pada penderita thalasemia sebagai akibat dari tidak adekuatnya transfusi, rendahnya kadar Hb pre-transfusi dan tidak adekuatnya kelasi besi. Dalam penelitian ini penyakit penyerta yang muncul pada responden antara lain penyakit Tuberculosis tulang, Splenomegali dan Osteomyelitis. Mendukung temuan tersebut, Wang, et al., (2003) menyatakan bahwa penderita thalasemia yang ketergantungan transfusi cenderung berisiko terkena infeksi bakteri. Hal tersebut dapat disebabkan karena pada penderita thalasemia mengalami perubahan aktivasi komplemen dan adanya abnormalitas tingkat immunoglobulin.

Hubungan Jenis Kelasi dengan Kualitas Hidup. Hasil analisis univariat dalam penelitian ini menemukan responden dengan kelasi besi oral sebesar 84,5% dan kelasi besi parenteral sebesar 15,5%. Analisis lebih lanjut menjelaskan tidak ditemukan hubungan jenis kelasi besi dengan nilai kualitas hidup anak. Hal yang sama juga ditemukan dalam penelitian Bulan (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara rerata nilai kualitas hidup dengan jenis kelasi besi.

Kelasi besi yang sering digunakan yaitu secara parenteral, namun memiliki keterbatasan terutama dalam biaya dan kenyamanan anak. *Desferioxamine* harus diberikan secara subkutan melalui pompa infus dalam waktu 8-12 jam dengan dosis 25-50 mg/kg berat badan/hari minimal selama 5 hari berturut-turut setiap selesai transfusi darah. Federasi Thalasemia Internasional merekomendasikan kelasi besi diawali dengan pemberian *desferioxamine* secara parenteral yang dilanjutkan dengan deferasirox secara oral (Olivieri, 1999; Puspongoro, et al., 2005; Potts & Mandleco, 2007; Dubey, Parakh, & Dubish, 2008; Hawsawi, et al., 2010). Hasil penelitian Anderson, et al., (2002) menjelaskan bahwa pemberian kelasi secara oral yaitu *deferiprone* lebih efektif dibandingkan dengan pemberian kelasi secara parenteral yaitu *desferioxamine* dalam mengeluarkan besi dalam miokardial. Hal tersebut didukung oleh penelitian Hawsawi, et al., (2010) yang menjelaskan bahwa pemberian *deferiprone* secara oral menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam mengeluarkan besi pada miokardial. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa pemberian *desferioxamine* secara subkutan menjadi masalah pada kehidupan sosial dan psikologis anak dan keluarganya.

Hubungan Frekuensi Transfusi dengan Kualitas Hidup. Pada penelitian ini rerata frekuensi transfusi dalam satu tahun sebanyak 15,8 kali dengan standar deviasi 5,64. Analisis lebih lanjut menjelaskan tidak ada hubungan yang signifikan antara frekuensi transfusi dengan kualitas hidup anak thalasemia beta mayor. Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian Thavorncharoensap, et al., (2010) yang menyatakan bahwa frekuensi transfusi darah dalam satu tahun tidak terbukti berhubungan secara signifikan dengan nilai kualitas hidup anak thalasemia di Thailand. Untuk harapan hidup pada anak dengan thalasemia mayor ditemukan meningkat dengan transfusi dan kelasi besi. Oleh sebab itu diperlukan manajemen yang komprehensif pada anak thalasemia mayor pada unit khusus

thalasemia. Durasi transfusi antara 2 sampai 6 minggu tergantung pada berat badan, umur, aktivitas dan jadwal sekolah.

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup. Penelitian ini menjelaskan anak dengan dukungan keluarga rendah sebesar 46,4% dan dengan dukungan keluarga tinggi sebesar 53,6%. Analisis lanjut menjelaskan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup anak. Hal tersebut didukung oleh Mazzone, Battaglia, Andreozzi, Romeo, dan Mazzone (2009) yang menjelaskan bahwa dukungan psikososial dari keluarga mengurangi masalah emosi pada penderita thalassemia beta mayor. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dukungan psikososial mengurangi distress emosional, meningkatkan efektifitas kelasi besi dan menguatkan strategi koping untuk lebih baik dalam kehidupan sehari-hari. Penelitian lain yang senada yaitu Knapp, et al., (2010) menjelaskan bahwa *Skor Impact On Family (IOF)* pada keluarga sebesar 41,97 dengan skor rerata *Peds QL* pada anak sebesar 50,52. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa perlu adanya *Supportive Counseling* untuk mendukung keluarga dalam mengidentifikasi pengaruh atau dampak yang berhubungan dengan kondisi kronis anak. Dukungan keluarga yang dapat diberikan pada anak terhadap kondisi kronisnya antara lain yaitu; dukungan informasi, dukungan instruksional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan advokasi (Hoagwood, 2009).

Kesimpulan

Rata-rata kualitas hidup subyek penelitian ini adalah 58,61. Dari masing-masing domain dapat dilihat, fungsi emosi 57,61 dan fungsi sekolah 54,52, nilainya dibawah rata-rata nilai kualitas hidup populasi normal, sedangkan fungsi fisik 60,86 dan fungsi sosial 61,46 nilainya diatas nilai kualitas hidup populasi normal. Faktor yang memengaruhi kualitas hidup anak adalah penghasilan keluarga, Hb *Pretransfusi* dan dukungan keluarga dengan

faktor yang paling berpengaruh adalah kadar Hb *Pretransfusi*.

Saran dalam penelitian ini adalah; perlu adanya pemahaman kepada keluarga akan pentingnya monitoring kadar Hb *pretransfusi* sehingga akan lebih efektif dalam pemberian tranfusi di rumah sakit. Perawat perlu memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga dalam mengidentifikasi strategi koping yang efektif sehingga bisa nyaman dalam kondisi kronik yang dialami anak dan bisa beradaptasi secara positif. Kolaborasi juga diperlukan dalam pemeriksaan kadar feritin secara berkala sebagai dampak dari pemberian transfusi yang terus menerus serta pemeriksaan laboratorium lainnya untuk mendeteksi kemungkinan adanya komplikasi. Terakhir adalah perlu adanya pendidikan kesehatan pada keluarga tentang indikasi apa saja yang perlu diperhatikan dalam deteksi dini penurunan Hb pada anak.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal sekaligus acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut di lingkup keperawatan anak khususnya keperawatan yang terkait dengan thalasemia, baik di institusi pelayanan maupun pendidikan. Perlu dikembangkan pada penelitian berikutnya variabel-variabel lain yang diduga ada hubungan dengan kualitas hidup anak thalasemia beta mayor (HW, YR, NN).

Referensi

- Anderson, L.J., Wonke, B., Prescott, E., Holden, S., Walker, J. M., & Pennell, D. J. (2002). Comparison of effects of oral deferiprone and subcutaneous desferrioxamine on myocardial iron concentrations and ventricular function in beta thalassaemia. *The Lancet*, 360 (8), 516–520.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI.
- Bulan, S. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup anak thalasemia beta

- mayor. Diperoleh dari http://eprints.undip.ac.id/24717/1/Sandra_Bulan.pdf.
- Clarke, S.A., Skinner, R., Guest, J., & Darbyshire, P. (2009). Health-related quality of life and financial impact of caring for a child with thalassaemia major in the UK. *Journal compilation*, 43 (9), 118–122. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01043.x.
- Dahlui, M., Hishamsah, M.I., Rahman, A., & Aljunid, S.M. (2009). Quality of life in transfusion dependent thalassemia patients on desferrioxamine treatment. *Singapore Med J*, 50 (8), 794–799. Diperoleh dari <http://smj.sma.org.sg/5008/5008a8.pdf>
- Dubey, A.P., Parakh, A., & Dubish, S. (2008). Current trends in the management of beta thalassemia. *Indian Journal of Pediatrics*, 75 (7), 739–743. doi: 10.1007/s12098-008-0140-4.
- Hawsawi, Z.M., Saifary, M.H., Tarawah, A.M., Zolaly, M.A., & Hegaily, A.R. S. (2010). Experience with combination therapy of deferiprone and desferrioxamine in beta thalassemia major patients with iron overload at maternity and children hospital Al Madinah Al Munawarah Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 5 (1), 27–35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1658-3612\(10\)70121-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1658-3612(10)70121-9).
- Ismail, A., Campbell, M.J., Ibrahim, H.M., & Jones, G.L. (2006). *Health related quality of life in Malaysian children with thalassemia*. Diperoleh dari <http://www.hqlo.com/content/4/1/39>.
- Khan, F.U., Ayub, T., & Shah, S.H. (2007). Frequency of complications in beta thalassemia major in D.I. Khan. *Biomedical*, 23 (6), 31–33. Diperoleh dari <http://www.thebiomedicapk.com/articles/93.pdf>.
- Khurana, A., Katyal, A., & Marwaha, R.K. (2006). Psychosocial burden in thalassemia. *Indian Journal of Pediatrics*, 73 (10), 877–880. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17090897>.
- Knapp, C.A., Madden, V.L., Curtis, C.M., Sloyer, P., & Shenkman, E.A. (2010). Family support in pediatric palliative care: How are families impacted by their children's illnesses? *Journal of Palliative Medicine*, 13 (4), 421–426. doi: 10.1089/jpm.2009.0295.
- Mazzone, L., Battaglia, L., Andreozzi, F., Romeo, M.A. & Mazzone, D. (2009). Emotional impact in β thalassemia major children following cognitive-behavior family therapy and quality of life of caregiving. doi: 10.1186/1745-0179-5-5.
- Olivieri, N. (1999). The β thalassemia. *The New England Journal of Medicine*, 341 (1), 99–109. doi: 10.1056/NEJM199907083410207
- Potts, N.L. & Mandleco, B.L. (2007). *Study guide to accompany pediatric nursing* (Second Edition). Canada: Thomson.
- Pusponegoro, H.D., Hadinegoro, S.R.S., Firmanda, D., Triadjaja, B., Pudjadi, A.H., & Kosim, M.S., (2005). *Standar medis pelayanan kesehatan anak* (Edisi 1). Jakarta: IDAI.
- Rekam Medis RSUD Kabupaten Ciamis. (2010). Laporan kasus rawat inap dan rawat jalan RSUD Kabupaten Ciamis. Ciamis: RSUD Kabupaten Ciamis.
- Rekam Medis RSUD Kota Tasikmalaya. (2010). Laporan kasus rawat inap dan rawat jalan RSUD Kota Tasikmalaya. Tasikmalaya: RSUD Kota Tasikmalaya
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (Edisi ketiga). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Seid, M., Varni, J.W., Segall, D., & Kurtin, P.S. (2004). Health-related quality of life as predictor of pediatric healthcare costs: A two-year prospective cohort analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. Diperoleh dari <http://www.hqlo.com/content/2/1/48>.
- Shaligram, D., Girimaji, S.C., & Chaturvedi, S.K. (2007). Psychological problems and quality of life in children with thalassemia. *Indian Journal of Pediatric*, 74 (8), 727–730. doi: 10.1007/s12098-007-0127-6
- Thalassemia International Federation (TIF). (2008). *Guidelines for the clinical management of*

thalasemia. Diperoleh dari <http://www.thalasemia.org.cy>.

Thavorncharoensap, M., Torcharus, K., Nuchprayoon, I., Riewpaiboon, A., Indaratna, K., & Ubol, B.O. (2010). Factors affecting health related quality of life in thalassaemia thai children with thalasemia. *Journal BMC Disord*, 10 (1), 1–10. doi: 10.1186/1471-2326-10-1.

DOMAIN FUNGSI KOGNITIF SETELAH TERAPI STIMULASI KOGNITIF

Renata Komalasari^{1*}

1. Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Pelita Harapan, Tangerang 15118, Indonesia

*E-mail: renata.komalasari@uph.edu

Abstrak

Terapi Stimulasi Kelompok (TSK) merupakan terapi kelompok yang terbukti efektif meningkatkan fungsi kognitif lanjut usia dengan demensia ringan-sedang. Penelitian ini bertujuan membuktikan efektifitas TSK dengan 14 sesi terhadap peningkatan fungsi kognitif di Kelurahan Binong, Tangerang, Indonesia. Sebanyak 43 orang mengikuti skrining demensia dengan *Mental State Examination* (MMSE) rentang. Jumlah responden yang mengikuti pretes 24 orang. *Attrition rate* responden mencapai 79,1%. Hanya lima responden mengikuti TSK hingga pos-tes. Kendati ada kenaikan skor MMSE 2,4 poin antara pre- dan pos-test, namun berdasarkan *paired t test*, tidak ada perbedaan signifikan antara skor MMSE pre- dan pos-tes secara keseluruhan ($p=0,080$; $\alpha=0,05$) dan tidak ada perbedaan pre dan pos-tes untuk tiap domain fungsi kognitif. Kecilnya jumlah sampel dapat memengaruhi hasil penelitian ini. Penelitian lebih lanjut dengan ukuran sampel lebih besar dibutuhkan guna memvalidasi temuan penelitian ini.

Kata kunci: fungsi kognitif, lanjut usia (lansia), Mini Mental State Examination (MMSE), terapi stimulasi kognitif

Abstract

Cognitive Function Domain after Cognitive Stimulation Therapy (CST). CST is a group therapy proved effective at improving cognitive function of the elderly with mild to moderate dementia. The literature hinted no research reports on effectiveness of Cognitive Stimulation Therapy in the Indonesian community. This study aimed to prove effectiveness of CST in the Indonesian community and find which cognitive function domain improved after participating in 14 CST sessions. Purposive sampling was used with inclusion criteria: elderly of 45 and plus, living in Binong, Tangerang, having mild to moderate dementia (*Mental State Examination* (MMSE) scores of 10-26, ability to communicate and understand Indonesian language. Attrition rate of respondents was 79,1%. Only 5 respondents attended CST upto post-test. While 2,4 point increase was found on MMSE scores between pre- and post-test, *paired t test* showed no significant difference between the two ($p=0,080$; $\alpha=0,05$) and no differences found for each cognitive function domain. Future study is warranted with larger sample size to validate findings of this study.

Keywords: cognitive function, cognitive stimulation therapy, elderly, Mini Mental State Examination

Pendahuluan

Salah satu indikator pemerintahan yang madani adalah adanya peningkatan angka harapan hidup. Jumlah lanjut usia (lansia) di Indonesia meningkat signifikan dari 18,98 juta pada tahun 2007 menjadi 20.547.541 pada tahun 2009 (United States Census Bureau, 2010). Jumlah ini diperkirakan mencapai 28,8 juta (11,34 % total populasi Indonesia) pada tahun 2020 (Kementerian Sosial Republik Indonesia, 2010). Undang-Undang (UU) Republik Indonesia Nomor 13 (1998) bab 4

menekankan pentingnya peningkatan angka harapan hidup dan tahun produktif lansia agar mereka dapat hidup secara mandiri dan sejahtera. Hidup sejahtera merupakan hak asasi manusia termasuk kaum lansia. Hal ini bukan hal yang mudah karena seiring dengan penambahan usia makan akan muncul berbagai kondisi degeneratif seperti demensia.

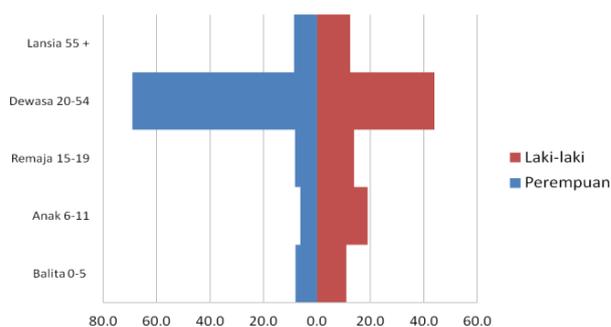
Demensia adalah salah satu kondisi degeneratif yang menyerang otak dan memengaruhi fungsi kognitif lansia. Penderita demensia dapat mengalami penurunan fungsi

kognitif secara bertahap, sehingga diperlukan perawatan yang berkelanjutan dan menahun.

Gejala demensia mencakup gangguan ingatan, kesulitan menemukan kata-kata dan gangguan dalam proses pikir, perubahan kepribadian atau emosional, penurunan fungsi bahasa atau gangguan dalam berpikir abstrak dan melakukan aktivitas harian di rumah, termasuk merawat diri sendiri (Videbeck, 2001/2008). Oleh karena itu, deteksi dini demensia menjadi salah satu strategi yang dibutuhkan. Deteksi dini demensia memiliki keuntungan antara lain keterjaminan penanganan secara tepat, ada cukup waktu untuk pemanfaatan sumber dukungan, sehingga penderita memiliki waktu untuk membuat keputusan terkait masa depannya (Videbeck, 2001/2008).

Salah satu sumber yang dapat dipertimbangkan adalah terapi stimulasi kognitif yang berfungsi meningkatkan status kognitif lansia. Peningkatan fungsi kognitif pada lansia bukan saja membantu lansia untuk hidup dengan baik dan mandiri (Spector, et al., 2003), tetapi juga meningkatkan produktivitas komunitas secara keseluruhan (Healy, 2004).

Kelurahan Binong, Tangerang, merupakan salah satu rukun warga di lingkungan wilayah Kelurahan Binong yang terdiri dari sembilan rukunwarga (RW). RW 1 yang memiliki populasi 2.737 penduduk, 52% penduduk memiliki penghasilan keluarga di bawah Rp 1,6 juta per bulan (lihat gambar 1) (FKIK UPH, 2013). Jumlah lansia yang berusia 55 tahun ke atas di tersebut mencapai sekitar 18%. Pendapatan keluarga yang rendah di daerah ini, menyulitkan para lansia untuk melakukan pola hidup sehat yang dapat mendukung mereka mempertahankan kesehatan yang terus menurun akibat proses alami penuaan, termasuk kemampuan kognitif.



Gambar 1. Karakteristik Penduduk Binong

Program peningkatan produktivitas dan kesejahteraan lansia di masyarakat yang tidak memerlukan biaya besar merupakan suatu alternatif yang dapat dipertimbangkan. Departemen Kesehatan di Inggris menetapkan prioritas nasional untuk meningkatkan akses bagi lansia dengan demensia di negara yaitu terlibat dalam terapi psikososial (Orrell, et al., 2012). Salah satu terapi psikososial yang dapat dipertimbangkan adalah Terapi Stimulasi Kognitif (TSK) karena manfaatnya terbukti setara dengan obat-obatan anti demensia dalam meningkatkan fungsi kognitif dan kualitas hidup (Spector, et al., 2001; 2003; 2006; 2010; & Streater, 2012).

TSK merupakan terapi kelompok yang dirancang berdasarkan konsep teoretis orientasi realitas untuk menstimulasi kognitif (Spector, et al., 2003). TSK diberikan dalam beberapa sesi. Studi yang telah dilakukan antara lain menggunakan 14, 26 dan 75 sesi (The Evidence-Base, 2013). Terapi yang terdiri dari 14 sesi yang dilakukan dua kali seminggu selama tujuh minggu berturut-turut dengan durasi 45 menit setiap sesi (Spector, et al., 2003) dalam kelompok yang terdiri dari lima orang atau lebih. Diskusi diselenggarakan berdasarkan topik seperti uang, permainan kata, hari ini, dan wajah terkenal (Spector, Orrell, & Woods, 2010). Penelitian ini bertujuan meneliti domain fungsi kognitif yang meningkat setelah mengikuti 14 sesi TSK di Kelurahan Binong, Tangerang, Indonesia.

Metode

Penelitian yang dilakukan di Kelurahan Binong Tangerang ini mendapat izin dari Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Pelita Harapan Lippo Karawaci, Banten dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang di Tigaraksa, Banten. Penelitian kuasi-eksperimen *one group pre-test-post-test* ini memilih responden dengan teknik pengambilan sampel *convenience* dengan kriteria inklusi antar lain lansia usia 55 tahun ke atas, tinggal di wilayah kelurahan Binong, mampu berkomunikasi dan memahami bahasa Indonesia, termasuk dalam kategori demensia ringan–sedang (terlihat dari skor *Mini Mental State Examination* (MMSE) dalam rentang 10–26).

Responden yang memenuhi kriteria inklusi diminta melengkapi MMSE sebelum dan setelah TSK. Skor rata-rata dari enam aspek kognitif dalam MMSE, yaitu orientasi waktu, orientasi tempat, memori, bahasa, registrasi, dan perhatian dijumlahkan kemudian dihitung nilai reratanya. Nilai rata-rata pre dan post-test kemudian dibandingkan dan dianalisis menggunakan *paired t test*.

Alat ukur yang digunakan adalah MMSE, yang merupakan instrumen yang umum digunakan untuk menilai fungsi kognitif (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Penggunaan MMSE cocok untuk golongan usia 18-85 tahun dan telah diterjemahkan ke dalam 10 bahasa (Cormier, Nurius, & Osborn, 2012). Rentang skor yang bisa diperoleh pada pengukuran MMSE adalah nol sampai 30; skor 27–30 dikategorikan sebagai kognitif normal; 21–26 demensia ringan; 10–20 demensia sedang/moderat; dan <10 demensia berat (Alosa Foundation, 2009).

MMSE yang digunakan pada penelitian ini merupakan modifikasi dari MMSE Folstein oleh Universitas Sumatera Utara (tanpa tanggal) yang dikutip dari Kolegium Psikiatri Indonesia (2008). Kelemahan instrumen

MMSE ini adalah orang berasal dari kelompok budaya yang berbeda, atau memiliki pendidikan atau kecerdasan yang rendah mendapatkan skor lebih rendah pada pemeriksaan ini walaupun tidak memiliki gangguan kognitif, sementara orang berpendidikan tinggi mendapat nilai baik walaupun memiliki gangguan kognitif (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Alat ukur ini lebih dipilih pada penelitian ini dibanding alat yang lain, seperti ADAS (*Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognition* (Cog), yang juga bisa digunakan untuk mengukur fungsi kognitif karena instrumen ini telah digunakan dalam berbagai penelitian TSK (Spector, et al., 2003, 2010) juga terbukti dapat diandalkan dan valid untuk mengukur status kognitif pada berbagai penelitian.

TSK yang diberikan pada penelitian ini terdiri dari 14 sesi yang diberikan selama tujuh minggu berturut-turut. Terapi ini menggunakan ‘papan orientasi realita’ untuk memperlihatkan informasi pribadi dan orientasi, termasuk nama kelompok (dipilih oleh partisipan) untuk memfokuskan dan mengingatkan nama lansia dan menciptakan kesinambungan.

Pada awal tiap sesi, dilakukan aktivitas pemanasan, seperti latihan/olahraga ringan, aktivitas non-kognitif dan orientasi bahwa semua sesi akan dimulai dengan cara yang sama. Proses informasi dititik beratkan dibanding pengetahuan faktual. Sebagai contoh, pada aktivitas ‘wajah’, pertanyaan yang akan dilempar kepada peserta mencakup “siapa yang terlihat paling muda?” “apa kesamaan yang dimiliki?” Tema seputar masa kecil dan makanan lebih difokuskan guna merangsang proses mengenang atau mengingat kembali (*recalling*) dan meningkatkan fokus pada masa sekarang.

Hasil

Empat puluh tiga (43) responden terskrining berada pada kategori demensia ringan-sedang. Dua puluh empat (24) diantaranya hadir pada pre-tes (yakni sesi ke-1 TSK). Frekuensi kehadiran partisipan TSK dari 24 pada sesi pertama menurun terus sejak sesi ke dua dan tersisa 5 lansia pada sesi ke-14 (*Attrition rate* responden mencapai 79,1%). Frekuensi kehadiran kelima peserta ini rata-rata 12,8 kali (91,4%).

Tabel 1 menunjukkan bahwa skor MMSE total kelima partisipan mengalami peningkatan rata-rata 11,11% dan Tabel 2 menunjukkan terdapat perbedaan skor rata-rata sebesar 2,4 poin. Tidak ada perbedaan signifikan antara skor MMSE pre dan pos-tes secara keseluruhan ($p=0,080$; $\alpha=0,05$), begitu juga tidak ada perbedaan signifikan skor MMSE antara pre- dan pos-tes per domain fungsi kognitif (orientasi waktu, orientasi tempat, memori, bahasa, registrasi, dan perhatian). Tabel 3 menunjukkan perbedaan fungsi kognitif peserta per domain.

Tabel 1. Peningkatan Skor MMSE Sebelum dan Setelah Terapi Stimulasi Kognitif

MMSE Pre-Tes	MMSE Pos-Tes	Peningkatan Skor (d)	Kenaikan Rerata (%)
24	27	3	2,4 (11,11%)
22	23	1	
23	25	2	
17	17	0	
22	28	6	

Tabel 2. Perbedaan Skor MMSE Sebelum dan Setelah Terapi Stimulasi Kognitif

	Rerata Pre-tes (95% IK)	Rerata Pos-tes (95% IK)	% Perbedaan Skor Rerata (95% IK)	Nilai p
Fungsi Kognitif	21,6 (2,71)	24,00 (4,36)	2,4 (2,3)	0,08

Tabel 3. Perbedaan Skor MMSE Per Domain Sebelum dan Setelah Terapi Stimulasi Kognitif

Fungsi Kognitif	RerataSkor Pre-tes	RerataSkor Pos-tes	Perbedaan Skor Rerata	Nilai p
Orientasi Waktu	2,6	4	1,4	0,052
Orientasi Tempat	2,6	3	4,0	0,374
Registrasi	2,6	2,8	0,2	0,374
Perhatian	3,2	4	0,8	0,477
Memori	2,4	2,8	1,34	0,541

Pembahasan

TSK merupakan terapi kelompok yang melibatkan partisipan dalam rangkaian kegiatan dan diskusi yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi kognitif dan sosial (Clare & Woods, 2004). Terapi ini terdiri dari 14 sesi yang dilakukan dua kali setiap minggu selama tujuh minggu berturut-turut dengan durasi 45 menit setiap sesi (Spector, et al., 2003). Banyak penelitian membuktikan bahwa

keterlibatan dalam TSK bermanfaat untuk dua hal, yakni kualitas hidup dan fungsi kognitif (Spector, et al., 2003). Penelitian di Binong ini memfokuskan pada pengaruh TSK terhadap fungsi kognitif.

Penelitian Binong ini menunjukkan bahwa kendati secara statistik tidak ada perbedaan signifikan pada fungsi kognitif lansia secara keseluruhan (*overall*) antara sebelum dan setelah mengikuti TSK, namun terdapat

peningkatan skor MMSE setelah lansia mengikuti TSK. Hasil penelitian ini sejalan dengan kebanyakan bukti literatur tentang keefektifan terapi stimulasi kognitif (Spector, et al., 2001; 2003; 2006; 2010). Terapi kelompok ini telah mendapatkan pengakuan sebagai terapi alternatif selain terapi farmakologis untuk orang dengan demensia ringan sampai sedang (Spector, et al., 2003; 2010). Manfaat TSK telah ditetapkan sebagai intervensi psikologis untuk penderita demensia (Brooker & Duce, 2000; Eloniemi-Sulkava, 2001; Baker, et al., 2003; Brodaty, Green, & Koschera, 2003; Spector, et al., 2003; Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Constantine, 2005).

Di antara intervensi tersebut, terapi stimulasi kognitif (TSK) terbukti menawarkan hasil yang paling memuaskan (Breuil, De Rotrou, & Forette, 1994), sehingga semakin dikenal sebagai penanganan alternatif bagi penderita demensia karena bukan saja meningkatkan fungsi kognitif pada penderita demensia ringan-sedang, tetapi juga efeknya setara dengan beberapa obat-obatan psikotropika seperti asetilkolin (Spector, et al., 2003). Bahkan Woods, et al., (2009), dalam kajian *Cochrane*-nya terhadap 9 penelitian *RCT* (bukti penelitian level tertinggi) menyimpulkan bahwa keefektifan TSK saat ini diakui melebihi efek obat-obatan.

Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada perbedaan skor pre dan pos-tes untuk setiap domain fungsi kognitif (orientasi waktu, tempat, registrasi, perhatian dan memori). Hal ini berbeda dari hasil penelitian dengan metode *randomised controlled trial* (RCT) pertama yang meneliti efektivitas TSK oleh Breuil, et al., (1994) yang mengungkapkan bahwa peningkatan skor MMSE terjadi pada kemampuan mengingat daftar kata (fungsi memori). Penelitian juga menunjukkan adanya perubahan signifikan pada skor MMSE setelah TSK dilakukan. Selain menggunakan *MMSE* sebagai alat ukur neuropsikologis untuk mengevaluasi beberapa luaran, Breuil, et al.,

(1994) juga menggunakan alat ukur Uji Memori Daftar Kata.

Manfaat yang dialami lansia dari TSK ini berkaitan dengan prinsip orientasi realitas yang diterapkan dalam TSK, meliputi: menstimulasi bagian-bagian otak, mengaktifkan pikiran dan kognitif, melatih keterampilan yang tidak digunakan lagi, aktivitas yg memotivasi lansia melakukan upaya, aktivitas tidak terlalu sulit, menghindari merasa tak mampu, menekankan pada opini lebih dari fakta, menggunakan *triggers* dan *prompts* untuk membantu pemahaman, misal pada kegiatan "Bunyi", lansia diminta mengidentifikasi suara dibantu melihat gambar, pada kegiatan "Makanan", lansia dibantu dengan kecap, bau, dan rasakan tekstur (nanas), konsentrasi dibantu dengan melihat dan menyentuh, menggunakan gambar berwarna untuk menunjukkan gambar, seperti alat musik, wajah tokoh, benda-benda antik (Spector, et al., 2003).

Kelemahan penelitian ini adalah sampel kecil ($n=5$), sehingga dapat berkontribusi sebagai penyebab tidak signifikannya hasil uji beda skor MMSE sebelum dan setelah terapi. Jumlah sampel yang besar dapat meningkatkan kekuatan hasil penelitian (Schneider, et al., 2007). Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut tentang keefektifan TSK dalam masyarakat Indonesia dengan sampel yang lebih besar dibutuhkan untuk mengonfirmasi keefektifan terapi stimulasi kognitif pada lansia dengan demensia ringan-sedang.

Modifikasi alat dan bahan atau materi TSK per sesi dari preskripsi manual juga dapat menjadi faktor kontributor tidak signifikannya perbedaan skor MMSE sebelum dan setelah terapi. Modifikasi ini tidak dapat dihindari mengingat beberapa alat dan bahan pada manual TSK tidak atau sulit ditemukan di lingkungan masyarakat Indonesia. Perbedaan karakteristik responden juga dapat menjadi penyebab. Sesi-sesi TSK sebenarnya didesain untuk partisipan yang mampu baca tulis. Akan

tetapi, pada penelitian ini lima peserta TSK tidak mampu membaca dan menulis, sehingga beberapa sesi diubah untuk mengakomodasi kondisi ini. Peneliti juga harus membacakan instruksi pada form MMSE kepada responden dan kemudian responden menyampaikan jawaban secara lisan.

Keterbatasan lainnya adalah penelitian ini tidak menguji faktor lain yang mungkin saja berinteraksi dengan fungsi kognitif pada lansia dengan demensia. Berbagai faktor yang menyebabkan responden tidak menyelesaikan terapi hingga tahap akhir atau post tes juga tidak diidentifikasi.

Kesimpulan

Penelitian ini memfokuskan pada pengaruh TSK terhadap fungsi kognitif. Penelitian ini menunjukkan bahwa dengan terlibat dalam 14 sesi TSK yang berprinsip pada kegiatan orientasi realitas, fungsi kognitif lanjut usia dengan demensia ringan-sedang dapat meningkat. Penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan TSK pada lansia dengan demensia di Indonesia tidaklah mudah. Diperlukan beberapa modifikasi agar terapi dapat diselesaikan.

Penelitian lebih lanjut dengan melibatkan lanjut usia dengan jumlah lebih besar dan di tempat yang berbeda perlu dilakukan sebelum temuan keefektifan TSK dapat digeneralisasi pada masyarakat Indonesia secara umum. Perlu dipertimbangkan juga beberapa karakteristik lansia atau faktor lain yang dapat memengaruhi hasil penelitian TSK ini (NS, MK, INR).

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada DIKTI yang telah membiayai penelitian ini melalui skema Hibah Dosen Pemula 2013.

Referensi

- Alosa Foundation. (2009). *Independent drug information service*. Diperoleh dari <http://www.rxfacts.org>.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C., Larsson, A., Hartman, L., Pearce, R., & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 465–477. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02744.x
- Breuil, V., De Rotrou, J., & Forette, F. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 211–17. doi: 10.1002/gps.930090306
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Metaanalysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *The American Geriatrics Society*, 51, 657–664. doi: 10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x
- Brooker, D., & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4 (4), 354–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/713649967>
- Clare, L., & Woods, R.T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385–401. doi: 10.1002/14651858.CD003260
- Cormier S., Nurius, P.S., & Osborn, C. J. (2012). *Interviewing and change strategies for helpers* (7th Ed.). Boston: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I., Hentinen, M., Kivela, S., Svenius, J., & Sulkava, R. (2001). Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: A randomised trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 1281–1287. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.2001.49.issue-10/issuetoc>

- FKIK UPH. (2013). *Survey mahasiswa program profesi ners angkatan III*. Banten: Fakultas Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kesehatan, Universitas Pelita Harapan.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Healy, J. (2004). The benefits of an ageing population. *The Australia Institute Discussion Paper Number*, 63, 1–41. doi: 10.1017/S1041610212001822.
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2010). *Government targeted 2020 elderly welfare*. Diperoleh dari <http://www.kemsos.go.id>.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Constantine, G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*, 1, 1996–2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.1996>
- Orrell, M., Yates, L.A., Burns, A., Russell, I., Woods, R.T., Hoar, Z., & Orgeta, V. (2012). Individual cognitive stimulation therapy for dementia (ICST): Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Trials*, 13, 172.
- Schneider, Z., Whitehead, D., Elliott, D., Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2007). *Nursing and midwifery research, methods and appraisal for evidence-based practice* (3rd Ed.). New South Wales: Elsevier.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3–4), 377–379. doi: 10.1080/09602010143000068
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia, randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248–254. doi: 10.1192/bjp.183.3.248
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Making a difference—an evidenced based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia: The manual for group leaders. *Hawker Publications*. Diperoleh dari <http://www.communitycare.co.uk>.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 25, 1253–1258. doi: 10.1017/S1041610212001822.
- Streater, A., Spector, A., Aguirre, E., Hoe, J., Hoare, Z., Woods, R., Russell, I., & Orrell, M. (2012). Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) in practice: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Trials*, 13, 91. doi: 10.1186/1745-6215-13-91.
- The Evidence-Base (2013). *Cognitive Stimulation Therapy*. Diperoleh dari <http://www.cstdementia.com/page/the-evidence-base>.
- United States Census Bureau. (2010). *Age and sex*. Diperoleh dari <http://www.census.gov/population/age>.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. (R. Komalasari & A. Hany, Penerj). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Inc. (Buku asli diterbitkan tahun 2001).
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1–78. doi: 10.1002/14651858.
- Woods, R.T., Bruce, E., Edwards, R.T, Hounscome, B., Keady, J., Moniz-Cook, E.D., Orrell, M., & Russell, I.T. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: Pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: A protocol. *BMC mTrials*, 10, 64. doi: 10.1186/1745-6215-10-64

KAJIAN KELOMPOK RISIKO TINGGI: STUDI PENDAHULUAN PENGEMBANGAN MODEL PENGENDALI PREVALENSI PENYAKIT KARDIOVASKULAR

Wiwit Nurwidyaningtyas^{1*}, Siti Kholifah¹, Aditya Rahma¹

1. Program Studi S1 Keperawatan, STIKes Kenedes Malang, Jawa Timur 65126, Indonesia

*Email: wiwit_nurwidyaningtyas@yahoo.com

Abstrak

Peningkatan kasus penyakit kardiovaskular (PKV) baik pada kelompok penyakit jantung koroner atau *Cerebrovascular Attack* (CVA) perlu mendapat perhatian mengingat kecenderungan pergeseran usia serangan. Tindakan pencegahan perlu dilakukan sedini mungkin. Penelitian deskriptif eksplorasi ini mengkaji kelompok risiko tinggi untuk dikategorikan derajat risikonya dengan *Framingham Risk Score* (FRS) 10 years. Kajian ini dilakukan pada 25 orang responden yang termasuk kelompok berisiko di Malang Raya. Terdapat 64% yang termasuk dalam kategori risiko sangat rendah, 20% risiko sedang, dan masing-masing 8% kategori risiko rendah dan tinggi mengalami serangan PKV dalam 10 tahun yang akan datang. Faktor risiko PKV hampir selalu melekat dengan gaya hidup masyarakat yang berlangsung lama, tidak disadari, dan sulit untuk diubah dan dikondisikan dengan belum terbiasanya istilah identifikasi kelompok risiko melalui FRS 10 Years. Penting dibentuk model kepemimpinan komunitas yang kuat dimasyarakat untuk mengidentifikasi faktor risiko, bekerjasama dengan tenaga kesehatan untuk melakukan manajemen faktor risiko, sehingga prevalensi PKV dapat ditekan. Hal ini akan berimplikasi pada penghematan biaya hospitalisasi akibat PKV.

Kata kunci: FRS 10 years, PKV, risiko tinggi PKV

Abstract

High Risk Group Study: a Preliminary Study for Developing Model for Controlling Cardiovascular Disease. *The increasing cases of Cardiovascular Disease (CVD) both of coroner attack or Cerebrovascular Attack (CVA) needs more attention since there is a tendency the occurrence of onset shift based on age, which are always based on lifestyle. This disease can be identified with Framingham Risk Score 10 years. The aim of this study was to explore non healthy life style and to identify risk group categories with the FRS 10 years approach. This research was conducted in a risk group of 25 respondents in Malang region selected using accidental sampling technique. 64 % respondents of high risk group were categorized as very low risk of CVD onset tendency for the next 10 years; 20 % respondents were in the medium category, whereas 8% of each was categorized in low and high risk category of CVD onset tendency for the next 10 years. CVD risk factors were in line with people's lifestyle in a long period. It was not recognized and it was hard to be changed. Yet, it was in line with unfamiliar phenomenon of risk group identification through FRS 10 years. Therefore it is important to build strong community leadership models in the community to identify the risk factors and together with health workers perform its management to prevent the prevalence of CVD risk factors so that the costs of hospitalization due to CVD can be reduced.*

Keywords: CVD, FRS 10 years, The increasing cases of Cardiovascular Disease

Pendahuluan

Salah satu jenis kasus penyakit kardiovaskular (PKV) yaitu Penyakit jantung Koroner (PJK) aterosklerosis dari tahun ke tahun prevalensinya mengalami peningkatan, sehingga

oleh WHO dinyatakan sebagai ancaman global. Diperkirakan 1,9 milyar manusia atau $\frac{1}{3}$ penduduk dunia mengalami penyakit ini (WHO, 2007). Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti

PJK, Gagal Jantung, atau Payah Jantung, Hipertensi, dan Stroke. Pada tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Lebih dari tiga juta kematian tersebut terjadi sebelum usia 60 tahun dan seharusnya dapat dicegah. Kematian “dini” yang disebabkan oleh penyakit jantung terjadi berkisar 4% di negara berpenghasilan tinggi sampai dengan 42% terjadi di negara berpenghasilan rendah. Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang (Kemenkes, 2014). Etiologi yang umum ditemukan pada PKV ada atherosklerosis. Penyebab terjadinya atherosklerosis diantaranya dislipidemia, radikal bebas, dan disfungsi endotel (Rabelink, de Boer, & van Zonneveld, 2010).

Segala bentuk PKV baik penyakit jantung koroner maupun stroke atau *Cerebro-Vascular Attack* (CVA) hampir selalu didasari oleh gaya hidup seperti merokok, kurangnya olah raga dan konsumsi makanan berlemak yang berlangsung dalam kurun waktu 10–15 tahun atau bahkan lebih (Kemenkes, 2014). Sekitar 59% dari kelompok usia dewasa muda yang mengalami PJK atau penyakit yang sejenis mempunyai satu atau lebih faktor risiko berikut, yaitu riwayat keluarga mengalami PJK dini, merokok, hipertensi, atau obesitas (Kuklina, Yoon, & Keenan, 2010).

Ketidaktahuan dan kebiasaan yang menahun dan turun menurun yang hampir dilakukan setiap hari tanpa diiringi dengan pembakaran kalori yang memadai melalui olah raga menjadi faktor utama peningkatan risiko gangguan vaskuler yang berdampak pada peningkatan prevalensi PKV di Indonesia. Adapun kebiasaan yang dimaksud dapat berupa perilaku merokok ataupun kebiasaan dalam bentuk penyajian makanan yang tidak sehat seperti terlalu sering mengkonsumsi makanan berbahan dasar santan untuk sayuran, lauk pauk yang digoreng, misalnya tahu, tempe, ayam, ikan, dan sebagainya, dan memberi garam dalam masakan dengan

jumlah yang berlebihan (Nurwidyaningtyas, 2013).

Mengubah gaya hidup seseorang atau kelompok risiko tinggi tentunya bukanlah yang mudah. Perubahan perilaku hampir selalu berdasar pada pemahaman dan kesadaran tinggi individu yang seringkali berlawanan dengan kebiasaan sebelumnya yang sudah berlangsung lama. Kondisi ini mungkin menjadi hal yang tidak menyenangkan. Oleh karena itu, peran keluarga dan komunitas sangat penting dalam membentuk kebiasaan seseorang (Nurwidyaningtyas, Kholifah, Rahma, Rakhmawati, & Febri, 2014).

PKV ini merupakan penyakit yang dapat dicegah. Upaya pencegahan terutama dilakukan pada kelompok berisiko di komunitas. Penentuan kelompok berisiko dapat dilakukan dengan berbagai macam instrumen. *Framingham Risk Score (FRS) 10 years* merupakan salah satu alat yang paling sensitif untuk menentukan faktor risiko PKV dalam 10 tahun yang akan datang melalui pengkategorian risiko; mulai dari risiko sangat rendah, risiko rendah, risiko sedang sampai risiko tinggi (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2007). Akan tetapi, menurut studi yang dilakukan oleh Nurwidyaningtyas (2013) alat ukur ini belum umum digunakan di masyarakat. Hal ini dapat terjadi karena masyarakat kurang memahami bahwa kelompok risiko tinggi PKV dapat diidentifikasi dengan cara yang dapat dilakukan baik oleh kader, warga atau justru keluarga inti sendiri. Deteksi dini kelompok risiko ini dapat menahan peningkatan prevalensi PKV.

Kondisi ini mengharuskan dilakukan penelitian yang bertujuan untuk mengkaji kelompok risiko tinggi untuk dikategorikan derajat risikonya beserta beberapa perilaku atau gaya hidup sehari-hari yang berisiko meningkatkan kecenderungan PKV dengan menggunakan FRS. Penelitian ini merupakan studi pendahuluan untuk mengembangkan model kepemimpinan di komunitas untuk

mengendalikan peningkatan prevalensi penyakit kardiovaskular.

Metode

Rancangan penelitian yang digunakan adalah deskriptif eksplorasi melalui kajian terhadap faktor risiko dilakukan pada kelompok risiko. Penelitian ini melibatkan sejumlah 25 orang responden yang terdiri dari 12 orang perempuan dan 13 orang laki-laki di wilayah Malang Raya yang dipilih dengan menggunakan tehnik *accidental sampling*.

Adapun kriteria inklusi responden mencakup perokok, tekanan darah sistolik (*Systolic Blood Pressure=SBP*) masuk dalam kriteria pre-hipertensi *Joint National Committee (JNC) 7*, Lingkar perut di atas 90 cm bagi laki-laki dan lebih dari 80 cm bagi perempuan, menderita DM, dan Hiperkolesterolemia. Kriteria eksklusi yaitu pernah mengalami keluhan nyeri dada dan mempunyai riwayat pernah masuk rumah sakit (MRS) atas indikasi CVA atau PJK.

Kajian dilakukan terhadap parameter usia, gender, tekanan sistolik pada lengan kanan dan kiri, kebiasaan merokok, dan dilakukan punctie pembuluh darah perifer kemudian disentrifuge untuk diambil serum dan dilakukan analisis kadar *High Density Lippoprotein (HDL)* dan *Total Cholesterol*. Pengukuran dilakukan di Laboratorium Faal Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, dan hasil dari keseluruhan parameter diberikan poin sesuai dengan aplikasi *Framingham Risk Score 10 Years* dan dikategorikan menjadi; kelompok risiko sangat rendah jika total skor kurang dari 10, kelompok risiko rendah jika total skor kurang dari 15, kelompok risiko sedang jika skor total antara 15–20, dan kelompok risiko tinggi jika skor total lebih dari 20.

Penelitian ini juga melakukan prosedur pelatihan untuk kader. Pelatihan ini dihadiri oleh 21 orang kader yang mewakili 21 wilayah RW yang masuk dalam wilayah kerja Puskesmas (PKM) Rampal Celaket. Mengi-

ngat belum dibentuk suatu kader untuk kasus penyakit tidak menular maka kader yang dijadikan responden adalah kader lansia tetapi bukan kader balita. Pelatihan yang dimaksud terdiri dari pemberian materi mengenai konsep PKV dan faktor risiko serta cara-cara pengendalian faktor risiko melalui identifikasi kelompok risiko tinggi dengan aplikasi *Framingham Risk Score 10 years* selama dua kali pertemuan. Selanjutnya dilakukan *pre* dan *post test*, dan diakhiri dengan aplikasi *Framingham Studi* pada pertemuan ketiga untuk menentukan kategori risiko responden kelompok II. Kegiatan dilakukan kurang lebih selama tiga bulan.

Aplikasi yang dimaksud untuk melakukan penskorangan *FRS 10 years* pada responden kelompok risiko yang ada di wilayah kerja kader masing-masing RW yang meliputi wilayah Kelurahan Samaan, Kelurahan Klojen dan Kelurahan Rampal Celaket. Kader dilatih untuk melakukan penskorangan terhadap parameter umur, jenis kelamin, tekanan darah, kebiasaan merokok, hasil pemeriksaan kadar kolesterol dan HDL melalui pengambilan darah tepi responden oleh peneliti untuk dilakukan analisis di laboratorium faal Universitas Brawijaya. Semua hasil pemeriksaan diberikan kepada kader untuk penentuan poin dalam lembar analisis *FRS 10 years* yang dibuat peneliti dan kemudian dievaluasi kemampuan kader dalam proses skoring kelompok risiko.

Penelitian ini dilakukan atas dasar prinsip etik penelitian. Persetujuan etik diperoleh dari institusi tempat peneliti utama berasal.

Hasil

Hasil penelitian pada Tabel 1 menunjukkan bahwa ada perbedaan rata-rata nilai responden kelompok I atau kader sebelum dan sesudah diberikan pelatihan melalui analisis *Wilcoxon test* ($p=0,001$; $\alpha=0,05$). Data ini menunjukkan bahwa setelah dilatih, para kader mempunyai pemahaman tentang PKV dan

penggunaan FRS lebih baik dibanding sebelum dilatih.

Tabel 1. Perbedaan Nilai Rata-Rata Test pada Pelatihan Kader Sebelum dan Sesudah Diberikan Pelatihan

<i>Test Statistics^a</i>	Sesudah – Sebelum
Z	-3,404 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on negative ranks

Tabel 2. Kategori Kelompok Risiko Berdasarkan FRS 10 Years

Kategori	Jumlah	Prosentase
Risiko Sangat Rendah	16	64%
Risiko Rendah	2	8%
Risiko Sedang	5	20%
Risiko Tinggi	2	8%

Tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari setengah (64%) kelompok responden II atau masyarakat masuk dalam kategori risiko sangat rendah terhadap kecenderungan terjadinya PKV dalam 10 tahun yang akan datang, 20% responden termasuk dalam kategori risiko sedang dan masing-masing 8% masuk dalam kategori risiko rendah dan risiko tinggi.

Tabel 3. Faktor Risiko terhadap Penentuan Kategori FRS 10 years

Variabel	p	Korelasi
gender –FRS	0,000	0,665
BMI – FRS	0,701	0,064
SBP – Chol.	0,018	0,471
gender - HDL	0,000	-0,720
rerata SBP		136 mmHg
rerata total Chol.		205 mg/dl
rerata HDL		49,4 mg/dl

Tabel 3 menunjukkan hasil bahwa sebesar 100% responden perempuan masuk dalam kategori risiko sangat rendah, sedangkan responden laki-laki hampir ada dalam semua rentang risiko mulai dari risiko sangat rendah sampai dengan risiko tinggi. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kategori skorung menurut FRS 10 years ($p=0,000$; $\alpha=0,05$).

Faktor risiko yang perlu diwaspadai pada kelompok pengamatan II adalah 100% responden mengkonsumsi makanan gorengan tiap hari dan penggunaan garam yang berlebihan dalam masakan, rerata SBP 132 mmHg (*pre-hypertension*, JNC 7), ada hubungan signifikan antara SBP dengan FRS 10 years ($p=0,018$; $\alpha=0,05$). Sebanyak 68% responden mengkonsumsi makanan berkuah santan yang disebut blendrang dan rerata lingkaran perut keseluruhan responden adalah 95 cm (lebih dari normal baik laki-laki atau perempuan), 84% responden masuk dalam kategori *obese* menurut WHO Asian BMI. Tidak terdapat hubungan signifikan antara BMI dengan FRS 10 Years ($p=0,701$; $\alpha=0,05$). Hal ini berkaitan dengan parameter yang paling penting dalam FRS yaitu kadar total kolesterol dan kolesterol HDL bukan pada lingkaran perut, berat badan ataupun tinggi badan.

Semua kader belum pernah mengetahui FRS 10 Years, tetapi kemampuan dalam melakukan skorung masih masuk dalam kategori cukup baik. Sembilan puluh persen responden kelompok I dianggap tidak kompeten untuk melakukan tindakan promotif dan preventif oleh masyarakat, mengingat belum adanya standarisasi level pendidikan atau kemampuan kader. Peran kader saat ini hanya sebatas pada pelaksana harian posyandu dan belum terlatih untuk melakukan upaya promotif dan preventif.

Pembahasan

Aterosklerosis merupakan kondisi patologis yang mendasari terjadinya manifestasi kasus PKV di masyarakat. Meskipun proses penuaan pembuluh darah ini merupakan hal fisiologis terjadi berkaitan dengan proses penuaan, namun percepatan kekakuan pembuluh darah atau yang disebut dengan aterosklerosis bisa dikaitkan dengan gaya hidup manusia itu sendiri (Napoli, et al., 2006).

Gaya hidup yang kurang mendukung kesehatan, yaitu yang berkaitan dengan

konsumsi makanan dan aktifitas fisik dapat meningkatkan faktor resiko PKV. Mengonsumsi makanan tidak sehat misalnya, makanan tinggi lemak yang berlebihan, kurang konsumsi makanan berserat, merokok, *ngemil*, mengonsumsi gorengan, sayur bersantan, dan sebagainya. Aktifitas fisik yaitu kurang atau tidak rutin olahraga (George & Johnson, 2010).

Gaya hidup seperti ini terbentuk melalui sebuah kebiasaan yang berlangsung secara terus menerus dalam waktu yang lama yang didukung oleh adanya suatu komunitas. Keluarga adalah komunitas terkecil dan termudah untuk membentuk suatu kebiasaan. Untuk merubahnya dibutuhkan sosok yang mampu mengatur dan memotivasi perubahan gaya hidup. Kader yang ada diwilayah kerja masing-masing perlu memahami tentang PKV dan faktor resikonya, sehingga dapat mengembangkan program yang secara rutin dilakukan untuk meningkatkan kesadaran tentang faktor resiko PKV dimasyarakat. Seorang kader perlu memiliki kekuatan atau pengaruh yang mampu merubah kebiasaan keluarga dari gaya hidup yang berisiko menjadi gaya hidup yang lebih sehat untuk menyelamatkan keluarga dari bahaya penyakit ini (Nurwidyaningtyas, et al., 2014).

Besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan klien dengan masalah kardiovaskuler menjadi perhatian pada pengembangan upaya preventif yang lebih murah dan lebih efektif dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat PKV. Paparan faktor risiko penyakit kardiovaskuler mengakibatkan kerusakan fungsi pengaturan endothelium yang berkembang dari *quiescent state to activation*, apoptosis dan kematian sel endotel. Namun, belakangan ini ditemukan bahwa setengah dari pasien yang melaporkan manifestasi klinis PKV tidak memiliki salah satu faktor risiko (Sabatier, Camoin-Jau, Anfosso, Sampol, & Dignat-George, 2008).

Berbagai parameter untuk memprediksi faktor risiko PKV seperti usia, gender, tekanan darah,

kadar lipid darah, perokok dan diabetes melitus menjadi penting untuk penentuan derajat risiko PKV dengan menggunakan alat ukur FRS. FRS banyak menjelaskan kaitan risiko kardiovaskuler dengan PKV dalam 10 tahun ke depan yang dibagi menjadi 4 kategori kelompok risiko yaitu *Risiko Sangat Rendah*, *low risk*, *moderate risk* dan *high risk* yang mempunyai ketajaman 34,2% lebih besar dibandingkan dengan *risk prediction models* yang lain (Chia, 2011).

Responden kelompok risiko tinggi PKV berdasarkan analisis FRS dalam penelitian ini umumnya mempunyai faktor risiko kurang olahraga dan konsumsi makanan bersantan dan lauk-pauk yang selalu disajikan dengan cara menggoreng. Kebiasaan ini jika berlangsung lama dan menjadi kebiasaan akan meningkatkan HDL.

Nilai HDL yang masih dalam batas normal belum tentu diikuti oleh kadar kolesterol yang normal pula mengingat hampir keseluruhan responden perempuan mengalami hiperkolesterolemia. Pola makan tinggi lemak ini berdampak pada kejadian obesitas. Obesitas berhubungan dengan endotel dapat disebabkan oleh adanya efek yang memengaruhi keseimbangan ini (Golbidi, Mesdaghinia, & Laher, 2012).

Penelitian ini menegaskan bahwa upaya pencegahan PKV dapat dilakukan sedini mungkin dengan melakukan deteksi di tingkat keluarga dan komunitas. FRS dapat diaplikasikan dengan mudah oleh kader. Penemuan kasus risiko tinggi PKV akan mencegah PKV atau penyakit kardiovaskuler lainnya.

Kesimpulan

Faktor risiko PKV hampir selalu melekat dengan gaya hidup masyarakat yang berlangsung lama, tidak disadari adanya dan sulit untuk diubah dan dikondisikan lagi dengan belum familiarnya istilah identifikasi kelompok risiko melalui FRS 10 Years.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa *FRS 10 years* ini dapat digunakan oleh kader dalam mendeteksi adanya kelompok berisiko tinggi mengalami PKV. Melalui pengambilan data dengan FRS didapatkan dua orang (85%) berada pada kelompok risiko tinggi mengalami PKV dalam 10 tahun yang akan datang.

Hasil penelitian ini merekomendasikan pentingnya mengembangkan *strong community leadership model* ditengah masyarakat yang berkewajiban mengidentifikasi faktor risiko dan bersama dengan tenaga kesehatan untuk melakukan manajemen faktor risiko sehingga prevalensi PKV bisa ditekan dan selanjutnya dapat diturunkan, sehingga mampu memberikan dampak lanjutan berupa penekanan biaya hospitalisasi akibat PKV.

Model kepemimpinan dalam masyarakat ini mempunyai kualifikasi, sehingga mampu merubah gaya hidup masyarakat. Perubahan ini dapat dimulai pada lingkup wilayah Rukun Tetangga (RT) atau bahkan mulai dari suatu keluarga itu sendiri. Salah satu peran seorang kader adalah sebagai mitra tenaga kesehatan. Peran ini tidaklah mudah, sehingga diperlukan verifikasi kemampuan kader sebelum dilakukan penunjukan oleh pihak berwenang. Seorang kader yang baik juga mempunyai wibawa di hadapan masyarakat di wilayah kerjanya, sehingga diharapkan dapat melakukan perubahan perilaku masyarakat.

Alternatif lain untuk meningkatkan kemampuan kader adalah dengan melakukan seminar dan pelatihan terprogram yang disesuaikan dengan visi misi upaya promotif dan preventif dari pihak layanan kesehatan terkait (MR, AG, AR).

Referensi

- AHA. (2013). *Overweight & obesity*. American Heart Association & American Stroke Association. Dallas, Texas: American Heart Association, Inc. Diperoleh dari <http://www.heart.org>.
- Chia, Y.C. (2011). Review of tools of cardiovascular disease risk stratification: Interpretation, customisation and application in clinical practice. *Singapore Med J*, 52(2), 116–123. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21373738>
- George, S.J., & Johnson, J. (2010). *Atherosclerosis: Molecular and cellular mechanisms*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co.KgaA.
- Golbidi, S., Mesdaghinia, A., & Laher, I. (2012). Exercise in the metabolic syndrome. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2012, 1–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/349710>.
- Kemenkes RI. (2014). *Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI: Situasi kesehatan jantung*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kuklina, E.V., Yoon, P.W., & Keenan, N.L. (2010). Prevalence of coronary heart disease risk factors and screening for high cholesterol levels among young adults, United States, 1999-2006. *Ann Fam Med*, 8(4), 327–333. doi: 10.1370/afm.1137.
- Napoli, C., Lerman, L.O., de Nigris, F., Gossel, M., Balestrieri, M.L., & Lerman, A. (2006). Rethinking primary prevention of atherosclerosis-related diseases. *Circulation*, 114(23), 2517–2527. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.570358
- Nurwidyaningtyas. (2013). Rasio EPC dan CEC sebagai prediktor disfungsi endotel pada kelompok risiko tinggi berdasarkan FRS 10 years. *Jurnal Kardiologi Indonesia*, 34 (I), 14–19. Diperoleh dari http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:__WFApute2gJ:www.jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/369/0+&cd=1&hl=en&ct=clnk&client=firefox-b
- Rabelink, T.J., de Boer, H.C., & van Zonneveld, A.J. (2010). Endothelial activation and circulating markers of endothelial activation in kidney disease. *Nat Rev Nephrol*, 6 (7), 404–414. doi: 10.1038/nrneph.2010.65.

- Sabatier, F., Camoin-Jau, L., Anfosso, F., Sampol, J., & Dignat-George, F. (2008). Circulating endothelial cells, microparticles and progenitors: Key players towards the definition of vascular competence. *J Cell Mol Med*, 13(3), 454–471. doi: 10.1111/j.1582-4934.2008.00639.x.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2007). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease: A national clinical guideline. UK: NHS Quality Improvement Scotland. ISBN: 1899893997. Diperoleh dari <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>
- WHO. (2007). Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Switzerland: World Health Organization Press. ISBN: 9789241547178. Diperoleh dari <http://ish-world.com>.
- Nurwidyaningtyas, W., Kholifah, S., Rahma, A., Rakhmawati, R., &Febri, T.L. (2014). *Let's be survivor cardio for our family from our family we can avoid cardiovascular disease*. Jakarta: Nuansa Laras. ISBN: 978-602-70349-0-7.

PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI MELALUI PEMIJATAN

Ummi Kalsum^{1*}

1. RSU Salewangang Maros, Sulawesi Selatan 90516, Indonesia

*E-mail: azissa17@yahoo.co.id.

Abstrak

Pijat bayi merupakan tradisi lama yang digali kembali dengan sentuhan ilmu kesehatan dan tinjauan ilmiah para ahli neonatologi. Pijat merupakan terapi luar yang diandalkan dalam pengobatan berbagai penyakit namun belum banyak diketahui manfaatnya terhadap bayi baru lahir. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemijatan terhadap peningkatan berat badan bayi. Desain yang digunakan adalah eskperimental semu dengan jumlah sampel 30 responden. Data yang dikumpulkan dengan menggunakan lembar observasi dan dianalisis dengan uji statistik *mann whitney test* dengan tingkat kemaknaan $p < \alpha$ (0,05). Uji statistik menggunakan uji *mann-whitney test* sebagai berikut pengaruh pemijatan terhadap peningkatan berat badan adalah $p = 0,033$; $\alpha = 0,05$. Dari hasil uji *paired sampel t-test* pada kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0,0517$; $\alpha = 0,05$. Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan antara pemijatan dengan peningkatan berat badan bayi.

Kata kunci: berat badan, pemijatan

Abstract

Improved Weight Infant by Massage. *Infant massage is an old tradition that was dug up with a touch of health sciences and scientific review of Neonatology experts, massage therapy is a very effective outside and reliable in the treatment of various diseases. The study objective was to determine the effect of infant massage on the baby's weight gain. This study starts from the month of May-June 2010. Research design used is the number of samples found experimental 30 respondents. Data were collected from patients by using observation sheets, collected, and edited, coding, tabulation. Then conducted data analysis with statistical tests Mann-Whitney test with a significance level of $p < \alpha$ (0,05). Statistical tests using SPS program of Mann-Whitney test results following test massaging effect of weight gain is $p = 0,033$; $\alpha = 0,05$. From the test results of paired samples t-test in the control group $p = 0,0517$; $\alpha = 0,05$. The conclusion of this study is that there is a relationship between a massage with baby weight gain.*

Keywords: body weight, massage

Pendahuluan

Kenaikan berat badan pada bayi dan anak di bawah usia lima tahun (balita) merupakan masalah yang masih dihadapi di Provinsi Sulawesi Selatan. Sepanjang tahun 2008 terdapat 26.274 bayi dan balita yang ditimbang di POSYANDU mengalami masalah dalam penambahan berat badanyaitu berat badan bayi tidak sesuai dengan usia bayi. Pada tahun 2009 kasus yang sama dilaporkan sebanyak 81.837 dan tahun 2010, jumlah ini bertambah menjadi 87.000 dari total bayi di Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 497.577 bayi dan balita (Data

Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2010). Dinas Kesehatan Kabupaten Maros Sulawesi Selatan melaporkan bahwa pada tahun 2010, hasil penimbangan bayi dan balita tercatat 2.415 bayi/balita yang mengalami gangguan kenaikan berat badan dan berdasarkan data dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) sebagian besar berada di garis kuning bahkan di bawah garis merah (Data Dinas Kesehatan Kabupaten Maros Sulawesi Selatan, 2010). Berdasarkan masalah di atas, maka perlu ada upaya untuk meningkatkan berat badan bayi, salah satunya dengan pijat bayi. Pemijatan pada bayi menurut *Heath and*

Bainbridge (2007) akan merangsang nervus vagus. Saraf ini akan meningkatkan peristaltik usus, sehingga pengosongan lambung lebih cepat dengan demikian akan merangsang nafsu makan bayi untuk makan lebih lahap dalam jumlah yang cukup. Selain itu, nervus vagus juga dapat memacu produksi enzim pencernaan makanan maksimal. Di sisi lain pijat juga dapat memperlancar peredaran darah dan meningkatkan metabolisme sel, dari rangkaian tersebut berat badan bayi akan meningkat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemijatan pada bayi terhadap peningkatan berat badan bayi di wilayah kerja Puskesmas Tunikamaseang.

Metode

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tunikamaseang. Kecamatan Bontoa Kabupaten Maros Sulawesi Selatan tahun 2010. Rancangan penelitian menggunakan eksperimental semu, melibatkan 30 orang tua beserta bayinya, yang dibagi menjadi kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Hasil

Sesuai hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Kecamatan Bontoa Kabupaten Maros Sulawesi Selatan didapatkan bahwa rata-rata peningkatan berat badan pada kelompok intervensi (Kelompok A) berkisar

antara 500-600 gram perbulan; sedangkan pada kelompok kontrol (Kelompok B) berkisar antara 400 gram perbulan.

Berat Badan Bayi pada Kelompok yang Mendapat Pemijatan. Berdasarkan data Tabel 1, berat badan bayi *pra-test* semua responden masuk dalam indek berat badan antara 80-120%. Data *pasca-test* didapatkan indek berat badan responden semua dalam rentang 80-120%. Rata-rata peningkatan berat badan pada kelompok kontrol A berkisar antara 500-600 gram perbulan.

Berat Badan Bayi pada Kelompok yang Tidak Mendapat Pemijatan. Berdasarkan data Tabel 2 didapatkan pada *pra-test* sebagian besar responden (4) memiliki indek berat badan antara 70-79,9% dan 1 responden mempunyai indek berat badan 80-120%. Pada *pasca-test* sebagian besar masih mempunyai indeks berat badan antara 70-79,9% dan 1 responden memiliki indek berat badan antara 80-120%.

Pada kelompok yang tidak dilakukan perlakuan pemijatan berat badan naik berkisar antara 400 gram perbulan. Dari uraian di atas menunjukkan bahwa pemijatan berpengaruh terhadap peningkatan berat badan. Hal ini dikarenakan dengan pemijatan dapat merangsang peningkatan masukan makanan yang dapat meningkatkan berat badan bayi.

Tabel 1. Berat Badan Bayi Pra-Test dan Pasca-Test pada Kelompok yang Mendapat Perlakuan (Pemijatan)

Kode Responden A	Pra-Testr		Pasca-Test	
	BB	Indek	BB	Indek
1	7500	80-120%	8100	80-120%
2	8000	80-120%	8400	80-120%
3	8100	80-120%	8500	80-120%
4	8200	80-120%	8500	80-120%
5	7800	80-120%	8300	80-120%
N : 5	Corelasi: 0,991 Probabilitas Corelasi: 0,001 Probabilitas = 0,001			

Tabel 2. Berat Badan Bayi Pra-Test dan Pasca-Test pada Kelompok Kontrol (Tidak Mendapat Perlakuan Pemijatan)

Kode Responden B	Pra-Testr		Pasca-Test	
	BB	Indek	BB	Indek
1	6200	70-79,9%	6600	70-79,9%
2	6200	70-79,9%	6300	70-79,9%
3	5900	70-79,9%	6300	70-79,9%
4	5900	70-79,9%	6200	70-79,9%
5	6200	80-120%	6700	80-120%
N : 5	Corelasi: 0,716 Probabilitas Corelasi: 0,174 Probabilitas = 0,007			

Pembahasan

Berdasarkan data yang sudah diperoleh menunjukkan data berat badan bayi *pra-test* dan *pasca-test* pada kelompok yang mendapat perlakuan (pemijatan) maka terjadi peningkatan berat badan bayi yang mendapat perlakuan (pemijatan). Meskipun ada peningkatan berat badan akan tetapi peningkatan berat badan pada kedua kelompok tersebut masih di bawah standar yaitu menurut Rubiati (2004, dalam Harjaningrum, 2007) 500–600 gram/bulan, sehingga pemijatan yang dilakukan tidak maksimal oleh peneliti atau faktor genetik responden yang lebih menonjol seperti yang disebutkan Ganong (1999) bahwa berat badan sangat dipengaruhi oleh genetik, sedang faktor lingkungan hanya berperan kurang dari 30%. Akan tetapi, bila dilihat pada berat badan awal, pada kelompok perlakuan reratanya lebih baik dari pada kelompok kontrol. Selain itu, berat badan setelah empat minggu menunjukkan bahwa berat badan bayi meningkat dengan rerata kelompok perlakuan tetap baik dari pada kelompok kontrol menunjukkan hasilnya biasa dan tidak maksimal karena rerata berat badan awal bayi sudah berbeda.

Satu hal yang sangat menarik pada penelitian tentang pemijatan bayi adalah penelitian tentang mekanisme dasar pemijatan. Penelitian Fiel dan Schannberg (dalam Heath Alam and Bainbridge Nicki, 2007) menunjukkan bahwa pada bayi yang dipijat akan meningkatkan aktivitas neurotransmitter serotonin, yaitu me-

ningkatkan kapasitas sel reseptor yang berfungsi mengikat glucocorticoid (adrenalin, suatu hormon stres), sehingga terjadi penurunan hormon adrenalin (hormon stres), penurunan kadar hormon stress ini akan meningkatkan daya tahan tubuh. Menurut Guyton (dalam Ganong, 1999) bahwa pemijatan pada bayi akan merangsang nervus vagus, dimana saraf ini akan meningkatkan peristaltik usus untuk mengosongkan lambung, dengan begitu bayi cepat lapar, sehingga masukan makanan akan meningkat. Syaraf ini juga merangsang peningkatan produksi enzim pencernaan, sehingga penyerapan nutrisi meningkat. Nutrisi yang diserap akan ikut dalam peredaran darah yang juga meningkat oleh potensial aksi saraf simpatis. Selain itu, peningkatan distribusi mikro dan makro nutrien akan membantu peningkatan metabolisme organ dan sel, sehingga ada penyimpanan bawah kulit dan pembentukan sel baru. Keadaan ini yang dapat meningkatkan berat badan bayi. Adanya kenaikan berat badan menunjukkan bahwa adanya kesinambungan antara masukan nutrisi bayi dengan pengeluaran energi karena berat badan dipengaruhi oleh faktor lingkungan seperti masukan makanan (Ganong, 1999).

Berdasarkan hasil tersebut sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Ganong (1999) bahwa pertumbuhan setiap individu bervariasi dan bersifat linier dengan proses episode, yang mana penyebab pertumbuhan episode tidak dapat diketahui. Hasil penelitian sesuai dengan pemaparan Heath Alam and Bainbridge Nicki

(2007) bahwa pemijatan pada bayi mempunyai banyak manfaatnya antara lain membuat bayi semakin tenang, meningkatkan efektifitas istirahat (tidur) bayi atau balita, memperbaiki konsentrasi bayi, meningkatkan produksi asi bagi ibu bayi atau balita, membantu meringankan ketidaknyamanan dalam pencernaan dan tekanan emosi, memacu perkembangan otak dan sistem saraf, meningkatkan gerak peristaltik untuk pencernaan, menstimulasi aktivitas nervus vagus, memperkuat sistem kekebalan tubuh, meningkatkan kepercayaan diri ibu dan memudahkan orang tua mengenali bayi atau balita, sehingga pemijatan pada umumnya sangat efektif untuk meningkatkan berat badan, meningkatkan pertumbuhan dan dapat membina kasih sayang orang tua dan anak.

Hasil penelitian ini relevan dengan beberapa hasil penelitian lainnya. Beberapa hasil penelitian yang relevan dengan hasil penelitian ini antara lain adalah Setiawati (2010) pada penelitiannya yang berjudul “Pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 0–6 bulan di Polindes Buluk Agung Wilayah Kerja Puskesmas Klampis Bangkalan”, menyimpulkan bahwa pijat bayi mempunyai banyak manfaat bagi bayi, yaitu dapat meningkatkan berat badan bayi, pertumbuhan bayi, daya tahan tubuh bayi, konsentrasi bayi, membuat tidur bayi lebih lelap dan mempererat ikatan kasih sayang antara orang tua dan anak. Dalam keadaan sehat dan mendapat gizi yang baik, berat badan bayi pada tahun pertama kehidupannya mengalami peningkatan 140–200 gram tiap minggunya. Hasil penelitian didapatkan 15 bayi yang tidak dilakukan pemijatan mengalami perubahan berat badan rata-rata sebesar 1,42%, dengan uji t sampel berpasangan diperoleh $p = 0,005$. Pada 15 bayi yang dilakukan pemijatan juga mengalami peningkatan berat badan 4,11%, dengan uji t sampel berpasangan diperoleh $p = 0,000$. Di sisi lain, pada perbandingan peningkatan berat badan antara bayi yang tidak dilakukan pemijatan dengan bayi yang dilakukan pemijatan, hasil uji t sampel bebasnya diperoleh $p = 0,001$. Kesimpulan penelitian ini adalah adanya pengaruh pijat

bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 0–6 bulan.

Penelitian lain yang ikut memberikan kesimpulan yang sama adalah penelitian yang dilakukan oleh Oktobriani (2010) pada penelitiannya yang berjudul “Pengaruh pendidikan kesehatan tentang pijat bayi terhadap praktik pijat bayi di Polindes Harapan Bunda Sukoharjo”. Hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa berdasarkan analisis secara keseluruhan didapatkan nilai t-hitung $>$ t-tabel ($29,231 > 2,040$) atau $p < \alpha$ ($0,000 < 0,05$). Hal ini berarti terdapat perbedaan yang bermakna antara praktik ibu dalam melakukan pijat bayi sebelum diberi pendidikan kesehatan dan sesudah diberi pendidikan kesehatan. Berdasarkan hasil analisis dapat diketahui bahwa kemampuan praktik pijat bayi seorang ibu sesudah diberi pendidikan kesehatan tentang pijat bayi lebih baik dibandingkan dengan kemampuan praktik pijat bayi sebelum diberi pendidikan kesehatan tentang pijat bayi, dengan demikian disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang pijat bayi terhadap praktik pijat bayi.

Manfaat pemijatan yang maksimal dapat diperoleh dengan memperhatikan waktu pemijatan yang tepat. Waktu pemijatan yang paling tepat pada pagi hari sebelum melalui aktivitas mandi alasannya kepraktisan sebab, sisa minyak pijat akan lebih mudah dibersihkan. Pemijatan juga dapat dilakukan pada malam hari menjelang tidur sebab setelah pemijatan biasanya bayi akan santai dan merasa mengantuk, tidur pun akan menjadi lebih nyenyak. Memijat juga dapat dilakukan pada saat bayi santai dan tenang.

Kesimpulan

Pemijatan yang dilaksanakan secara teratur pada bayi digunakan pemijatan pada kaki, perut, dada, tangan, punggung, dan gerakan peregangan dapat meningkatkan berat badan bayi. Pemijatan tersebut akan terjadi potensi aksi saraf yang merangsang nervus vagus kemudian akan merangsang peningkatan

peristaltik usus, sehingga penyerapan makanan dalam tubuh akan lebih maksimal. Pemijatan pada bayi juga dapat melancarkan peredaran darah dan meningkatkan metabolisme sel, sehingga berat badan bayi akan meningkat. Berdasarkan hasil penelitian juga disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemijatan pada bayi terhadap kenaikan berat badan.

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa adanya pengaruh positif pemijatan terhadap perkembangan bayi, maka disarankan kepada perawat anak dan maternitas hendaknya dapat melakukan pemijatan sebagai salah satu pelaksanaan terhadap bayi dan anak. Selain itu, untuk para kader Posyandu perlu dilaksanakan latihan pemijatan bayi yang benar sehingga mereka dapat memberikan contoh kepada ibu-ibu balita, dan pemijatan pada bayi hendaknya dilakukan 2–3 kali seminggu selama kurang lebih 10–20 menit setiap kali melakukan pemijatan dan sesuai dengan prosedur pemijatan yang benar (HW, YR, NN).

Ucapan Terima Kasih

Dengan selesainya penelitian ini, maka Peneliti menyampaikan terima kasih yang tak terhingga, terutama rekan perawat di Puskesmas Tunikamaseang Kecamatan Bontoa Kabupaten Maros Sulawesi Selatan, rekan perawat di Instalasi Perawatan Anak RSUD Salewangan Maros, rekan perawat Poliklinik Anak RSUD Salewangan Maros, dan Kader Posyandu tempat pelaksanaan latihan pemijatan.

Referensi

- Dinas Kesehatan Maros. (2010). *Maros dalam angka*. Maros: Dinas Kesehatan Kabupaten Maros.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (2010). *Derajat kesehatan di Sulawesi Selatan Tahun*

2010. Makassar: DINKES PEMPROV Sulawesi Selatan.

- Ganong, W.F. (1999). *Fisiologi kedokteran*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Harjaningrum, A.T., Inayati, D.A., Wicaksono, H.A., & Derni, M. (2007). *Peranan orang tua dan praktisi dalam membantu tumbuh kembang anak berbakat melalui pemahaman teori dan tren pendidikan*. Jakarta: Prenada.
- Heath Alam and Bainbridge Nicki. (2007). *Baby massage: Kekuatan menenangkan dari sentuhan*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Oktobriarani, R.R. (2010). *Pengaruh pendidikan kesehatan tentang pijat bayi terhadap praktik pijat bayi di Polindes Harapan Bunda Sukoharjo* (Karya tulis ilmiah, Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret). Program Studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, Jawa Tengah, Indonesia.
- Setiawati, I. (2010). *Pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 0–6 bulan di Polindes Buluk Agung wilayah kerja Puskesmas Klampis Bangkalan* (Skripsi, Universitas Airlangga Surabaya). Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya – Jawa Timur, Indonesia

PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG BUDAYA ORGANISASI DAN KINERJA

Ria Utami Panjaitan^{1*}, Budi Anna Keliat¹, Besral²

1. Departemen Keperawatan Jiwa, FIK-UI, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Johan, Depok, Jawa Barat – 16424, Indonesia
2. Jurusan Biostatistik FKM-UI, Kampus FKM-UIJI. Prof. Dr. Bahder Johan, Depok, Jawa Barat – 16424, Indonesia

**E-mail: riautamip71@gmail.com*

Abstrak

Mutu pelayanan di rumah sakit tak lepas dari kinerja sumber daya manusia keperawatan. Setiap organisasi memiliki budaya yang merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuannya. Penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dengan kinerjanya di ruang rawat inap sebuah Rumah Sakit di Bogor ini, merupakan penelitian *cross sectional* yang melibatkan 113 perawat. Instrumen yang digunakan adalah instrumen budaya organisasi dan kinerja yang telah dimodifikasi. Sebanyak 79,6% perawat pelaksana mempersepsikan kinerjanya baik dan 85% mempersepsikan budaya organisasinya baik. Perawat pelaksana yang berpersepsi baik terhadap organisasinya, mereka juga berkinerja lebih baik. Karakteristik perawat pelaksana dan persepsi perawat pelaksana terhadap budaya organisasi tidak berhubungan dengan kinerja. Budaya organisasi yang sudah baik dan kinerja yang optimal perlu dipertahankan dengan selalu mengevaluasi tiap komponennya, baik oleh manajemen maupun individu keperawatan.

Kata kunci: budaya organisasi, kinerja, perawat pelaksana

Abstract

The Nurse Practitioners' Perception on Organizational Culture and Work Performance. The quality of hospital services is supported by several aspects, including the work performance of human resources in nursing. Every organization has a culture which is an important factor that determines the success of the organization in achieving its goals. The research aimed to identify the relationship between the perceptions of nurses about the organizational culture with their work performance in inpatient ward at a hospital in Bogor, a cross-sectional study involving 113 nurses. The instrument used was the modified instrument of organizational culture and work performance. A total of 79,6% of nurses perceiving good performance and 85% perceive the organizational culture good. Nurses who have good perception for the organizational culture, they also perform better. Characteristics of nurses and nurses' perceptions of the organizational culture is not related to the work performance. Good organizational and optimum work performance need to maintain with evaluating each its component.

Keyword: nurse practitioners, organizational culture, work performance

Pendahuluan

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang 24 jam berada bersama klien dan keluarga untuk memberikan pelayanan. Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan berkontribusi besar untuk menentukan mutu pelayanan rumah sakit

(RS), sehingga setiap upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan RS harus disertai dengan upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Sudah selayaknya evaluasi kinerja perawat menjadi salah satu variabel penting bagi efektifitas organisasi. Penilaian kinerja/prestasi adalah kegiatan mengevaluasi perilaku prestasi kerja karyawan

serta menetapkan kebijaksanaan selanjutnya, dan penilaian prestasi kerja adalah menilai hasil kerja nyata dengan standar kualitas maupunkuantitas yang dihasilkan oleh setiap karyawan (Mathis & Jackson, 2008).

Setiap organisasi memiliki budaya, budaya organisasi merupakan hal mendasar yang dalam suatu organisasi dan menjadi penuntun mengacu kepada sistem makna bersama yang dianut oleh anggota yang membedakan organisasi itu terhadap organisasi yang lain dan sebagai filosofi dasar yang mengarahkan kebijakan organisasi (Ravasi &Schultz, 2006).

Menurut Daud (2004), budaya kerja dalam sebuah organisasi terkait dengan sistem nilai, norma, sikap, dan etika kerja yang dipegang bersama oleh setiap karyawan. Empat elemen ini menjadi asas untuk mengarahkan perilaku karyawan, cara mereka berpikir, berhubungan antara satu sama lain dan berinteraksi dengan sekitarnya. Jika budaya organisasi itu baik, maka akan mengakibatkan karyawannya meningkatkan mutu kerja yang cemerlang dan akan memberikan dampak pada kinerja organisasi.

Penelitian kualitatif tentang dimensi budaya organisasi oleh Sitompul (2003) mengidentifikasi bahwa terdapat enam kategori budaya organisasi pelayanan keperawatan, yaitu visi-misi, komunikasi, proses perubahan, kekeluargaan dan senioritas, simbol, dan penghargaan. Susana (2003) mengidentifikasi bahwa faktor yang paling berhubungan dengan budaya kerja perawat dan menjadi prediktor terbentuknya budaya kerja yang konstruktif adalah struktur organisasi,kekompakan, norma kelompok, dan penghargaan. Simbolon, Revida, dan Lubis (2012) menemukan bahwa budaya organisasi memengaruhi kinerja perawat pelaksana di Medan. Berdasarkan ketiga hasil penelitian tersebut maka perlu diuji lebih lanjut tentang budaya organisasi dan pengaruhnya pada budaya kerja karyawan.

Penelitian ini dilakukan di RS kelas A yang didirikan pada tahun 1882 di Kota Bogor. *Bed Occupancy Rate* (BOR) 72.61% (nilai parameter ideal 60-85%), sedangkan *Average Length of Stay* (*Av LOS*) adalah 93.52 hari (*LOS* nasional untuk RS jiwa adalah 54 hari). Kedua indikator mutu di atas mencerminkan penampilan kinerja RS tersebut menunjukkan BOR sudah mencapai nilai ideal, tetapi lama hari rawat lebih dari standar lama hari rawat nasional. Kondisi klien yang kronis di ruang rawat inap dapat mengakibatkan perawat jenuh, dan kecewa karena pasien tidak segera sembuh. Jika kondisi seperti ini terus menerus terjadi maka akan menurunkan mutu pelayanan keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi adanya hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dengan kinerjanya di ruang rawat inap.

Metode

Penelitian *cross sectional* ini menggunakan budaya organisasi sebagai variabel independen, kinerja perawat pelaksana sebagai variabel dependen, dan karakteristik individu sebagai variabel *confounding*. Penelitian ini melibatkan 113 responden dengan kriteria inklusi perawat pelaksana di unit rawat inap; berpengalaman kerja minimal setahun; tidak sedang cuti, sakit atau tugas belajar saat penelitian; dan tidak menjabat sebagai kepala ruangan. Sebanyak 15 ruang rawat inap digunakan dalam penelitian ini. Cara pengambilan sampel menggunakan metode *random sampling*. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan UI.

Instrumen untuk mengukur budaya organisasi terdiri dari 38 item meliputi kebijakan, simbol status dan sistem penghargaan, norma kelompok, struktur organisasi, komunikasi, dan pernyataan visi-misi, dan kuesioner untuk mengukur kinerja perawat pelaksana yang terdiri dari 50 item meliputi: Prestasi, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran, dan kerja

sama. Hasil uji coba instrumen budaya organisasi bernilai r rentang antara 0,127 sampai 0,818 (r tabel=0,361) dan alpha 0,902. Hasil uji coba instrumen kinerja perawat pelaksana diperoleh nilai r rentang antara 0,062 sampai 0,874 (tabel=0,361) dan nilai alpha keseluruhan 0,963.

Hasil

Karakteristik perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 1, persepsi tentang kinerja perawat pelaksana dan budaya organisasi dapat dilihat pada tabel 2 dan 3.

Tabel 1. Karakteristik Individu Perawat Pelaksana (n=113)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur		
a. < 26 tahun	24	21,2
b. 26 sd 45 tahun	62	54,9
c. > 45 tahun	27	23,9
Jenis kelamin		
a. Laki-laki	52	46,0
b. Perempuan	61	54,0
Tingkat pendidikan		
a. Sekolah Perawat	23	20,4
b. Program Diploma	82	72,6
c. Sarjana Keperawatan	8	7,1
Lama kerja		
a. < 3 tahun	29	25,7
b. 3 sd 23 tahun	59	52,2
c. > 23 tahun	25	22,1
Status perkawinan		
a. Belum Kawin	28	24,8
b. Kawin	85	75,2
Etnis/suku		
a. Sunda	53	46,9
b. Non Sunda	60	53,1
Ruangan		
a. Non MPKP	95	84,1
b. MPKP	18	15,9
Status kepegawaian		
a. PNS	89	78,8
b. Non PNS	24	21,2

Tabel 2. Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Kinerja (n=113)

Komponen Kinerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Prestasi kerja		
a. Kurang	39	34,5
b. Baik	74	65,5
Tanggung jawab		
a. Kurang	14	12,4
b. Baik	99	87,6
Ketaatan		
a. Kurang	20	17,7
b. Baik	93	82,3
Kejujuran		
a. Kurang	20	17,7
b. Baik	93	82,3
Kerjasama		
a. Kurang	22	19,5
b. Baik	91	80,5
Komposit		
a. Kurang	17	15,0
b. Baik	96	85,0

Tabel 3. Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Budaya Organisasi (n=113)

Komponen Kinerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kebijakan		
a. Kurang	54	47,8
b. Baik	59	52,2
Simbol status dan sistem penghargaan		
a. Kurang	30	26,5
b. Baik	83	73,5
Norma Kelompok		
a. Kurang	22	19,5
b. Baik	91	80,5
Struktur Organisasi		
a. Kurang	20	17,7
b. Baik	93	82,3
Komunikasi		
a. Kurang	24	21,2
b. Baik	89	78,8
Pernyataan visi dan misi		
a. Kurang	42	37,2
b. Baik	71	62,8
Komposit		
a. Kurang	23	20,4
b. Baik	90	79,6

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan (54%), berusia 26-45 tahun (54,9%), pendidikan Diploma (72,6%), lama kerja/pengalaman 3 sampai 23

tahun (52,2%), menikah (75,2%), bersuku Sunda (46,9%), bekerja di ruang non MPKP (84,1%), dan berstatus PNS (78,8%).

Kinerja perawat menurut komponen kinerja adalah lebih dari separuh berprestasi kerja baik (65,5%), bertanggung jawab (87,6%), taat (82,3%), jujur (82,3%), mampu bekerja sama (80,5%) pada tabel 2. Secara komposit sebagian besar perawat berkinerja baik (85,0%).

Berdasarkan tabel 3, persepsi perawat tentang budaya organisasi menurut komponen budaya organisasi adalah lebih dari separuh mempersepsikan kebijakan baik (52,2%), mempersepsikan simbol status dan sistem penghargaan baik (73,5%), mempersepsikan norma kelompok baik (80,5%), mempersepsikan komunikasi baik (78,8%), mempersepsikan pernyataan visi dan misi baik (62,8%). Secara komposit mayoritas perawat berpersepsi baik tentang budaya organisasinya (79,6%).

Tabel 4 menunjukkan bahwa antara karakteristik perawat pelaksana dengan kinerja tidak ditemukan hubungan ($p > 0,05$). Sementara itu, berdasarkan tabel 5 dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dengan kinerja ($p > 0,05$).

Pembahasan

Berdasarkan analisis bivariat, tidak ditemukan hubungan antara karakteristik perawat dengan kinerja. Akan tetapi, secara proporsional terlihat bahwa perawat yang lebih muda, berjenis kelamin perempuan, berpendidikan lebih tinggi, mempunyai masa kerja lebih sedikit, belum menikah, bersuku Sunda, bertugas di ruang MPKP, dan berstatus non PNS mempunyai kinerja lebih baik.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya. Andriani (2012) menemukan bahwa ada hubungan antara umur dengan

kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap di RS di Bukittinggi. Rusdi (2001) menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan kinerja, namun secara proporsional perawat perempuan berkinerja lebih baik. Hasibuan (2001) mengemukakan bahwa jenis kelamin harus diperhatikan terkait sifat pekerjaan, misalnya untuk pekerjaan merawat pasien yang membutuhkan ketelatenan dan kesabaran yang tinggi, kurang cocok bila dilakukan oleh pria. Keberadaan perawat pria sebagai kelompok minoritas hingga saat ini masih dianggap sensitif, berkaitan dengan emosi dan stereotipe, walaupun di banyak situasi perawat pria justru menunjukkan kinerjanya yang baik (Milligan, 2001 & Rajacich, Kane, Williston, & Cameron, 2013).

Berkaitan dengan masa kerja, Nurhaeni (2001) menemukan bahwa perawat yang masa kerjanya kurang dari 11 tahun kinerjanya lebih baik. Masa kerja perawat yang terlalu lama dapat menimbulkan penurunan kinerja akibat kejenuhan karena rutinitas dalam waktu yang lama, sikap pasif dan apatis, mundurnya motivasi dan inisiatif dalam bekerja serta kurangnya kreatifitas perawat karena tidak ada tantangan yang berarti (Shader, et al., 2001). Akan tetapi, penelitian lain menunjukkan justru perawat yang pengalaman kerjanya lebih baik kinerjanya lebih baik (Rudianti, Handiyani, & Sabri, 2013). Perbedaan ini dapat terjadi akibat perbedaan sifat kerja perawat yang menjadi responden penelitian.

Berkaitan dengan status pernikahan, hasil penelitian ini didukung penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa perawat yang belum menikah berkinerja lebih baik (Nurhaeni, 2001; Panjaitan, 2002). Berbeda halnya dengan Rudianti, Handiyani, dan Sabri yang tidak menemukan hubungan diantara kedua variabel tersebut.

Tabel 4. Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana dengan Kinerja (n=113)

Karakteristik	Kinerja Perawat				Total	OR (95%CI)	P
	Kurang		Baik				
	N	%	n	%			
Umur							
< 26 tahun	2	8.3	22	91.7	24	2.5 (0.4-14.3)	
26 - 45 tahun	10	16.1	52	83.9	62	1.2 (0.4-3.9)	0.561
> 45 tahun	5	18.5	22	81.5	27		
Jenis kelamin							
Laki-laki	12	23.1	40	76.9	52	3.4 (1,1-10,3)	
Perempuan	5	8.2	56	91.8	61		0.052
Pendidikan							
Sekolah Perawat	7	30.4	16	69.6	23	3.1 (0.3-29.8)	
Diploma	9	11	73	89	82	3.5 (1.2-10.9)	0,068
Sarjana Keperawatan	1	12,5	7	87.5	8		
Lama kerja							
< 3 th	3	10.3	26	89.7	29	2,1 (0,5-10,2)	
3 sd 23 th	9	15.3	50	84.7	59	1,4 (0,4-4,7)	0,612
> 23 th	5	20	20	80	25		
Status perkawinan							
Belum Kawin	2	7,1	26	92.9	28	0.4 (0.1-1.7)	
Kawin	15	17,6	70	82,4	85		0.233
Suku							
Sunda	7	13.2	46	86.8	53	0.8 (0.3-2.2)	
Non Sunda	10	16.7	50	83.3	60		0.803
Ruangan							
Non MPKP	16	16.8	79	83,2	95	3,4 (0,4-27,8)	
MPKP	1	5.6	17	94,4	18		0,301
Status kepegawaian							
PNS	14	15.7	75	84.3	89	1,3 (0,3- 5,0)	
Non PNS	3	12.5	21	87.5	24		1,000

Tabel 5. Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Budaya Organisasi dengan Kinerja (n=113)

Persepsi Tentang Budaya Organisasi	Kinerja				Total	OR (95%CI)	P
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
Kebijakan							
Kurang	11	20,4	43	79,6	54	2,3 (0,8-6,6)	
Baik	6	10,2	53	89,8	49		0,21
Simbol status dan sistem penghargaan							
Kurang	7	23,3	23	76,7	30	2,2 (0,8-6,5)	
Baik	10	12,0	73	88,0	83		0,15
Norma Kelompok							
Kurang	5	22,7	17	77,3	22	1,9 (0,6-6,2)	
Baik	12	13,2	79	86,8	91		0,32
Struktur Organisasi							
Kurang	5	25,0	15	75,0	20	2,3 (0,7-7,3)	
Baik	12	12,9	81	87,1	93		0,18
Komunikasi							
Kurang	5	20,8	19	79,2	24	1,7 (0,5-5,4)	
Baik	12	13,5	7	86,5	89		0,35
Pernyataan visi dan misi							
Kurang	8	19,0	34	81,0	42	1,6 (0,6-4,6)	
Baik	9	12,7	62	87,3	71		0,52

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara proporsional hampir semua perawat pelaksana yang bertugas di ruang Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) mempunyai kinerja baik. Fatiah (2002) dalam penelitiannya menemukan bahwa perawat yang bertugas di ruang MPKP memiliki pengetahuan, kinerja, dan kepuasan kerja yang lebih tinggi. Keliat dan Akemat (2009) mengemukakan manajemen kegiatan keperawatan di ruang model praktik keperawatan profesional berdasarkan empat pilar nilai profesional yaitu pendekatan manajemen, kompensasi dan penghargaan, hubungan profesional, dan pemberian asuhan keperawatan. Peneliti berpendapat sistem yang diciptakan di ruang MPKP memengaruhi kinerja perawat.

Penelitian ini menunjukkan secara proporsional perawat non PNS berkinerja lebih baik. Makhrus (2002) dalam penelitiannya menemukan bahwa perawat yang berstatus pegawai kontrak kinerjanya lebih baik daripada perawat yang berstatus PNS.

Hubungan antara persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan kinerja diuraikan di bawah ini. Hasil penelitian tentang komponen kebijakan menunjukkan bahwa secara proporsional perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap kebijakan berkinerja lebih baik. Sitompul (2003) menemukan bahwa kebijakan memengaruhi kinerja perawat. Kebijakan tersebut terkait dengan peraturan, sanksi, penghargaan, dan supervisi. Hasil ini didukung oleh Rudianti, Handiyani, dan Sabri (2013) yang mengidentifikasi bahwa supervisi dan pengarahan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat. Demikian pula Susana (2003) yang menemukan bahwa penghargaan berhubungan positif dengan budaya kerja. Sitompul (2003) menemukan bahwa sebagian besar perawat menyatakan kompensasi yang diterima belum sesuai dengan harapan. Terkait dengan simbol status perawat umumnya bangga bekerja di sebuah

RS yang merupakan pusat rujukan nasional untuk kasus ginjal.

Hasil penelitian juga menemukan bahwa perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap norma kelompok berkinerja baik. Susana (2003) dalam penelitiannya di Bandung menemukan bahwa norma kelompok merupakan variabel yang valid dalam memprediksi budaya kerja perawat pelaksana. Variabel tersebut mempunyai hubungan dengan budaya kerja perawat pelaksana. Adanya hubungan tersebut diasumsikan karena kuatnya norma dan nilai-nilai yang ada. Norma yang dikembangkan tercermin dari beberapa kebiasaan yang sampai saat ini tetap dipelihara, misalnya ibadah pagi, penggunaan waktu kerja, penggunaan seragam dinas, nilai kebersamaan dan toleransi antar kelompok. Menurut Daud (2004), norma merupakan nilai yang diterima oleh mayoritas anggota kelompok yang disepakati karena mencerminkan keinginan kelompok. Dengan kata lain, norma adalah peraturan hidup dan amalan yang diterima masyarakat.

Penelitian ini juga menemukan bahwa perawat yang berpersepsi baik terhadap struktur organisasi berkinerja lebih baik. Hasil penelitian Nurhaeni (2001) menunjukkan bahwa struktur organisasi tidak berhubungan bermakna dengan kinerja, namun secara proporsional perawat yang berpersepsi baik terhadap struktur organisasi mempunyai kinerja yang lebih baik. Masitoh (2002) dalam menemukan bahwa struktur organisasi berhubungan bermakna dengan kinerja dan perawat yang berpersepsi baik terhadap struktur organisasi mempunyai kinerja yang lebih baik. Sementara Susana (2003), menemukan bahwa kesepakatan staf dengan dengan struktur organisasi tempat mereka bekerja berhubungan positif dengan budaya kerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang berpersepsi baik terhadap komunikasi kinerjanya lebih baik. Sitompul (2003)

menemukan bahwa perawat pelaksana yang dapat mampu berkomunikasi merupakan budaya yang sangat menunjang organisasi. Komunikasi dapat berupa rapat, sosialisasi informasi, pemberian teguran, ritual rumah sakit.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa perawat yang berpersepsi baik terhadap pernyataan visi dan misi berkinerja lebih baik. Hasil ini sejalan dengan Sitompul (2003) yang menemukan bahwa perawat berpendapat bahwa visi dan misi organisasinya memberi arah dalam bekerja.

Hasil penelitian ini memberikan dampak pada aspek pelayanan keperawatan. Manajemen RS perlu mengambil data secara seimbang baik dari struktural maupun karyawannya, termasuk perawat untuk menilai bagaimana budaya organisasi sudah berjalan. Penilaian kinerja melalui para perawat sendiri juga merupakan penghargaan atas kemampuan perawat untuk menilai diri mereka sendiri.

Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dapat terjadi karena beberapa keterbatasan. Penelitian yang hanya dilakukan di satu RS yang mempunyai spesifikasi khusus dan berbeda dengan RS lain pada umumnya membuat hasil penelitian ini belum menggambarkan situasi secara keseluruhan di Indonesia. Budaya organisasi, dan kinerja merupakan persepsi responden tentang pengalaman yang dirasakan serta tindakan yang dilakukan, sehingga kualitas data tergantung pada kejujuran, keberanian, dan kemampuan daya ingat responden dalam memberikan jawaban tentang dirinya.

Kesimpulan

Sebagian besar perawat pelaksana mempunyai persepsi baik terhadap budaya organisasi dan kinerjanya di ruang rawat inap, mereka ini menunjukkan kinerja lebih baik dibanding perawat yang mempunyai persepsi kurang walaupun secara statistik tidak ditemukan

hubungan antara karakteristik individu dan persepsi perawat pelaksana terhadap budaya organisasi dengan kinerja.

Budaya organisasi yang sudah baik perlu dipertahankan dengan terus mengupayakan perbaikan di setiap komponennya. Bagi komponen yang sebagian besar masih dipersepsikan kurang (kebijakan dan pernyataan visi-misi) dapat dievaluasi dan diperbaiki dengan mempertimbangkan aspirasi perawat agar semua perawat merasa memiliki dan mempunyai komitmen.

Disarankan juga agar menggali lebih dalam motivasi perawat pria pada saat rekrutmen dan mendukung mereka secara emosional agar dapat memperoleh makna dalam bekerja sehingga kinerjanya lebih baik. Hal lain yang menjadi hak perawat juga perlu ditunaikan seperti kesempatan untuk meningkatkan pendidikan formal maupun informal, pengembangan kompetensi, penghargaan yang sesuai, dan melaksanakan metode penugasan di ruangan dengan konsisten dan sesuai kaidah. Perawat pun perlu mempertahankan kinerja yang sudah baik dan secara terus-menerus memperbaikinya, khususnya komponen prestasi kerja.

Penelitian kualitatif terkait budaya organisasi keperawatan di Indonesia perlu dilakukan selanjutnya. Penelitian yang lain juga diperlukan untuk mengidentifikasi faktor lain yang berhubungan dengan kinerja perawat; atau menilai kinerja perawat dengan menggunakan metode observasi (INR, MS)

Referensi

- Andriani, M., Sahar, J., Huriani, E. (2012). *Hubungan budaya organisasi dan karakteristik perawat dengan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2012*. Diperoleh dari <http://repository.unand.ac.id/19905/BAB1.pdf>

- Daud, Z. M. (2004). *Budaya kerja cemerlang*. Diperoleh dari <http://inturallibraryO.tripod.com/artikel/budaya-kerja-cemerlang.htm>.
- Fatihah. (2002). *Hubungan antara pengetahuan, persepsi, dan sikap perawat terhadap model praktik keperawatan profesional dengan kinerja dan kepuasan kerja perawat di RSMM Bogor*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta, Indonesia.
- Hasibuan, M. S. P. (2001). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi revisi. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2009). *Model praktek keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: EGC.
- Makhrus, I. (2002). *Analisis iklim komunikasi dalam organisasi keperawatan dengan kinerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD Karawang*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.
- Masitoh, S. (2002). *Analisis kinerja perawat pelaksana dan hubungannya dengan karakteristik demografis dan karakteristik organisasi di ruang rawat inap RSAB Harkit Jakarta*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.
- Mathis, R.L., & Jackson, J.H. (2008). *Mathis's & Jackson's human resource management: Essential perspectives*. 5th ed. Cincinnati: South-Western College Pub.
- Milligan, F. (2001). The concept of care in male nurse work: an ontological hermeneutic study in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 7-16. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01818.x
- Nurhaeni. (2001). *Faktor-faktor determinan yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di RSI Makasar tahun 2001*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.
- Panjaitan, R. (2002). *Hubungan efektifitas kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSPADGS Jakarta*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.
- Rajacich, D., Kane, D., Williston, C., & Cameron, S. (2013). If They Do Call You a Nurse, It Is Always a "Male Nurse": Experiences of Men in the Nursing Profession. *Nursing Forum*, 48(1), 71-80. doi: 10.1111/nuf.12008
- Ravasi, D., & Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: Exploring the role of organizational culture. *Academy of Management Journal* 49 (3): 433-458. doi: 10.5465/AMJ.2006.21794663
- Rudianti Y., Haniyani, H., & Sabri, L. (2013). Peningkatan kinerja perawat pelaksana melalui komunikasi organisasi di ruang rawat inap rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(1), 25-32.
- Rusdi, I. (2001). *Determinan kinerja perawat di RSUD Ciawi Kabupaten Bogor tahun 2001*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.
- Shader, K., Broome, M. E., Broome, C. D., West, M. E., & Nash, M. (2001). Factors Influencing Satisfaction and Anticipated Turnover for Nurses in an Academic Medical Center. *Journal of Nursing Administration*, 31(4), 210-216. Diperoleh dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11324334>
- Simbolon, R. Revida, E., & Lubis, M. (2012). *Pengaruh budaya organisasi terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS St Elisabeth Medan tahun 2012*. Diperoleh dari <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/35052>.
- Sitompul, R. (2003). *Analisis dimensi budaya organisasi pelayanan keperawatan di RS PGI Cikini Jakarta tahun 2002*. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.
- Susana, A. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Immanuel*

Bandung. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). FIK-Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.

Volume 17, Nomor 2, Juli 2014

pISSN 1410-4490
eISSN 2354-9203

Jurnal KEPERAWATAN INDONESIA

- ❑ Kecemasan dan Lamanya Waktu Menjalani Hemodialisis Berhubungan dengan Kejadian Insomnia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik
- ❑ Logoterapi Meningkatkan Harga Diri Narapidana Perempuan Pengguna Narkotika
- ❑ Pengalaman Keluarga dalam Merawat Lanjut Usia dengan Diabetes Mellitus
- ❑ Self Efficacy Perawat dalam Penggunaan Sistem Informasi Keperawatan Di Rsia Bunda Jakarta: Studi Fenomenologi
- ❑ Terapi Murottal Efektif Menurunkan Tingkat Nyeri Dibanding Terapi Musik pada Pasien Pascabedah

KECEMASAN DAN LAMANYA WAKTU MENJALANI HEMODIALISIS BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN INSOMNIA PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK

Ida Rosdiana^{1*}, Krisna Yetty², Luknis Sabri³

1. Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Tasikmalaya 46115, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: idarosdiana_27@yahoo.co.id

Abstrak

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering terjadi pada pasien hemodialisis, prevalensinya lebih tinggi dibanding pada populasi umum. Berbagai faktor yang diduga berhubungan dengan terjadinya insomnia pada pasien hemodialisis adalah demografi, gaya hidup, psikologis, biologis, dan faktor dialisis. Tujuan penelitian potong lintang ini untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis. Sebanyak 106 responden yang berasal dari RSUD Kota Tasikmalaya dan Garut dilibatkan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa insomnia dialami oleh 58 (54,7%) responden, dengan rerata usia $47,66 \pm 13,36$ tahun. Tidak ditemukan hubungan antara insomnia dengan faktor demografi, gaya hidup, faktor biologis, shift HD dan Kt/V hemodialisis. Insomnia berhubungan dengan kecemasan ($p= 0,007$; OR= 3,3), dan lama waktu menjalani hemodialisis ($p= 0,040$; OR= 2,48). Kecemasan dan lama waktu menjalani hemodialisis merupakan faktor independen yang berhubungan dengan kejadian insomnia. Perlu dilakukan penelitian lanjutan, yaitu menguji variabel lain seperti keluhan fisik akibat kondisi uremia yang sering dialami pasien hemodialisis.

Kata kunci: gagal ginjal kronik, hemodialisis, insomnia, kecemasan

Abstract

Anxiety and the Length of Time Undergoing Hemodialysis Related to Insomnia in Chronic Kidney Diseases Patients. Insomnia is a sleep disorder that frequently occurs in hemodialysis patients. The prevalence was higher than in the general population. Several factors were thought having significant relationship with the occurrence of insomnia in hemodialysis patients, namely demographic, lifestyle, psychological, biological and dialysis factors. The purpose of this study was to identify factors associated with insomnia in Chronic Kidney Diseases patients undergoing hemodialysis. This study used cross-sectional study design, with a total sample of 106 respondents who visited hemodialysis unit at Tasikmalaya and Garut City Hospital. The result showed that 58 respondents (54.7%) experienced insomnia, with an average age of 47.66 ± 13.36 years. There were no significant relationships between insomnia with demographic, lifestyle, biological factors, shift HD and Kt/V hemodialysis. Insomnia had significant relationships with psychological factors (anxiety) ($p= 0.007$; OR= 3.3), and the length of time undergoing hemodialysis ($p= 0.040$; OR= 2.48). This study concluded that anxiety and duration hemodialysis became independent factors associated with the occurrence of insomnia. Further study need to investigate other variables that experienced by hemodialysis patients.

Keywords: anxiety, chronic kidney diseases, hemodialysis, insomnia

Pendahuluan

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan kerusakan ginjal atau penurunan kemampuan filtrasi glomerulus (*Glomerular Filtration Rate/GFR*) kurang dari 60 mL/min/1.73 m² selama 3 bulan atau lebih yang *irreversible* dan didasari oleh banyak faktor (NKF K/DOQI, 2000; Kallenberg,

Gutch, Stoner & Corca, 2005). GGK terjadi secara progresif dan melemahkan, sehingga massa ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh (Suyono & Waspadji, 2001; Black & Hawk, 2005). Apabila kerusakan ini mengakibatkan laju GFR berkurang hingga di bawah 15 mL/min/1.73 m² dan disertai kondisi uremia, maka pasien telah mengalami

gagal ginjal tahap akhir atau disebut dengan *end stage renal disease* (ESRD) dan harus menjalani hemodialisis seumur hidupnya.

Jumlah pasien ESRD di Amerika pada akhir tahun 2007 mencapai 527.283 orang dan yang menjalani dialisis 368.544 orang (NKUDIC, 2010). Di Indonesia menurut Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI), pada tahun 2007 terdapat sekitar 70.000 orang penderita GJK dan hanya 13.000 orang yang menjalani hemodialisis.

Hemodialisis merupakan proses penyaringan sampah metabolisme dengan menggunakan membran semi-permeabel yang bertujuan untuk mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta mengeliminasi sisa produk metabolisme protein (Kallenbach, 2005). Hemodialisis tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan oleh ginjal, sehingga pasien akan tetap mengalami berbagai komplikasi baik dari penyakitnya maupun juga terapinya (Mollaoglu, 2006; & Parker, 2009).

Salah satu komplikasi yang sering dialami oleh pasien GJK yang menjalani hemodialisis adalah gangguan tidur. Gangguan tidur dialami oleh setidaknya 50–80% pasien yang menjalani hemodialisis (Kosmadakis & Medcalf, 2008; Merlino, *et al.*, 2006; Mucsi, *et al.*, 2004; Perl, *et al.*, 2006; & Sabry, *et al.*, 2010) dengan prevalensi tertinggi berupa insomnia, yaitu berkisar antara 45–69.1% (Al-Jahdali, *et al.*, 2010; Novak, 2006; Pai, *et al.*, 2007; & Sabbatini, *et al.*, 2002). Berbagai faktor yang diduga memiliki hubungan signifikan dengan terjadinya insomnia pada pasien hemodialisis, diantaranya adalah faktor demografi (Sabbatini, *et al.*, 2002; & Unruh, *et al.*, 2006), faktor biologis (Mucsi, *et al.*, 2004), faktor gaya hidup (Unruh, *et al.*, 2006), faktor psikologis (Unruh, *et al.*, 2006), dan faktor dialisis (Merlino, *et al.*, 2005; Unruh, *et al.*, 2006).

Pemahaman perawat terhadap insomnia yang dialami pasien dialisis merupakan bagian penting dalam pemberian asuhan keperawatan yang

efektif. Oleh karena itu penting bagi perawat memahami dan mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Kota Tasikmalaya dan Garut sehingga dapat menentukan intervensi yang cepat dan tepat dalam upaya mencegah dan mengatasi insomnia. Penelitian tentang kejadian insomnia dan faktor penyebabnya di Indonesia belum banyak dilakukan, khususnya di RSUD Kota Tasikmalaya dan Garut belum pernah dilakukan, sedangkan berdasarkan fenomena yang ada pasien yang menjalani hemodialisis di rumah sakit tersebut banyak yang mengalami insomnia. Berdasarkan fenomena tersebut maka perlu diteliti faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Kota Tasikmalaya dan Garut.

Metode

Penelitian potong lintang ini melibatkan 106 responden yang dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Penelitian dilakukan di Unit Hemodialisis RSUD Kota Tasikmalaya dan Garut setelah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik FIKUI.

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner dan lembar studi dokumentasi yang berhubungan dengan kejadian insomnia. Kuesioner yang dibuat diuji validitas dan reliabilitasnya pada 30 responden di luar sampel penelitian, dan hasil uji statistik menunjukkan kuesioner valid dan reliable.

Analisis bivariat dengan uji T dan uji *Chi Square* digunakan untuk mengetahui hubungan antara faktor demografi, gaya hidup, psikologis, biologis dan dialisis dengan kejadian insomnia. Analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda untuk mengetahui variabel yang dominan berhubungan dengan kejadian insomnia.

Hasil

Rerata usia responden adalah 48,85 (SD 13,22, rentangnya 15–80, dan CI 95% 46,30–51,40). Tabel 1 menunjukkan faktor demografik, gaya

Tabel 1. Faktor Demografi, Gaya Hidup, Faktor Psikologis, Faktor Biologis, Faktor Dialisis dan Kejadian Insomnia

Variabel	Jumlah (n= 106)	Prosentase
DEMOGRAFI		
1. Jenis Kelamin		
Laki-laki	71	67
Perempuan	35	33
2. Tingkat Pendidikan		
Tinggi	67	63,2
Rendah	39	36,8
3. Status Pekerjaan		
Bekerja	37	34,9
Tidak bekerja	69	65,1
4. Status Perkawinan		
Menikah	95	89,6
Belum/janda/duda	11	10,4
GAYA HIDUP		
1. Kebiasaan Merokok		
Ya	8	7,5
Tidak	98	92,5
2. Konsumsi Kopi		
Ya	5	4,7
Tidak	101	95,3
FAKTOR PSIKOLOGIS		
1. Cemas ringan	49	46,2
2. Cemas berat	57	53,8
FAKTOR BIOLOGIS		
Penyakit Penyebab GGK		
DM	16	15,1
Hipertensi	74	69,8
Glomerulonefritis	5	4,7
Penyakit lain	11	10,4
Adekuasi Nutrisi		
Adekuat	53	50
Tidak adekuat	53	50
Anemia		
Ya	88	83
Tidak	18	17
Kadar kalsium		
Normal	5	4,7
Rendah	101	95,3
FAKTOR DIALYSIS		
Shift HD		
Pagi	56	52,8
Siang	50	47,2
Lama waktu menjalani HD		
Baru	52	49,1
Lama	54	50,9
KT/V HD		
≥ 1,8	10	9,4
< 1,8	96	90,6
KEJADIAN INSOMNIA		
1. Insomnia	58	54,7
2. Tidak Insomnia	48	45,3

hidup, faktor psikologis, faktor biologis, faktor dialisis, dan kejadian insomnia. Responden mayoritas laki-laki (67%), berpendidikan tinggi (63,2%) tetapi tidak bekerja (65,1%), dan menikah (95%). Responden lebih banyak yang tidak mempunyai kebiasaan merokok (92,5%) dan minum kopi (95,3%). Responden yang mengalami cemas berat sebanyak 53.8%. Faktor penyebab GJK terbanyak adalah hipertensi (69,8%), status nutrisi berimbang antara yang adekuat dan tidak, tetapi mayoritas mengalami anemia (83%) dan berkadar kalsium rendah (95,3%). Mayoritas responden baru menjalani hemodialisis kurang dari 1,8 tahun.

Tabel 2 menunjukkan rerata usia responden yang mengalami insomnia adalah 47,66 tahun dengan standar deviasi 13,357 tahun, sedangkan untuk

responden yang tidak mengalami insomnia rerata umurnya adalah 50,29 tahun dengan standar deviasi 13,048 tahun. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,309$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata umur antara yang mengalami insomnia dengan yang tidak insomnia.

Tabel 3 menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian insomnia dengan jenis kelamin ($p=0,493$; $\alpha=0,05$), tingkat pendidikan ($p=0,374$; $\alpha=0,05$), pekerjaan ($p=0,760$; $\alpha=0,05$), status perkawinan ($p=0,751$; $\alpha=0,05$), kebiasaan merokok ($p=0,288$; $\alpha=0,05$) dan konsumsi kopi ($p=0,374$; $\alpha=0,05$). Kejadian insomnia berhubungan dengan kecemasan pasien ($p=0,038$; $\alpha=0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai *Odd Ratio* (OR) = 2,467, artinya responden yang mengalami kecemasan berat

Tabel. 2 Analisis Usia Responden menurut Kejadian Insomnia

Insomnia	Mean	SD	SE	P value	N
Tidak	50,29	13,048	1,883	0,309	48
Ya	47,66	13,357	1,754		58

Tabel 3. Kejadian Insomnia dan Faktor Demografi, Gaya Hidup dan Psikologis Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis

Variabel	Insomnia				Total		OR	P value
	Tidak		Ya		n (106)	%		
	n (48)	%	n (58)	%				
Jenis Kelamin							0,493	
Laki-laki	30	42,3	41	57,7	71	100	0,691	
Perempuan	18	51,4	17	48,6	35	100	(0,31-1,56)	
Pendidikan							0,734	
Tinggi	29	43,3	38	56,7	67	100	0,803	
Rendah	19	48,7	20	51,3	39	100	(0,36-1,77)	
Pekerjaan							0,760	
Bekerja	18	48,6	19	51,4	37	100	1,232	
Tidak	30	43,5	39	56,5	69	100	(0,55-2,75)	
Perkawinan							0,751	
Menikah	44	46,3	51	53,7	95	100	1,510	
Tidak	4	36,4	7	63,6	11	100	(0,41-5,50)	
Merokok							0,288	
Tidak	46	46,9	52	53,1	98	100	2,654	
Ya	2	25	6	75	8	100	(0,51-13,8)	
Kopi							0,374	
Tidak	47	46,5	54	53,5	101	100	3,481	
Ya	1	20	4	80	5	100	(0,38-32,2)	
Cemas							0,038	
Ringan	28	57,1	21	42,9	49	100	2,467	
Berat	20	35,1	37	64,9	57	100	1,13-5,41	

mempunyai peluang 2,467 kali untuk mengalami insomnia dibandingkan responden yang mengalami kecemasan ringan.

Tabel 4 menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian insomnia dengan penyakit penyebab GGK ($p= 0,565$; $\alpha= 0,05$), kondisi anemia ($p= 0,735$; $\alpha= 0,05$), status nutrisi ($p= 1,00$; $\alpha= 0,05$), kadar kalsium plasma ($p= 0,808$; $\alpha= 0,05$), *shift* hemodialisis ($p= 0,956$; $\alpha= 0,05$), lama menjalani hemodialisis ($p= 0,249$; $\alpha= 0,05$) dan adekuasi hemodialisis (Kt/V) ($p= 0,753$ dan $\alpha= 0,05$).

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kejadian in-

somnia adalah variabel kecemasan dan lama waktu menjalani hemodialisis. Variabel kecemasan merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan insomnia, dengan nilai *Odds ratio* (OR) = 3,301, artinya individu yang mengalami kecemasan berat berisiko 3,3 kali untuk mengalami insomnia dibandingkan dengan individu yang mengalami kecemasan ringan setelah dikontrol variabel lama waktu menjalani HD. Selain itu, hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) = 2,477 untuk variabel lama waktu menjalani HD, artinya individu yang menjalani HD dalam waktu lama berisiko 2,5 kali untuk mengalami insomnia dibandingkan dengan individu yang baru menjalani HD setelah dikontrol variabel kecemasan.

Tabel 4. Kejadian Insomnia dan Faktor Biologis dan Faktor Dialysis Pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis

Variabel	Insomnia				Total		OR	p
	Tidak		Ya					
	n (48)	%	n (58)	%	n (106)	%		
Penyebab GGK								
DM	8	50	8	50	16	100		
Hipertensi	34	45,9	40	54,1	74	100	1,176	0,565
GN	3	60	2	40	5	100	0,667	
Peny. Lain	3	27,3	8	72,7	11	100	2,667	
Anemia								
Tidak	7	38,9	11	61,1	18	100	0,729	0,735
Ya	41	46,6	47	53,4	88	100	(0,26-2,06)	
Nutrisi								
Adekuat	24	45,3	29	54,7	53	100	1,000	1,000
Tidak	24	45,3	29	54,7	53	100	(0,47-2,15)	
Kalsium								
Normal	2	40	3	60	5	100	0,797	0,808
Rendah	46	45,5	55	54,5	101	100	(0,13-4,98)	
Shift HD								
Pagi	26	46,4	30	53,6	56	100	1,103	0,956
Siang	22	44	28	56	50	100	(0,51-2,37)	
Lama HD								
Baru	27	51,9	25	48,1	52	100	1,697	0,249
Lama	21	38,9	33	61,1	54	100	0,79-3,67	
Kt/V								
$\geq 1,8$	5	50	5	50	10	100	1,233	0,753
$< 1,8$	43	44,8	53	55,2	96	100	(0,34-4,54)	

Tabel 5. Analisis Multivariat Variabel Kecemasan dan Lama Waktu Menjalani Hemodialisis

Variabel	B	Wald	p V	OR	95% CI
Kecemasan	1,19	7,283	0,007	3,30	1,39-7,86
Lama HD	0,91	4,210	0,040	2,48	1,04-5,89

Pembahasan

Beberapa penelitian melaporkan tingginya kejadian insomnia pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis. Sejalan dengan penelitian tersebut, hasil penelitian ini juga menemukan bahwa kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis cukup tinggi, yaitu sekitar 54,7% dari 106 responden. Jumlah ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sabbatini, *et al.* (2002), namun sedikit lebih rendah jika dibandingkan dengan hasil penelitian Al-Jahdali, *et al.* (2010). Tingginya angka kejadian insomnia pada penelitian ini berhubungan dengan tingginya jumlah responden yang mengalami kecemasan berat (53,8%), dimana kondisi tersebut dilaporkan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian insomnia (Paparrigopoulos, *et al.* 2009)

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa insomnia lebih banyak terjadi pada responden yang berjenis kelamin laki-laki dan berumur lebih muda. Rata-rata umur reponden yang mengalami insomnia dalam penelitian ini adalah 47,66 tahun, sedangkan yang tidak mengalami insomnia 50,29 tahun. Penemuan ini cukup mengejutkan, karena beberapa penelitian sebelumnya justru menyebutkan sebaliknya, dimana insomnia lebih sering terjadi pada orang lanjut usia dan wanita (Han, *et al.* 2002; Ohayon, *et al.* 2002). Menurut peneliti, hal tersebut disebabkan karena responden laki-laki dalam penelitian ini termasuk dalam usia produktif, dimana seharusnya dalam usianya tersebut mereka masih produktif dan bisa berperan sebagai kepala keluarga, sementara karena penyakitnya, mereka justru memiliki banyak ketidakmampuan, bahkan sebagian besar terpaksa harus kehilangan pekerjaannya (Kimmel, 2002).

Perubahan peran dan tanggung jawab yang dialami para kepala keluarga menyebabkan mereka merasa bersalah dan merasa terancam harga dirinya, sehingga pasien akan menjadi cemas dan depresi dengan keadaanya (Kimmel, 2002). Hal tersebut dibuktikan oleh banyaknya jumlah responden yang mengalami cemas berat (53,8%). Sejalan dengan pendapat diatas, Anees, *et al.* (2008) melaporkan bahwa faktor risiko utama

terjadinya depresi pada pasien HD adalah laki-laki, status marital, jumlah anak dan faktor sosioekonomik.

Selain tidak berhubungan dengan usia dan jenis kelamin, insomnia juga tidak berhubungan dengan faktor demografi lainnya, yaitu pendidikan (*p value* 0,734), pekerjaan (*p value* 0,760) dan status perkawinan (*p value* 0,751). Walaupun dalam analisis univariat kejadian insomnia lebih sering terjadi pada usia muda dan jenis kelamin laki-laki, namun hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan antara kejadian insomnia dengan usia dan jenis kelamin ($p=0,309$ dan $p=0,493$). Berbeda dengan penelitian Merlino, *et al.* (2006) yang melaporkan bahwa variabel umur merupakan prediktor independen dan signifikan terhadap gangguan tidur pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis, dengan *p value* 0,001. Perbedaan tersebut terjadi karena rata-rata umur responden dalam penelitian Merlino, *et al.* (2006) lebih tua daripada penelitian ini, yaitu 64,95 tahun.

Penelitian ini juga menemukan tidak ada hubungan antara insomnia dengan penyakit penyebab GGK (*p value* 0,565), anemia (*p value* 0,735), adekuasi nutrisi (*p value* 1,000) dan kadar kalsium (*p value* 0,808). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Al Jahdali, *et al* (2010) yang juga menemukan tidak ada hubungan antara penyakit penyebab GGK, anemia, adekuasi nutrisi dan kadar kalsium plasma dengan kejadian insomnia.

Penelitian ini menemukan bahwa faktor psikologis (tingkat kecemasan) memiliki hubungan dengan kejadian insomnia dan juga merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan kejadian insomnia (*p value* 0,007; OR 3,301). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sabry, *et al* (2010), yang melaporkan bahwa insomnia berhubungan dengan kecemasan.

Individu dengan hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan menimbulkan gangguan dalam kehidupannya. Mereka biasanya menghadapi masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual

yang menghilang serta impotensi, depresi akibat sakit yang kronis dan ketakutan terhadap kematian (Smeltzer & Bare, 2002).

Stress atau kecemasan yang dialami pasien dapat merangsang sistem saraf simpatis untuk mengeluarkan katekolamin, glucagon dan hormon kortisol-steroid yang mempengaruhi SSP dalam meningkatkan rasa gelisah, frustrasi, nafas cepat, hipertensi dan ketegangan otot. Demikian juga dapat menstimulasi fungsi *Reticular Activating System* (RAS) yang mengatur seluruh fase siklus tidur, meningkatkan *sleep latency* dan menurunkan efisiensi tidur yang meliputi peningkatan frekuensi bangun di malam hari (Robbins, et al., 2004).

Hubungan kecemasan dengan insomnia memiliki hubungan yang timbal balik, dimana individu yang mengalami insomnia umumnya akan mengalami peningkatan kecemasan, demikian juga sebaliknya, individu yang mengalami kecemasan bisa mengalami kesulitan tidur/insomnia.

Kecemasan merupakan bagian integral dari insomnia, dimana kekhawatiran akan tidur merupakan salah satu faktor pencetus dari kronik insomnia. Banyak individu dengan insomnia mengalami kecemasan pada saat menjelang tidur karena takut tidak bisa tidur dan konsekuensi yang akan mereka alami pada siang harinya. Peningkatan kecemasan ini bisa meningkatkan "arousal" pada saat "arousal state" seharusnya menurun, sehingga akhirnya menurunkan kesempatan untuk tidur, dan terjadilah siklus insomnia – kecemasan (Nutt & Wilson, 2008). Pendapat diatas didukung oleh penelitian Breslau, et al. (1996) yang menemukan adanya peningkatan kecemasan 2 kali lipat pada individu yang mengalami insomnia dibandingkan individu yang tidurnya baik.

Berdasarkan hal tersebut, penting bagi perawat unit HD dan tim medis untuk melakukan skrining kecemasan dan insomnia, karena kedua hal tersebut bisa saling mempengaruhi dan secara umum dapat menurunkan kualitas hidup pasien HD. Perawat dapat mengidentifikasi kecemasan dan insomnia dengan melakukan pengkajian yang komprehensif, tidak hanya faktor biologis tapi juga meliputi

psikologis, sosial dan spiritual pasien. Setelah diagnosis kecemasan ditegakkan, maka seorang perawat spesialis dapat menerapkan berbagai manajemen untuk mengatasi kecemasan, misalnya dengan terapi relaksasi (*progressive muscle relaxations*, terapi musik, yoga, dan sebagainya) serta pengembangan koping konstruktif untuk mencegah gangguan psikologis yang lebih berat sehingga pasien terhindar dari keluhan insomnia.

Penelitian ini juga menemukan hubungan antara insomnia dengan lama waktu menjalani hemodialisis ($p = 0,040$; OR = 2,477; 95% CI 1,041 – 5,893). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sabbatini et al. (2002) yang melaporkan bahwa secara signifikan terdapat risiko tinggi terjadinya insomnia pada pasien yang sudah menjalani hemodialisis dalam waktu lama ($p < 0,005$). Sabbatini, et al. (2002) mengungkapkan tingginya kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis dalam waktu lama berhubungan dengan makin progresifnya gejala dan penyakit yang mendasari terapi dialisis, atau oleh karena munculnya komplikasi, seperti masalah kardiovaskuler dan neurologis yang sering muncul pada pasien dialysis jangka panjang. Demikian juga Coccossis, et al. (2008) menyatakan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis dalam jangka panjang sering mengalami peningkatan defisit fisik dan sosial, serta mengalami penurunan kualitas hidup sejalan dengan penurunan kesehatan mental.

Diketahuinya hubungan antara lama HD dengan kejadian insomnia, maka hal tersebut seharusnya menjadi perhatian bagi perawat dan tim medis untuk memberikan kualitas HD yang optimal sesuai standar yang telah ditetapkan. Adekuasi HD merupakan faktor utama yang harus diperhatikan, karena dengan HD yang adekuat maka pasien akan terhindar dari kondisi toksisitas uremik, sehingga walaupun pasien sudah melakukan HD dalam waktu lama, namun bisa tetap terhindar dari morbiditas dan mortalitas yang bisa terjadi akibat pelaksanaan HD yang tidak adekuat.

Penelitian ini tidak menemukan hubungan adekuasi hemodialisis (Kt/V) dengan insomnia, namun hasil tersebut belum tentu tidak ber-

hubungan secara klinis. Kenyataannya, jika bersihan ureum setelah HD tidak optimal maka pasien akan mengalami berbagai gangguan fisik, seperti gatal-gatal, mual, pusing, nyeri dan keluhan lainnya yang bisa menyebabkan aktivasi RAS sehingga pasien menjadi tidak bisa tidur. Penelitian ini tidak mengidentifikasi keluhan fisik yang biasa dialami pasien uremik, sehingga di masa yang akan datang perlu diidentifikasi dan dicari hubungannya dengan kejadian insomnia.

Selain faktor psikologis dan lama waktu menjalani hemodialisis yang memiliki hubungan dengan kejadian insomnia pada pasien hemodialisis, penelitian ini tidak menemukan hubungan antara kejadian insomnia dengan faktor gaya hidup, faktor biologis, shift HD dan Kt/V hemodialisis.

Kesimpulan

Insomnia dialami oleh 54,7% dari 106 responden yang menjalani hemodialisis yang tidak berhubungan dengan faktor demografi, gaya hidup, faktor biologis, shift HD dan Kt/V hemodialisis. Pasien yang menjalani HD dalam waktu lama memiliki risiko 2,477 kali untuk mengalami insomnia dibandingkan pasien yang baru menjalani HD, sedangkan kecemasan merupakan faktor yang dominan berhubungan dengan kejadian insomnia. Pasien yang mengalami kecemasan berat memiliki risiko 3,3 kali untuk mengalami insomnia dibandingkan pasien yang mengalami kecemasan ringan.

Kemampuan perawat, perlu ditingkatkan terutama perawat spesialis medikal bedah dalam mengidentifikasi berbagai masalah yang dialami pasien, tidak hanya faktor fisik tapi juga faktor psikologis dan masalah lainnya secara komprehensif. Perawat diharapkan dapat melakukan skrining kecemasan dan insomnia pada pasien yang menjalani HD dengan menanyakan secara langsung gejala insomnia kepada pasien atau dengan mempelajari *sleep diary's* pasien.

Perawat perlu mengembangkan intervensi untuk mencegah ataupun menangani insomnia yang sering dialami pasien GGK yang menjalani

hemodialisis, misalnya dengan melakukan teknik relaksasi, terapi perilaku kognitif, dan pendidikan kesehatan tentang *sleep hygiene*. Perawat dan tim medis di unit HD juga dapat memberikan hemodialisis yang adekuat, sehingga walaupun pasien sudah menjalani HD dalam waktu lama, pasien dapat terhindar dari komplikasi penyakit dan komplikasi terapi hemodialisis yang bisa menyebabkan insomnia (US, RS).

Referensi

- Anees, M., Barki, H., Masood, M., Ibrahim, M., & Mumtaz, A. (2008). Depression in hemodialysis patients. *Pak J Med Sci*, 24(4), 560-565.
- Al-Jahdali, H., Khogeer, H.A., Al-Qadhi, W.A., Baharoon, S., Tamim, H., Al-Hejaili, F.F., M Al-Ghamdi, S.M., & Al-Sayyari, A.A. (2010) Insomnia in Chronic Renal Patients on Dialysis in Saudi Arabia. *Journal of Circadian Rhythms*, 8 (7). doi:10.1186/1740-3391-8-7.
- Black, J.M & Hawks, J.H. (2005) *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes* (7th Ed.). St Louis: Elsevier Saunders.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*; 39: 411-18.
- Coccosis, M.G., Theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V., Soldatos, C. (2008). Quality of life, mental health and healthbeliefs in hemodialysis patients and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of currens treatments. *BMC Nephrol*; 9:14.
- Han, S. Y., Yoon, J. W., Jo, S. K., Shin, J. H., Shin, C., Lee, J. B., et al. (2002). Insomnia in diabetic hemodialysis patients. Prevalence and risk factors by a multicenter study. *Nephron*, 92(1), 127-132.
- Kallenbach, J.Z., Gutch, C.F., Stoner, M.H., & Corea, A.L. (2005) *Review of hemodialysis for nurse and dialysis peersonel*. St. Louis: Mosby

- Kimmel, P.L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res*, 53: 951-956
- Kosmadakis, G.C., & Medcalf, J.F. (2008) Sleep disorders in dialysis patients. *Int J Artif Organs*; 31(11), 919-27.
- Merlino, P.G., Dolso, P., Adorati, M., Cancelli, I., Valente, M., Gigli, G.L. (2006) Sleep disorders in patients with end stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant*; 21(1), 184-190.
- Mucsi, I., Molnar, M.Z., Rethelyi, J., Vamos, E., Csepanyi, G., Tompa, et al. (2004). Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrol Dial Transplant*; 19(7), 1815-1822.
- Mucsi, I., Molnar, M.Z., Ambrus, C., Szeifert L, Kovacs, A.Z., Zoller, R., et al. (2005). Restless leg syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transp*; 20(3):571-577.
- Mollaoglu, M. (2009). Perceived social support, anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis. *Dyalisis & Transplantation*. 35(3), 144-155. doi: 10.1002/dat.20002
- NKUDIC. (2010). *Kidney and urologic diseases statistics for the united states*.
- National Kidney Foundation (2000). *K/DOQI clinical Practice Guideline for chronic Kidney disease: evaluations, classification, and stratification*.
- Novak, M., Shapiro, C.M., Mendelssohn, D., & Mucsi, I. (2006) Diagnosis and Management of Insomnia in Dialysis Patients. *Seminar in Dialysis*,19(1): 25-31.
- Nutt, D., & Wilson, S. (2008). Anxiety and Insomnia – Bidirectional Association. *European Psychiatric Review*. Diperoleh dari: http://www.touchophthalmology.com/sites/www.touchoncology.com/files/migrated/articles_pdfs/wilson.pdf.
- Ohayon, M.M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*, 6(2); 97-111.
- Pai, M.F., Hsu, S.P., Yang, S.Y., Ho, T.I., Lai, C.F., & Peng, Y.S. (2007). Sleep disturbance in chronic haemodialysis patients: The impact of depression and anemia. *Renal Failure*; 29(6); 673-677.
- Paparrigopoulos, T., Tzavara, C., Theleritis C., Psarros, C., Soldatos, C., & Tountas, Y. (2010). Insomnia and it's correlates in a representative sample of The Greek population. *BMC Public Health*, 3(10): 531. doi:10.1186/1471-2458-10-531.
- Parker, D. (2009). Facing dialysis, depression and anxiety. *Health Voices*, 5. ISSN: 1835-5862.
- Pernefri. (2003). *Konsensus Dialisis Perhimpunan Nefrologi Indonesia*. Jakarta
- Perl, J., Unruh, M.L., & Chan, C.T. (2006). Sleep disorders in ESRD: Markers of inadequate dialysis? *Kidney Int*. 70(10):1687-93.
- Sabbatini, M., Minale, B., Crispo, A., Ragosta, A., Esposito R, Cesaro A, Cianciaruso B, Andreucci VE. (2002) Insomnia in Maintenance Hemodialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* 17: 852-856.
- Sabry, A.A., Zenah, H.A., Wafa, E., Mahmoud, K., El-Dahshan, K., Hassan A., et al. (2010). Sleep disorders in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 21(2):300-305.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008) *Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing* (11th Ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Suyono, S., & Wapadji. (2001). *Buku ajar penyakit dalam* Jilid II Edisi ketiga. Jakarta: FKUI.
- Unruh, M.L., Buysse, D.J., Dew, M.A., Evans, I.V., Wu, A.W., Fink, N.E., et al. (2006). Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, 1 (4), 802-810.

LOGOTERAPI MENINGKATKAN HARGA DIRI NARAPIDANA PEREMPUAN PENGGUNA NARKOTIKA

Sri Maryatun^{1*}, Achir Yani S. Hamid², Mustikasari²

1. PSIK Kekhususan Keperawatan Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya, Palembang 30128, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: tunce79@yahoo.com

Abstrak

Penyalahgunaan narkotika setiap tahunnya mengalami peningkatan termasuk pada kelompok perempuan. Seseorang dapat terjerumus pada penyalahgunaan narkotika ini karena sebelumnya mengalami masalah psikologis. Ketika mereka menjalani hukuman masalah psikologis tersebut dapat memburuk termasuk harga diri rendah. Logoterapi bertujuan meningkatkan harga diri melalui proses penemuan makna hidup. Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi pengaruh logoterapi terhadap harga diri narapidana perempuan pengguna narkotika di Lembaga Pemasyarakatan kelas IIA. Penelitian quasi experimental *pre-post test with control group* ini dilakukan pada 56 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) yang signifikan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan logoterapi. Logoterapi oleh perawat profesional perlu dipertimbangkan sebagai tindakan untuk mengatasi masalah psikologis seperti harga diri rendah, termasuk di lingkungan lembaga pemasyarakatan.

Kata kunci: harga diri rendah, logoterapi, narapidana perempuan, penyalahgunaan napza

Abstract

Logotherapy Improving Self Esteem of Femaleprisoner's Narcotics Users. Every year drug abused has increased, including women's groups. An inividu can be involved with drug abuse is because previous experience of psychological problems. When they are in jail the psychological problems may worsen, including low self-esteem. Logotherapy aims to increase self-esteem through the discovery of the meaning of life process. The purpose of this study was to identify the effect of logotherapy to self-esteem of women inmates at the Correctional Institution drug users IIA class. This quasi-experimental pre-post test with control group study was conducted on 56 respondents. The results showed that there were differences in self-esteem (cognitive, behavioral, and affective) significantly in the intervention group before and after logotherapy intervention. Logotherapy by professional nurses need to be considered as measures to overcome psychological problems such as low self-esteem, including within prisons.

Keywords: female prisoner, logotherapy, low self esteem, substance abused

Pendahuluan

Krisis multidimensi yang berkepanjangan terjadi di Indonesia beberapa tahun terakhir. Angka pengangguran yang meningkat 10% atau sekitar 23 juta orang pada tahun 2010 (Pujiyanto, 2010) dan angka kemiskinan yang masih tinggi yaitu 23% dari total penduduk menyebabkan rapuhnya ketahanan ekonomi nasional dan lemahnya ketahanan mental dan moral. Ketidakkampuan masyarakat dalam mengatasi *stressor* dan masalah hidup ini dapat menimbulkan masalah

yang serius yaitu meningkatnya tindakan kriminalitas atau kejahatan (Mujiran, 2006). Berdasarkan catatan Mabes Polri tahun 2009, jenis kasus kriminalitas yang paling banyak diseluruh Indonesia adalah kasus narkoba. Data statistik Departemen Kehakiman dan HAM menunjukkan bahwa jumlah tahanan dan narapidana narkotika di Indonesia meningkat, tahun 2008 berjumlah 6.363 orang, di tahun 2009 menjadi 15.522 orang. Persentase angka kejahatan yang dilakukan perempuan juga meningkat 5% tiap tahunnya.

Menurut Koesno (2007) meningkatnya angka kriminalitas oleh perempuan disebabkan beberapa faktor antara lain kemiskinan, kondisi ekonomi seperti merasa penghasilannya kurang, sulitnya memperoleh pekerjaan, pengangguran, adanya kebutuhan sesaat, kondisi lingkungan seperti longgarnya kontrol sosial dan kondisi kepribadian yang labil. Kriminalitas yang terjadi menimbulkan kerugian materi dan non-materi. Kerugian materi berupa pembayaran denda hukuman atau uang ganti rugi akibat tindakan kejahatan yang dilakukan. Kerugian non-materi berupa perasaan tidak nyaman, tertekan dan kehilangan. Perubahan status menjadi narapidana dan menjalani hukuman dalam rentang waktu yang cukup lama di Lembaga Perasyarakatan (Lapas) merupakan stressor bagi mereka. Stressor tersebut antara lain kehilangan keluarga, kehilangan kontrol diri, kehilangan model dan kurangnya dukungan. Kondisi ini dapat menimbulkan masalah psikologis (Lynch *et al.*, 2014). Stress yang dialami narapidana semakin bertambah dengan adanya stigma di masyarakat yang memberikan label negatif kepada mereka sebagai penjahat dan pembuat kerusakan.

James dan Glaze (2006) menyampaikan bahwa narapidana perempuan di AS mengalami masalah kesehatan jiwa lebih tinggi (75%) dibandingkan narapidana laki-laki (55%). Sebanyak 30% narapidana perempuan mengalami depresi. Nova (2008) mendapatkan 80% narapidana perempuan di Lapas Palembang mengalami depresi sedang. Kejadian depresi sebelumnya merupakan risiko depresi selanjutnya pada perempuan. Salah satu gejala yang muncul dari depresi adalah harga diri rendah. Narapidana yang memiliki harga diri rendah cenderung merasa tidak berguna, putus asa, tidak berdaya dan tidak mempunyai motivasi untuk bekerja dan beraktivitas (Videbeck, 2008). Inayatika (2012) juga menemukan kepercayaan diri pada narapidana perempuan di Palembang tergolong rendah dengan komponen percaya diri rendah, harga diri rendah dan gambaran diri rendah.

Untuk mengatasi masalah tersebut, melalui sistem pembinaan ketrampilan dan pembinaan mental berbagai upaya telah dilakukan di Lapas.

Akan tetapi, hasilnya belum memuaskan dan belum mampu mengatasi permasalahan psikologis narapidana. Salah satu bentuk upaya yang dapat dilakukan adalah dengan melibatkan perawat. Pelayanan keperawatan di Lapas atau *Correctional Health Nursing* (CHN), salah satunya adalah pemberian terapi yang berguna untuk membantu narapidana perempuan meningkatkan harga diri selama di Lapas dan setelah bebas (Ferszt, Hickey, & Seleyman, 2013).

Di Indonesia, CHN dikenal dengan sebutan perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) yang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat terutama kegiatan preventif dan promotif secara komprehensif. Logoterapi merupakan salah satu psikoterapi untuk meningkatkan harga diri melalui penemuan dan pencapaian makna. Logoterapi adalah suatu jenis psikoterapi yang pertamakali dikembangkan oleh Viktor Frankl tahun 1938 dengan mengutamakan makna hidup sebagai tema sentral. Frankl mengemukakan bahwa jika seseorang berhasil menemukan dan memenuhi makna hidupnya, maka kehidupan akan menjadi lebih berarti, berharga dan bahagia (Bastaman, 1996; Sutejo *et al.*, 2011). Logoterapi juga dapat memulihkan para pengguna napza dari ketergantungan (Asagba, 2009).

Penerapan logoterapi pada narapidana perempuan pengguna narkotika dengan harga diri rendah perlu diuji untuk melihat pengaruhnya terhadap peningkatan harga diri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh logoterapi terhadap harga diri narapidana perempuan pengguna narkotika di Lembaga Perasyarakatan.

Metode

Penelitian kuasi eksperimen *pre-post test with control group* dilakukan di sebuah Lapas di Palembang setelah mendapat persetujuan dari komite etik penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan ijin administrasi dari Kepala Lapas. Sebanyak 56 narapidana perempuan yang diseleksi dengan tehnik pengambilan sampel secara acak dilibatkan. Mereka dibagi dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang masing-masing berjumlah 28 orang.

Pengukuran harga diri dilakukan sebelum dan sesudah intervensi pada tiap kelompok. Kelompok intervensi diberikan terapi generalis berupa terapi aktivitas kelompok (TAK) dan logoterapi empat sesi yaitu sesi pertama pengkajian terhadap masalah yang dialami responden selama dipenjarakan. Sesi kedua, identifikasi alasan dan harapan mengikuti terapi yang diungkapkan. Sesi ketiga, pengambilan keputusan untuk memilih tiga makna yang paling penting dalam hidup responden serta mempraktekkan makna hidup tersebut dalam kegiatan sehari-hari. Sesi terakhir, evaluasi sesi sebelumnya disertai dengan respon umpan balik positif responden terhadap kegiatan logoterapi yang telah dilakukan. Kelompok kontrol hanya diberikan terapi generalis yaitu TAK. Setelah proses pengambilan data selesai, mereka juga diberikan logoterapi. Uji statistik yang digunakan adalah analisis *independent t-Test* dan *dependen/Pair t-Test*, *Chi-square*, korelasi *Pearson* dan *Anova* dengan bantuan program komputer.

Hasil

Hasil penelitian menunjukkan rerata usia responden pada kelompok intervensi 35,57 tahun dan kelompok kontrol 33,54 tahun. Rerata lama masa hukuman sebagian besar responden pada kedua kelompok adalah 5,5 tahun. Mayoritas responden pada kelompok intervensi berpendidikan SMP, sedangkan pada kelompok kontrol adalah SD. Sebagian besar responden pada kedua kelompok tidak bekerja sebelumnya atau sebagai ibu rumah tangga. Pada kedua kelompok mayoritas telah menikah.

Hasil uji kesetaraan karakteristik usia, lama masa hukuman, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan bahwa kesetaraan dengan nilai $p > 0,05$. Hasil analisis kesetaraan harga diri (komponen kognitif, perilaku, afektif) pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan *independen t-Test* adalah setara dengan nilai $p > 0,05$ (Tabel 1).

Hasil uji kemaknaan didapatkan bahwa tidak ada perbedaan respon kognitif pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum mendapatkan

logoterapi dengan nilai ($p = 0,154$, $\alpha = 0,05$) (Tabel 1). Hasil analisis juga menunjukkan bahwa perubahan respon perilaku tidak bermakna secara statistik ($p = 0,353$; $\alpha = 0,05$). Hasil serupa ditunjukkan dari nilai 0,164 pada respon afektif berarti tidak ada perbedaan yang bermakna respon afektif pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan logoterapi. Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna harga diri pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan logoterapi ($p = 0,287$; $\alpha = 0,05$).

Hasil analisis perbedaan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) responden sebelum dilakukan logoterapi pada kedua kelompok memperlihatkan rerata kognitif, perilaku dan afektif tidak jauh berbeda. Rerata skor kognitif pada kelompok intervensi 38,39, rerata skor respon perilaku 28,29 dan skor afektif 23,64. Angka tersebut lebih tinggi dibanding rerata skor pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa nilai tersebut tidak lebih baik dengan kelompok kontrol

Tabel 1. Uji Kesetaraan Harga Diri (Kognitif, Perilaku, Afektif)

Komponen	Kelompok	Rerata	t	p
Kognitif	Intervensi	36,39	-3,01	0,154
	Kontrol	34,18		
Perilaku	Intervensi	24,69	-2,38	0,353
	Kontrol	23,63		
Afektif	Intervensi	23,64	-2,01	0,164
	Kontrol	21,32		
Harga Diri	Intervensi	85,75	-3,13	0,287
	Kontrol	79,18		

Tabel 2. Harga Diri (Kognitif, Perilaku dan Afektif) Sebelum Mengikuti Logoterapi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Komponen	Kelompok	Rerata	SD	95%CI
Kognitif	Intervensi	36,39	3,023	37,22-39,56
	Kontrol	34,18	5,019	32,23-36,12
Perilaku	Intervensi	24,69	3,287	27,01-29,56
	Kontrol	23,63	4,481	21,94-25,42
Afektif	Intervensi	23,64	3,234	22,39-24,90
	Kontrol	21,32	5,193	19,31-23,24
Harga Diri	Intervensi	85,75	7,369	83,46-93,18
	Kontrol	79,18	12,23	74,43-83,94

dan itu berarti bahwa nilai perubahan harga diri pada kedua kelompok tidak jauh berbeda yaitu harga diri rendah sebelum diberikan logoterapi.

Hasil analisis perubahan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) sebelum dan sesudah diberikan logoterapi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditunjukkan pada Tabel 3.

Hasil analisis menunjukkan nilai rerata respon kognitif pada kelompok intervensi menurun 17,03 dari sebelumnya sedangkan pada kelompok kontrol penurunan itu hanya 1,50. Hal itu menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan kognitif kearah lebih baik yaitu 17 kali lebih besar daripada kelompok kontrol. Perubahan respon kognitif pada kelompok intervensi bermakna secara statistik sebesar ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan bermakna respon kognitif pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah pemberian logoterapi. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa nilai rerata respon perilaku pada kelompok intervensi mengalami penurunan sebesar 17,97 dari sebelumnya sedangkan pada kelompok kontrol penurunan hanya 0,50. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan perilaku yang lebih baik (17 kali), dibanding kelompok kontrol.

Perubahan respon perilaku pada kelompok intervensi juga bermakna secara statistik sebesar 0,000 ($p < \alpha$) dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna respon dan sesudah pemberian logoterapi. Sedangkan pada respon

Tabel 3. Analisis Skor Perbedaan Harga Diri (Kognitif, Perilaku, Afektif) Responden Sebelum–Sesudah Logoterapi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	Mean	p	Mean	p
Kognitif				
a. Sebelum	38,39	0,000	34,18	0,116
b. Sesudah	21,36		32,68	
Perilaku				
a. Sebelum	28,29	0,000	23,68	0,500
b. Sesudah	16,32		23,18	
Afektif				
a. Sebelum	23,64	0,000	21,32	0,687
b. Sesudah	12,93		20,96	

afektif terdapat perbedaan penurunan 10 kali pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Hal itu dapat diartikan bahwa pada pemberian terapi generalis dan logoterapi menyebabkan penurunan nilai rerata afektif 10 kali lebih besar daripada hanya mendapatkan terapi generalis saja. Penurunan tersebut menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi perubahan respon afektif lebih baik dibandingkan kelompok kontrol.

Perubahan respon afektif pada kelompok intervensi juga bermakna secara statistik dengan nilai $p < 0,000$ ($p < \alpha$).Peneliti menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna respon afektif pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan logoterapi. Berdasarkan hasil analisis pada tabel 3, didapatkan bahwa nilai p respon kognitif (0,116), perilaku (0,500) dan afektif (0,687) pada kelompok kontrol lebih besar dari nilai alpha ($\alpha=0,05$). Hal itu menunjukkan bahwa secara statistik, tidak ada perbedaan respon kognitif, perilaku dan afektif yang bermakna pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis. Sedangkan pada kelompok intervensi, terdapat perbedaan yang bermakna pada respon kognitif, perilaku dan afektif sebelum dan sesudah diberikan logoterapi. Hal tersebut berarti bahwa pemberian logoterapi pada kelompok intervensi mampu mengubah harga diri (kognitif, perilaku, afektif) responden ke arah peningkatan yang lebih baik daripada sebelumnya.

Hasil analisis perubahan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan logoterapi ditunjukkan pada Tabel 4. Tabel 4, menunjukkan

Tabel 4. Harga diri (Kognitif, Perilaku, & Afektif) Responden Sesudah Mengikuti Logoterapi

Variabel	Kelompok	Rerata	SD	t	p
Kognitif	Intervensi	21,96	3,74	9,03	0,000
	Kontrol	32,68	5,47		
Perilaku	Intervensi	16,32	3,54	6,36	0,000
	Kontrol	23,18	4,46		
Afektif	Intervensi	12,93	2,84	7,19	0,000
	Kontrol	20,96	5,18		
Harga Diri	Intervensi	51,21	8,02	7,73	0,000
	Kontrol	76,82	12,5		

adanya perbedaan yang bermakna/signifikan perubahan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan logoterapi dengan nilai ($p= 0,000$; $\alpha= 0,05$).

Pembahasan

Terdapat perubahan bermakna sebelum dan sesudah diberikan logoterapi pada kelompok intervensi dalam komponen kognitif, perilaku, afektif dan harga dirinya ($p= 0,000$; $\alpha = 0,05$). Hasil ini sesuai dengan Hergenhahn, 1997 yang menyebutkan teori bahwa logoterapi adalah salah satu terapi yang membangkitkan kognitif individu untuk dapat memahami potensi diri dan meningkatkan membuka situasi hidup, sehingga hidup menjadi bermakna. Melalui logoterapi, responden dilatih untuk mampu berpikir mengenali dan memahami potensi dan nilai-nilai positif diri sebagai sumber makna dalam menghadapi nilai-nilai negatif dan permasalahan/situasi hidup.

Hasil evaluasi sesi pertama dan kedua logoterapi menunjukkan 100% responden dalam kelompok intervensi mampu mengungkapkan masalah, harapan dan menemukan makna hidup dalam dirinya dengan bimbingan atau panduan dari terapis. Beberapa responden mengungkapkan makna hidup yang hampir sama antara lain penyesalan, belajar, pengalaman berharga, sabar dan menolong. Frankl (Shofia, 2009) menyatakan bahwa kesabaran dan menolong termasuk dalam nilai makna sikap. Penyesalan, pengalaman termasuk nilai penghayatan. Belajar adalah nilai makna kreatif.

Keberhasilan logoterapi telah diungkapkan oleh beberapa studi sebelumnya. Caulkins, *et al.*, (1997) yang meneliti narapidana pemakai narkoba di San Quentin & Folsom State menemukan 8 dari 10 narapidana dalam satu kelompok mendapatkan remisi, bebas bersyarat setelah diberikan logoterapi selama dua tahun. Penelitian Mauer & Huling (1995) di pusat rehabilitasi Norco, mengungkapkan bahwa logoterapi yang diberikan selama 1 tahun dapat meningkatkan kebermaknaan hidup pasien pemakai narkoba dan menurunkan angka ketergantungan narkoba dari 45% menjadi 11%.

Hasil penelitian tersebut selaras dengan hasil penelitian ini. Peneliti pada sesi ketiga logoterapi responden pada kelompok intervensi mampu melakukan atau mendemonstrasikan berbagai kegiatan harian yang dapat memunculkan makna/hikmah didalamnya. Contohnya adalah kegiatan menyiram dan memelihara tanaman dengan memaknainya sebagai kegiatan yang memberikan kehidupan buat makhluk Tuhan.

Responden memaknai kegiatan menyulam dan membuat kerajinan tangan sebagai kegiatan yang dapat menghapuskan dosa akibat perbuatan sebelumnya yaitu menjual narkoba. Setiap kegiatan selama berada di Lapas dimaknai berbeda-beda, tergantung dari penilaian diri setiap orang. Hal ini sesuai Gutsman (1996) dan Fromm (1997) yang menyatakan bahwa ada tiga cara menemukan makna hidup yaitu melalui aktivitas yang kreatif atau karya cipta yang inovatif, nilai-nilai interaksi dengan orang lain, dan melalui penderitaan. Pemaknaan ini bermanfaat untuk meningkatkan motivasi hidup, mempertahankan perilaku adaptif, mengurangi rasa bosan/dan jenuh, dan menimbulkan rasa bahagia.

Pada respon afektif, responden dalam kelompok intervensi mampu mengungkapkan perasaannya terkait dengan pengalaman yang dijalaninya selama berada di Lapas, seperti perasaan sedih, menyesal, cemas, sayang, senang, dan rindu. Kegiatan logoterapi memberikan kebebasan untuk mengungkapkan masalah, yang bertujuan untuk memperoleh gambaran nilai individu terutama nilai penghayatan yang hilang dari dalam dirinya.

Menurut Frankl (Shofia, 2009) nilai penghayatan merupakan salah satu sumber untuk menemukan makna. Mendalami nilai-nilai penghayatan berarti mencoba memahami meyakini, dan menghayati berbagai nilai yang ada dalam kehidupan seperti keindahan, kebajikan, kebenaran, keimanan dan cinta kasih (Bastaman, 2007). Menghayati cinta kasih, misalnya dapat menimbulkan perasaan bahagia, kepuasan, ketentraman perasaan diri berharga dan bermakna. Penghayatan erat kaitannya dengan perasaan (Wong, 2000). Berdasarkan penjelasan diatas,

penulis menetapkan asumsi bahwa keberhasilan peningkatan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) pada kelompok intervensi disebabkan pelaksanaan logoterapi sesuai dalam empat sesi. Selain itu, sikap, motivasi dan dukungan anggota kelompok juga berperan dalam keberhasilan logoterapi tersebut.

Hasil penelitian ini menemukan perbedaan antara hasil pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa terapi aktivitas kelompok bersifat generalis atau umum yang memunculkan pada keaktifan atau keikutsertaan responden mengikuti kegiatan di suatu tempat (Keliat, 2002). Salah satunya adalah terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi. Tujuan dari TAK stimulasi persepsi adalah membantu responden untuk meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepadanya (Darsana, 2007). Adapun stimulus yang dimaksud dapat berupa pemikiran dan penilaian negatif tentang dirinya.

Pada kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), responden hanya dilatih untuk mampu berpikir menemukan kelebihan dan kekurangan dirinya. Responden tidak dilatih untuk mengubah pemikiran/kognitif negatif atau menemukan makna dibalik penilaian atas kekurangan dirinya sehingga tidak ada penyelesaian masalah secara langsung bagi responden. Selain itu, responden lebih memperhatikan pada penilaian kemampuan diri masing-masing sehingga komunikasi/interaksi diantara anggota kelompok untuk memberikan *reinforcement*/ pujian positif juga berkurang.

Pada kegiatan TAK, responden dilatih untuk melakukan kemampuan positifnya dalam aktivitas/kegiatan atau perilaku sehari-hari. Selain itu responden mendapat kesempatan untuk mengungkapkan perasaan/afektif terkait dengan yang dialaminya. Namun, menurut asumsi peneliti, kondisi tersebut tidak memberikan perubahan harga diri (kognitif, perilaku, afektif) responden pada kelompok kontrol dikarenakan kemampuan positif yang diaktualisasikan dalam perilaku tidak bertahan lama, serta perasaan/afektif yang

diungkapkan responden tidak mendapatkan respon untuk diselesaikan.

Hasil penelitian menemukan perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan logoterapi. Sebanyak 90% responden pada kelompok intervensi mengemukakan masalah ketergantungan narkoba. Kehidupan mereka telah dikendalikan oleh narkoba yang dilatarbelakangi kemiskinan, konflik keluarga dan kepercayaan diri yang rendah sehingga membuat mereka merasa hampa, kosong, bosan, tidak berdaya, dan tidak bermakna. Keadaan yang dialami responden ini disebut *eksistensial vakum*. Penelitian Noblejas de la Flor (1997) di pusat rehabilitasi Naval di Afrika Selatan menemukan 80 dari 115 pemakai narkoba mengalami kehampaan hidup, kebosanan dan ketidakjelasan tujuan hidup. Respon psikologis/emosional yang dialami pemakai narkoba tersebut merupakan hasil proses kognitif berupa penilaian dan penerimaan makna dalam situasi tertentu yang sedang kita alami pada saat ini. Kegiatan logoterapi bertujuan membantu seseorang menemukan makna hidup sehingga tujuan hidup dan kebahagiaan dapat dicapai (Kausch & Amer, 2007). Ada tiga cara dalam logoterapi yang dapat ditempuh manusia untuk menemukan makna hidup; pertama melalui pekerjaan atau perbuatan; kedua dengan mengalami sesuatu atau melalui seseorang; dan yang ketiga melalui cara individu menyikapi penderitaan yang tidak bisa dihindari (Frankl, 2000). Proses ini merupakan proses kognitif untuk menemukan dan menerima makna. Pada penelitian ini, responden pada kelompok intervensi menunjukkan perubahan kognitif yang lebih baik dibandingkan kelompok kontrol.

Respon kognitif responden pada kelompok kontrol tidak banyak mengalami perubahan. Terapi yang diberikan pada kelompok kontrol adalah TAK stimulasi persepsi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus terkait dengan penilaian dan pengalaman diri masing-masing anggota kelompok dengan masalah keperawatan yang sama (Gillien, 2001). Responden dilatih mengenal/mengidentifikasi kemampuan positif diri. Namun, dalam pelaksanaannya, responden mengalami kesulitan

melakukannya. Hal ini dapat terjadi karena mereka menganggap bahwa kemampuannya merupakan sesuatu yang wajar atau biasa saja, sama dengan kemampuan orang lain.

Hasil perubahan perilaku pada kelompok intervensi lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pada kegiatan logoterapi, responden mendapatkan penguatan positif dari dalam dan dari luar yaitu dukungan dan penerimaan dari anggota kelompok lainnya. Penguatan positif dari dalam diperoleh dari penghayatan dan keyakinan individu terhadap nilai kreatif yang dimilikinya sebagai salah satu sumber makna atau potensi yang menimbulkan makna bagi kehidupannya (Shantall, 1999). Nilai kreatif dapat dicapai melalui berbagai perilaku atau kegiatan yang terarah. Kegiatan atau perilaku terarah, yaitu upaya yang dilakukan secara sadar dan sengaja berupa pengembangan potensi diri (bakat, kemampuan, keterampilan) yang positif serta pemanfaatan relasi antar pribadi untuk menunjang tercapainya makna dan tujuan hidup (Weber, 2002).

Responden pada kelompok kontrol, hanya melakukan kegiatan yang berkaitan dengan kemampuan positif yang dimilikinya tanpa ada kebutuhan dan alasan/sumber makna sehingga kegiatan yang dilaksanakan bersifat rutin dan dilakukan dengan terpaksa hanya akan menguatkan identitas atas kemampuan positif yang dimilikinya. Katz (1960, dalam Depkes 2002) menjelaskan perubahan perilaku individu tergantung kebutuhan.

Hasil perubahan afektif pada kelompok intervensi lebih baik daripada kelompok kontrol. Melalui logoterapi, responden dilatih untuk membuka diri dalam rangka menemukan potensi makna yang baru di balik penderitaan, rasa kehilangan dan bersalah yang dialami selama di Lapas. Perubahan sikap memberikan umpan balik positif yang membantu manusia menjadi lebih terbuka dan memudahkan dalam mencari makna dan arti baru dalam situasi krisis atau penderitaan.

Responden pada kelompok kontrol hanya menunjukkan perubahan sikap dalam mengambil

keputusan untuk mengikuti kegiatan kelompok secara mandiri dan sebagian responden perlu dukungan moral. TAK tidak dapat memfasilitasi untuk menyelesaikan masalah dan perasaan yang dialami mereka sebelumnya. TAK yang diberikan pada kelompok kontrol belum mampu memenuhi kebutuhan perasaan yang dialami responden.

Kesimpulan

Terdapat perbedaan yang signifikan harga diri (respon kognitif, perilaku dan afektif) sebelum dan sesudah logoterapi pada kelompok intervensi Hasil berbeda ditemukan pada kelompok kontrol yaitu tidak ada perbedaan harga diri (respon kognitif, perilaku dan afektif) sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi aktivitas kelompok. Dapat disimpulkan bahwa logoterapi merupakan terapi yang bermanfaat untuk membantu seseorang untuk meningkatkan konsep diri khususnya harga diri yang diperoleh dari penerimaan diri secara kognitif, afektif dan perubahan perilaku yang adaptif. Hasil penelitian ini memperkaya rujukan tentang manfaat logoterapi pada populasi narapidana. Terapi ini dapat dipertimbangkan untuk diterapkan pada narapidana di Lapas dengan pelaksana seorang perawat yang mempunyai kewenangan dan kompetensi melakukan logoterapi (MR,AG)

Referensi

- Asagba, R.B. (2009). Logotherapeutic Management of persons with substance abuse/dependence. *Ife Psychologia*, 17 (1). Diperoleh dari: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1868494141/logotherapeutic-management-of-persons-with-substance>.
- Bastaman, H.D. (1996). *Meraih hidup bermakna kisah pribadi dengan pengalaman tragis*. Jakarta: Paramadina.
- (2007). *Logoterapi: Psikologi untuk menemukan makna hidup dan meraih hidup bermakna*. Jakarta: Raja Grafindo.
- Caulkins, J.P. (1997). *Are mandatory minimum drug sentences cost-effective? Santa Monica*,

- CA: RAND Corporation. Diperoleh dari: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB6003.html.
- Darsana. (2007). *Gangguan mental dan perilaku akibat narkoba*. Disampaikan pada Seminar tentang Narkoba di Universitas Airlangga, Surabaya.
- Depkes RI. (2002). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta: Depkes RI.
- Ferszt, G.G., Hickey, J.E., & Seleyman, K. (2013). Advocating for pregnant women in prison: The role of the correctional nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 9 (2), 105–110. doi: 10.1097/JFN.0b013e318281056b
- Frankl, V.E. (2000). *On the theory and therapy of mental disorders: An introduction to logotherapy and existential analysis*. New York and Hove: Brunner-Routledge Taylor & Francis Group.
- Gillien, R. (2001). Purpose in life and self perceived anger problem among college students. *International Forum for Logotherapy*, 18, 74–82.
- Gutsmann, D. (1996). *Logotherapy for helping professional: Meaningful social work*. New York: Springer.
- Hazell, R.R., & Windmill, M.E. (2000). *The use of logotherapy technique in the treatment of multiple personality disorder*. Diperoleh dari <http://www.webspace.ship.edu/cgboes/Frankl.html>.
- Hergenhahn, B.R., & Henley, T.B. (2013). *An introduction to the history of psychology* (7th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Inayatika. (2011). *Self efficacy pada narapidana di lapas kelas I Palembang* (Skripsi, Tidak dipublikasi). Program Studi Ilmu Keperawatan UNSRI, Palembang.
- James, D.J., & Glaze, L.E. (2006). Bureau of justice statistic special report: *Mental health problem of prison and jail inmates*. Diperoleh dari: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>.
- Kausch, K.D., & Amer, K. (2007). Self-transcendence and depression among AIDS memorial quilt panel makers. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 45(6), 44–53.
- Keliat, B.A., & Akemat. (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*. Jakarta : EGC.
- Koesno, A. (2007). Faktor-faktor kriminogenik perempuan melakukan kejahatan narkoba. *Jurnal Yustika*, 10 (2), 153–170.
- Mauer, M. & Huling, T. (1995). *Young black Americans and the criminal justice system: Five years later*. Diperoleh dari: <http://www.sentencingproject.org/wp-content/uploads/2016/01/Young-Black-Americans-and-the-Criminal-Justice-System-Five-Years-Later.Pdf>.
- Mujiran, P. (2006). *Kejahatan dan gangguan jiwa*. Diperoleh dari <http://groups.yahoo.com/>.
- Noblejas de la Flor, M.A. (1997). Meaning levels and drug-abuse therapy: An empirical study. *International Forum for Logotherapy*; 20, 46–51.
- Nova.S. (2008). *Tingkat depresi pada narapidana wanita di lembaga pemasyarakatan IIA Palembang* (Skripsi, Tidak Dipublikasi). Program Studi Ilmu Keperawatan UNSRI, Palembang.
- Pujiyanto, R. (2010). *Angka pengangguran*. Diperoleh dari: <http://www.MediaIndonesia.com>.
- Ramdani, B. (2005). Upaya mengatasi stress narapidana saat menjalani pidana penjara di lembaga pemasyarakatan melalui rancangan program okulasi stress. *Tesis Tidak Dipublikasi*. Depok: Fakultas Hukum Universitas Indonesia.
- Shantall, T. (1999). What is meant by meaning? In F.Crous, A.A. Havenga Coetzer & G. Van den Heever (Eds). *On the way to meaning: Essays in remembrance of Viktor Frankl*; (pp.57-72). Benmore: Viktor Frankl Foundation of South Africa.
- Shofia, F. (2009). *Optimisme masa depan narapidana* (Skripsi, Tidak Dipublikasi). Fakultas

Psikologi Universitas Muhammadiyah
Surakarta, Surakarta.

Sutejo, Keliat, B.A., Sutanto Priyo Hastono, S.P.,
& Daulima, NHC. (2011). Penurunan
ansietas melalui logoterapi kelompok pada
penduduk pasca-gempa di Kabupaten
Klaten. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 14
(2), 107–112.

*Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 tahun
1992 tentang Kesehatan.*

Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric mental health
nursing*. (4rd Ed.). Philadelphia: Lippincott
Williams & Wilkins.

Weber, K., & Stefen, A. (2002). *The hidden crisis:
Women in prison*. San Fransisco: National
Council and Crime Delincquency.

Wong, P.T.P. (2000). *Implicit theories of personal
life and the development of the personal
meaning profile*. The human quest for
meaning: A handbook of psychological
research and clinical applications. Mahwah,
N.J: Lawrence Erlbraum Associates.

PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAawat LANJUT USIA DENGAN DIABETES MELLITUS

Siti Badriah^{1,2*}, Wiwin Wiarsih³, Henny Permatasari³

1. Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Tasikmalaya 46115, Indonesia

2. Program Magister, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

3. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: sitibadriah311275@gmail.com

Abstrak

Merawat lansia Diabetes Melitus (DM) menimbulkan dampak terhadap fisik, emosi, sosial dan ekonomi. Penelitian bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia DM di kota Tasikmalaya, Jawa Barat. Penelitian fenomenologi deskriptif ini melibatkan delapan partisipan yaitu *caregiver* utama lansia DM yang didapatkan dengan teknik *criterion sampling*. Data diperoleh melalui wawancara mendalam dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan metoda Collaizi. Hasil penelitian ini menemukan tema kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, respon psikologis, respon fisik, respon terhadap ekonomi dan respon terhadap peran keluarga. Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM diantaranya ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, adanya masalah psikologis, masalah fisik dan masalah ekonomi. Penelitian lebih lanjut tentang faktor yang memengaruhi respon keluarga dalam merawat lansia dengan DM perlu dilakukan.

Kata kunci: *caregiver*, Diabetes Melitus, keperawatan keluarga, lansia

Abstract

Family Experiences in Caring for Elderly with Diabetes Melitus. Experience in caring for elderly with Diabetes Melitus (DM) adversely affect our physical, emotional, social and economic. The aim of this study was to explore the experience of family in caring elderly with DM in Tasikmalaya City, West Java. This qualitative descriptive phenomenology study involved eight family caregivers who care for elderly with DM as participants which selected by criterion sampling. Data was collected by in-depth interview and field notes which was analyzed by applying Collaizi's method. The result of study identified themes, the ability to carry out the health task of family, psychological response, physical response, economic response and response of role in family. This study recommended the need Further research on the factors that affect the response of the family in caring for the elderly with diabetes.

Keywords: *caregiver, DM, elderly, family nursing*

Pendahuluan

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah semakin tingginya usia harapan hidup (UHH) penduduk. Data dari Kementerian Koordinator Bidang Kesra (2009), pada tahun 2010 UHH di Indonesia mencapai 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diprediksi akan mencapai 71,1 tahun. Stanley dan Beare (2004/2007) menyatakan bahwa peningkatan UHH menyebabkan jumlah penduduk

lanjut usia (lansia) terus meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data dari Depkominfo (2009) pada tahun 1980 jumlah lansia di Indonesia tujuh juta jiwa, kemudian mengalami kenaikan tahun 1990 menjadi 12 juta orang, tahun 2000 menjadi 14 juta jiwa, tahun 2010 diperkirakan mencapai 23 juta jiwa, dan tahun 2020 diprediksi menjadi 28 juta orang. Lembaga Lansia Indonesia (LLI)

Jawa Barat (2010) menggambarkan jumlah penduduk lansia di Jawa Barat tahun 2009 berjumlah 3.331.241 jiwa dan tahun 2010 naik menjadi 3.441.746. Data dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Dinas Kota Tasikmalaya (2010) menunjukkan bahwa jumlah lansia di kota Tasikmalaya pada tahun 2010 sebanyak 48.078 orang. Hal tersebut menjadi isyarat perlunya peningkatan pelayanan yang lebih fokus pada usia lanjut sehingga kesehatan lansia dapat dipertahankan.

Miller (2004); Stanley dan Beare (2004/2007) menggambarkan bahwa lansia sangat berisiko mengalami penurunan kesehatan akibat bertambahnya usia dan akan mengalami banyak kehilangan (*multiple loss*). Kehilangan tersebut akibat dari perubahan fisik, psikososial, kultural maupun spiritual. Tyson (1998) menyebutkan bahwa kesehatan lansia dipengaruhi oleh berbagai perubahan fungsi fisiologis tubuh yang seringkali memicu munculnya masalah kesehatan, termasuk penyakit degeneratif seperti Diabetes Mellitus (DM). Meiner (2006); Stanley dan Beare (2004/2007) menjelaskan bahwa DM termasuk kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia. Proses fisiologis penuaan menyebabkan terjadinya penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, peningkatan produksi glukosa hepatik dan pengambilan glukosa oleh otot yang menurun sehingga glukosa banyak beredar dalam darah atau hiperglikemi.

DM pada lansia bersifat multifaktorial yang dipengaruhi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Umur merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perubahan toleransi tubuh terhadap glukosa (Kirkman, *et al.*, 2012). Kenyataan ini menjadi dasar bahwa lansia dengan DM termasuk ke dalam populasi rentan. Pender, Murdaugh, dan Parsons (2002) menyatakan populasi rentan berisiko lebih besar mengalami kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis dan kesehatan sosial yang meningkatkan risiko kesakitan dan kematian.

Depkes (2005), menjelaskan bahwa dalam keluarga dengan lansia merupakan kelompok rawan dari segi kesehatan karena kepekaan

dan kerentanan yang tinggi terhadap gangguan kesehatan dan ancaman kematian, sehingga menjadi komponen dan sasaran perhatian dalam pembinaan kesehatan keluarga. Stanhope dan Lancaster (2013) menyebutkan bahwa perawat keluarga harus bekerjasama dengan keluarga sebagai *caregiver* utama lansia untuk mencapai keberhasilan dalam pemberian asuhan kepada anggota keluarga baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Berbagai penelitian telah mengungkapkan pengalaman *caregiver* keluarga merawat lansia. Beandlands, *et al.*, (2005) melaporkan bahwa keluarga yang merawat lansia DM mengalami dampak fisik, emosi, sosial dan ekonomi. Chung, *et al.*, (2007) dalam penelitiannya pada *caregiver* keluarga yang merawat lansia dengan penyakit kronis di Taiwan menemukan masalah fisik, psikologis dan hubungan sosial dengan lingkungan. Asniar, Sahar dan Wiarsih (2007) dalam penelitian tentang pengalaman keluarga merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah, di Kota Depok menyebutkan bahwa sebagian keluarga merasa lelah, cape, jenuh dan terbebani karena harus menjalankan rutinitas dalam waktu yang lama. Wiyono, Sahar dan Wiarsih (2008) dalam penelitian di kota Malang menemukan adanya variasi perasaan antara senang dan tidak. Senang karena keluarga mampu merawat sebagai bentuk rasa hormat, dan taat pada orang tua. Widyastuti, Sahar, dan Permatasari (2011) juga menemukan adanya beban fisik, psikologis, ekonomi dan beban sosial pada *caregiver*. Hasil penelitian ini memberikan arah pada praktek keperawatan keluarga.

Ervin (2002) menyebutkan bahwa perawat komunitas memandang komunitas atau populasi sebagai fokus praktek sehingga harus dapat mengidentifikasi *caregiver* dalam keluarga sebagai *family at risk*. *Family at risk* adalah kelompok yang memiliki ciri atau karakteristik tertentu untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan (Clemen-Stone & McGuire, 2002). Masyarakat Kota Tasikmalaya merupakan masyarakat dengan budaya Sunda dan dijuluki sebagai kota santri (<http://www.tasikmalayakota.go.id>).

Masyarakat kota Tasikmalaya sangat menjunjung tinggi nilai-nilai agama termasuk memuliakan orang tua. Oleh karena itu, pengalaman keluarga yang merawat lansia dengan DM di kota Tasikmalaya perlu dieksplorasi lebih dalam berkaitan dengan situasi sosial dan budayanya. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat lansia DM di kota Tasikmalaya.

Metode

Penelitian fenomenologi deskriptif ini menggunakan *criterion sampling* yaitu keluarga yang memiliki lansia DM berusia lebih dari 60 tahun. Delapan *caregiver* utama dalam keluarga berpartisipasi dalam penelitian ini setelah memberikan persetujuan melalui *inform consent*.

Peneliti sendiri bertindak sebagai alat pengumpulan data dengan bantuan pedoman wawancara semi berstruktur, catatan lapangan dan *tape recorder*. Analisis data dengan metode Colaizzi yaitu menyusun hasil wawancara dalam bentuk verbatim, menilai keakuratan hasil wawancara, memformulasikan makna, mengelompokkan makna ke dalam kelompok tema dan menuliskan semua hasil analisis ke dalam bentuk deskriptif naratif.

Hasil

Delapan partisipan dalam penelitian ini merupakan *caregiver* utama dalam keluarga yang merawat lansia dengan DM, bertempat tinggal di Kota Tasikmalaya. Dua orang diantara partisipan laki-laki. Usia mereka antara 26 sampai 69 tahun. Lima orang ibu rumah tangga, satu orang purnawirawan POLRI dan dua orang wiraswasta. Dua orang berpendidikan SD, empat orang SMA atau sederajat serta dua orang Sarjana.

Hubungan partisipan dengan lansia terdiri dari empat orang sebagai anak, dua orang sebagai suami, satu orang sebagai menantu dan satu orang sebagai istri dengan usia lansia yang dirawat rata-rata berusia diatas 60 tahun. Lama

merawat lansia DM bervariasi dari enam bulan hingga enam tahun dan semua partisipan berasal dari suku Sunda. Semua partisipan tinggal bersama lansia DM yang dirawatnya, baik dalam keluarga besar maupun keluarga inti.

Tujuan penelitian ini dijawab oleh lima tema yaitu kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, ikhlas merawat lansia, mengalami masalah fisik, mengelola pembiayaan kesehatan lansia, dan mengambilalih peran lansia.

Tema 1: Kemampuan dalam Melaksanakan Tugas Kesehatan Keluarga. Tema ini mengandung lima sub tema yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Lima dari delapan partisipan mengatakan penyakit DM terjadi karena kadar gula dalam darahnya tinggi dan merupakan penyakit keturunan, berikut kutipan yang diungkapkan:

“.... penyakit yang kadar gulanya tinggi, kemungkinan terlalu banyak mengkonsumsi gula,... dulu ibu saya senang makan yang manis-manis...” (P4)

Dua partisipan lainnya mengatakan tidak tahu tentang penyakit gula dan satu diantaranya mengatakan penyakit gula disebabkan karena terlalu banyak minum obat,

“...kebanyakan makan obat bu ...penyakit gula teh, ... seperti pilek mau sembuh beli dari warung, aturannya harus minum 1 biji, bapakmah 2 biji dimakannya, gitu, jadi kerasanya sekarang jadi gula.” (P7)

Sub tema mengambil keputusan teridentifikasi dari lima partisipan dalam melakukan tindakan pengobatan pada lansia yang menderita penyakit DM. Kategori tersebut digambarkan oleh partisipan terhadap tindakan yang dibuat ketika lansia sedang terserang penyakit gula dan saat mempunyai luka, yang diungkapkan sebagai berikut:

“...kalau istri saya kambuh... persediaan uang nggak ada...kalau nggak segera ditolong gimana... saya mamaksakan diri aja bawa ibu ke rumah sakit...supaya cepat tertolong...bawa ke rumahsakit “ (P2)

Sub tema merawat teridentifikasi dari kategori pengaturan makan, olah raga, dan konsumsi obat. Empat dari delapan partisipan dalam penelitian ini mengatakan mengatur makan lansia dengan cara mengurangi yang manis-manis, jadwal makan teratur dan makan dibatasi seperti dalam dua pernyataan partisipan berikut ini:

"....seperti masak kalau pake gula, aku pake yang tropicana gitu bu.. trus itu lagi nasi, kalau nasi dikurangi, trus sayurannya aq banyakin nasi sih sedikit makannya paling seratus gram sekali makan kurang lebih satu centong sedanglah" (P1)

Dua partisipan lainnya mengatakan tidak pernah mengatur makan untuk lansia, karena lansia tidak mau dibedakan makannya dengan anggota keluarga yang lain dan sudah mempunyai obat untuk mencegah peningkatan gula darah,

"... sekarang mah makannya ibu sudah bebas, karena ada cuka apel, kalau dulu awal-awal ibu menderita gula, ibu nggak pernah makan baso, lemak-lemak, manis-manis kalau sekarangmah apa saja masuk" (P4)

Kegiatan olahraga teridentifikasi dari tiga pernyataan partisipan yang mengatakan lansia rutin melakukan olahraga jalan kaki dan senam di rumah sakit seperti dinyatakan berikut ini:

"... ikut kegiatan senam tiap hari rabu, ibu masuk klub yang diperkenalkan oleh dokter di Rumah Sakit... setiap habis sholat subuh, ibu selalu jalan santai di lingkungan, paling setengah jam pekerjaan rumah ditunda dulu..." (P4)

Sub tema merawat lansia selanjutnya teridentifikasi dari kategori obat. Enam partisipan mengungkapkan selama ini lansia masih mengkonsumsi obat penurun gula darah. Empat partisipan diantaranya mengatakan minum obat dari pelayanan kesehatan baik dokter praktek maupun puskesmas dan dua partisipan dalam penelitian ini teridentifikasi menggunakan obat tradisional, Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

"....untuk gula mah ibu sudah tidak lagi ngonsumsi obat dari dokter...pengobatan herbal...makan pucuk daun jambu mede, ..., sambiloto juga direbus diminum airnya, ada juga daun sukun yang kering direbus sehari minum 3 kali" (P3)

Modifikasi lingkungan dilakukan oleh partisipan untuk mencegah terjadinya *injury* pada lansia di rumah. Hal ini diungkapkan oleh empat partisipan yang mengatakan selalu mengingatkan lansia untuk selalu menggunakan alas kaki dan berhati-hati dalam menyimpan barang di rumah, kategori modifikasi lingkungan diidentifikasi dari pernyataan:

"....takut kejadian kayak dulu... menginjak duri... mengingatkan untuk selalu pakai sandal" (P6)

Sub tema memanfaatkan pelayanan kesehatan teridentifikasi dari kategori kontrol kesehatan. Semua partisipan telah memanfaatkan pelayanan kesehatan walaupun diantaranya ada yang tidak rutin melakukan kontrol. Kutipan pernyataan kategori kontrol kesehatan terungkap seperti berikut ini:

"...bapak dikontrol kalau ada uang mah... kalau dirasakan ke badan bapak enak lama nggak kontrol, tapi kalau bapak mulai pegel-pegel, bara'al (baal) atau sing-siremeun (kesemutan) bapak periksa lagi" (P7)

Tema ke-2: Ikhlas Merawat Lansia. Tema ini terdiri atas dua sub tema yaitu menolak dan menerima kenyataan harus merawat lansia dengan DM. Kategori menyangkal, marah dan tawar menawar merupakan sub tema menolak, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

"... setiap hari, setiap hari saya merawat bapak sedangkan saya harus mencari nafkah, kemudian harus bisa, harus bisa mengurus anak-anak, kemudian juga harus bisa mengurus suami... kebanyakan harus mengurus eeee mertua gitu yang berpenyakit gula... nggak nyangka bu lah bisa jadi begini" (P6)

Sub tema menerima terdiri dari kategori takut, merasa kasihan dan pasrah, seperti yang diungkapkan berikut ini:

“... sekarang mah kalau perasaan saya nggak enak, deg langsung saja saya ingat orang tua, takut jangan-jangan ada apa-apa dengan ibu, ...kadang-kadang orang-orang beranggapan orang yang berpenyakit gula itu dekat dengan mautnya, jangan-jangan ibu saya gimana nih ...” (P4)

Tema ke-3 Mengalami Masalah Fisik. Tema ini mencakup gangguan/perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integumen dan gangguan sirkulasi, seperti yang diungkapkan oleh partisipan:

“Kalau aku jatuhnya ke fisik nggak tahu ya, kalau kata orangmah biasanya yang stress itu kan jatuh jadi jarang makan, aku malah banyak makan kalau stres...” (P1)

Tema ke-4: Mengelola Pembiayaan Kesehatan Lansia. Tema ini dapat digambarkan dari sub tema ketersediaan jaminan pembiayaan untuk pemeliharaan kesehatan yang terdiri dari tiga kategori yaitu tidak ada jaminan, ada jaminan dan mandiri. Partisipan yang tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan mengeluarkan uang sendiri untuk berobat. Kondisi ini memengaruhi stabilitas keuangan rumah tangga, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataan:

“Udah jelas keadaan keuangan keluarga jadi berkurang ... eee dengan bapak mengalami atawa (atau) mempunyai penyakit eee gula otomatis bapak kan harus cek, kemudian untuk cek itu kan harus me... me... membutuhkan biaya otomatis keuangan keluarga menjadi semakin berkurang...” (P6)

Kategori ada jaminan dalam penelitian ini diungkapkan oleh tiga partisipan yang menyatakan memiliki jaminan untuk biaya pemeriksaan atau pengobatan lansia dari pemerintah. Dua diantaranya mempunyai jaminan kesehatan berupa Askes dan satu partisipan memiliki jamkesmas:

“... 6 juta dipotong askes 1 juta, beli obat dari luar hampir 1 juta 200 ribu waktu

pertama ibu diketahui penyakit gula, kesininyan habis 1 juta, 900 ribu, 700 ribu, 600 ribu, kemarin yang terakhir habis 2 juta saya bayar ke rumah sakit setelah dipotong Askes...” (P2)

Tema ke-5: mengambilalih Peran Lansia.

Diidentifikasi adanya perubahan peran akibat merawat lansia. Empat partisipan mengatakan bahwa setelah lansia menderita DM terdapat pengalihan peran lansia terhadap *caregiver* seperti peran istri dalam mengurus rumah tangga digantikan suami, begitu juga peran suami sebagai pencari nafkah digantikan oleh istri. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh partisipan kedua yang merawat istrinya yang berusia 63 dan partisipan ke-7 yang merawat suaminya berusia 60 tahun seperti berikut ini:

“...semua pekerjaan rumah tangga saya yang ngerjain seperti nyuci, ngepel, kadang masak...juga dibantu-bantu oleh saya” (P2)

Pembahasan

Respon lansia terhadap kondisi sakit yang dialaminya baik dari perubahan fisik, psikologis, spiritual dan sosial telah berdampak pada *caregiver* yang merawatnya. Respon keluarga yang ditunjukkan oleh *caregiver* dalam penelitian ini terbagi lima tema yaitu ditemukannya masalah psikologis, masalah fisik, masalah finansial/ekonomi, kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dan respon terhadap peran.

Kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam penelitian ini teridentifikasi melalui kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semua *caregiver* dalam penelitian ini kurang mengetahui penyakit DM dengan baik yang ditunjukkan dengan pernyataan bahwa penyakit DM itu adalah penyakit dengan kadar gula darah tinggi, tapi maksud dari pernyataan tersebut *caregiver* tidak tahu, bahkan sebagian lagi ada yang menyebutkan tidak mengetahui tentang penyakit DM.

Temuan tersebut sesuai dengan hasil penelitian kualitatif Heurer dan Lauscah (2006) yang menemukan tema penyebab diabetes bahwa enam dari 12 partisipan tidak tahu tentang penyebab penyakit DM, mereka meyakini bahwa DM disebabkan karena terlalu banyak makan makanan yang manis, faktor keturunan dan adanya stressor dalam hidup seperti perceraian, ditinggal mati oleh orang yang disayangi atau kecelakaan. Kurangnya pengetahuan akan berdampak kepada ketidakmampuan keluarga dalam mengambil tindakan untuk melakukan pengelolaan terhadap penyakit DM pada lansia, sehingga akan berisiko timbulnya komplikasi akibat penyakit DM. Kaakinen dan Coehlo (2014) menjelaskan bahwa ketidakmampuan keluarga untuk mengambil keputusan terkait tindakan untuk mengatasi masalah dapat diakibatkan oleh beberapa faktor salah satu diantaranya adalah keluarga tidak mengerti atau mengenal sifat, beratnya dan luasnya masalah

Respon lainnya yang tampak pada keluarga yang merawat lansia DM adalah respon psikologis. Respon psikologis yang terjadi merupakan dampak dari respon lansia terhadap penyakit yang dideritanya yang menyebabkan *caregiver* mengalami suatu kehilangan atau perubahan peran dan akan mengalami suatu proses berduka. Individu yang mengalami duka cita mencoba berbagai strategi untuk menghadapinya (De Laune & Ladner, 2006). Individu akan berespon terhadap kejadian berduka baik itu dengan menerima realitas dari kehilangan termasuk didalamnya menyesuaikan lingkungan, dan memberdayakan kembali energi emosional kedalam hubungan yang baru atau bahkan akan mengalami kepedihan akibat kehilangan.

Penelitian ini telah mengidentifikasi respon psikologis *caregiver* selama merawat kesehatan lansia dengan DM ke dalam dua sub tema yaitu menolak dan menerima terhadap kondisi yang terjadi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilawati, *et al.* (2004) bahwa reaksi pertama dari kehilangan adalah terkejut, tidak percaya dan merasa terpukul. Saat *caregiver* sadar dengan tentang kenyataan yang dialami, beberapa *caregiver* menunjukkan perasaan marah. Kondisi

ini sesuai dengan pernyataan Mace dan Rabins (2006) bahwa Perasaan marah pada *caregiver* yang merawat lansia dengan penyakit kronis muncul karena ada perubahan peran menjadi *caregiver* lansia, perubahan tingkah laku lansia, perasaan tidak mendapat dukungan dari orang-orang disekitarnya, dan perasaan terperangkap dengan situasi merawat lansia.

Sementara itu ditemukan juga respon penerimaan *caregiver* terhadap lansia DM dalam penelitian ini. Hal ini sesuai pernyataan oleh Susilawati, *et al.*, (2004) bahwa respon menerima berkaitan dengan reorganisasi perasaan berduka dimana individu telah menerima kenyataan yang terjadi, gambaran tentang penyebab masalah mulai dilepaskan dan secara bertahap perhatian dialihkan kepada objek yang baru untuk mencari solusi. Penelitian lain tentang respon menerima dari *caregiver* dikuatkan oleh Miller (2000) yang melaporkan bahwa dampak positif dari *caregiver* dapat terjadi dalam bentuk peningkatan pemahaman dari *care recipient* terhadap *caregiver* serta peningkatan hubungan antara *caregiver* dan *care recipient*, sehingga dalam penelitian ini muncul perasaan kekhawatiran *caregiver* terhadap kondisi lansia, pasrah dan rasa kasian terhadap lansia yang muncul sebagai akibat peningkatan kedekatan antara *caregiver* dengan *care recipient*.

Respon fisik yang teridentifikasi dalam penelitian ini yaitu adanya gangguan/perubahan nafsu makan, gangguan muskuloskeletal, gangguan integumen dan gangguan sirkulasi. Keluhan yang ditemukan dari partisipan dalam penelitian ini adalah cape, pegal-pegal, muka jadi berjerawat dan terjadi peningkatan nafsu makan sehingga selama enam bulan merawat lansia berat badanya naik sebanyak sepuluh kilo. Sementara itu *caregiver* yang lainnya mengatakan sering pusing. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Beandlands, *et al.*, (2005) yang melaporkan bahwa dampak fisik yang dialami oleh keluarga yang merawat pasien dengan penyakit kronis dapat berupa kelelahan, nyeri otot, insomnia dan hipertensi. Selain itu dikuatkan oleh Mace dan Rabins (2006) bahwa orang yang merawat lansia dengan penyakit kronis sering mengalami masalah

fisik yang dapat beresiko memicu timbulnya penyakit pada *caregiver*.

Penelitian ini telah menunjukkan adanya permasalahan finansial sebagai respon keluarga terhadap ekonomi yang teridentifikasi dari sifat pembiayaan yang meliputi ada jaminan, tidak adanya jaminan dan mandiri dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan. Kenyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Bird dan Barry (2011) bahwa keluarga dengan lansia harus menyediakan biaya untuk pelayanan medis, pelayanan penunjang (kontrol gula darah dan obat-obatan), rawat inap jika sewaktu-waktu terjadi komplikasi termasuk biaya untuk perawatan sehari-hari di rumah. Sehingga menurut Stanley dan Beare (2004/2007) Aktivitas tersebut berisiko mengalami permasalahan dalam keuangan keluarga yang dapat menyebabkan terganggunya pemenuhan kebutuhan keluarga lainnya seperti sandang, pangan atau kebutuhan rekreasi anggota keluarga lainnya.

Selanjutnya respon terhadap peran *caregiver* dalam penelitian ini mengidentifikasi adanya Perubahan peran yang dialami oleh *caregiver* selama merawat lansia dengan DM. Beberapa *caregiver* mengalami penambahan peran dan tanggung jawab yang dialihkan dari lansia yang menderita DM. Hal tersebut sesuai dengan Bird dan Barry (2011) yang melaporkan beberapa masalah yang biasa terjadi pada *caregiver* yang merawat anggota keluarga lansia dengan masalah fisik dan mental diantaranya koping tidak efektif, batasan aktivitas sosial dan waktu luang, hilangnya privacy, gangguan pada rutinitas rumah tangga dan pekerjaan.

Kesimpulan

Respon keluarga selama merawat kesehatan lansia dengan DM diantaranya ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, adanya masalah psikologis, masalah fisik dan masalah ekonomi. Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor yang berhubungan dengan respon keluarga dalam merawat lansia dengan DM. Selain itu diperlukan rancangan strategi intervensi perawat komunitas dengan

melibatkan peran serta masyarakat untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat lansia DM di rumah (JS, HH, INR).

Referensi

- Asniar, Sahar, J., Wiarsih, W. (2007). *Studi fenomenologi pengalaman keluarga merawat anggota keluarga paska stroke di rumah di Kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok. Jawa Barat*. (Tesis Tidak dipublikasikan) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Beandlands, H., Horsburgh, M.E., Fox, S., Howe, A., Locking-Cusolito, H., Pare, K. & Thrasher, C. (2005). Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis. *Nephrol Nurs J.*, 32 (6); 621-631.
- Bird, C.L. & Berry, A.A. (2011). *Potential later life economic impacts associated with family caregiving*. Diperoleh dari <https://ncsu.edu/ffci/publications/2011/v16-n2-2011-winter/bird-berry.php>.
- Chung, M.H., Hsu, N., Wang, Y.C., Lai, K.L. & Kao, S. (2007). Exploration into the variance in self-reported health-related quality of life between the chronically-ill elderly and their family caregivers. *Journal of Nursing Research*; 15(3), 175-82.
- Clemen-Stone, S. & McGuire, S.L. (2002). *Comprehensive community health nursing, family, aggregat & community practice*. St Louis: Mosby Co.
- DeLaune, S.C. & Ladner, P.K. (2006). *Fundamental of nursing: Standards and practice. 3rd ed*. New York: Delmar/Thomson Learning.
- Departemen Kesehatan, RI. (2005) *Pedoman kesehatan usia lanjut*. Jakarta: Direktorat Jendral Pembinaan Masyarakat.
- Depkominfo. (2009). *Jumlah lansia di Indonesia 16,5 juta orang*. Diperoleh dari <http://www.depkominfo.go.id>.
- Ervin, N.E. (2001). *Advanced community health nursing practice; population, 1st ed*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

- Kaakinen, J.R. & Coehlo, D.P. (2014). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*, 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., . Swift, C. S. (2012). Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*, 35(12), 2650-2664. <http://dx.doi.org/10.2337/dc12-1801>.
- Lembaga Lanjut Usia Indonesia Provinsi Jawa Barat. (2010). *Panduan program nyaah ka kolot*. LLI Jawa Barat.
- Mace, N.L., & Rabins, P.V. (2006). *A family guide to caring for people with choronic disease*. Baltimore The Johns Hopkins University Press.
- Meiner, S.E. (2006). *Gerontologic nursing. third edition*. St Louis: Mosby Elsevier.
- Menkokesra. (2009) *Usia Harapan Hidup Penduduk Indonesia*. Diperoleh dari <http://www.menkosesra.go.id>.
- Miller, C.A. (2000). *Nursing care of older adult: Theory and practice, 3rd ed*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults: Theory and Practice*. 4th edition. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*, 4rd edition. Stamford: Appleton & Lange.
- Widyastuti, R.H., Sahar, J. & Permatasari, H. (2011). Pengalaman keluarga merawat lanjut usia dengan demensia. *Jurnal Ners Indonesia*, 1(2), 49-57.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2013). *Foundation of community health nursing: Community oriented practice, 4th ed*. St. Louis: Mosby, Inc.
- Stanley, M. & Beare, P.G. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. (Juniarti & Kurnianingsih, alih bahasa). Philadelphia: F.A. Davis Company. (Buku asli diterbitkan 2004).
- Susilawati, et al. (2004). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta. EGC.
- Tyson, S.R. (1998). *Gerontological Nursing care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Wiyono, J., Sahar, J. & Wiarsih, W. (2008). Pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan ketergantungan tinggi di rumah, Kota Malang, Jawa Timur: Studi Fenomenologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 76-83.

SELF EFFICACY PERAWAT DALAM PENGGUNAAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN DI RSIA BUNDA JAKARTA: STUDI FENOMENOLOGI

Dewi Sartika^{1*}, Rr. Tutik Sri Hariyati², Enie Novieastasri²

1. Program Studi Magister, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: tike_2710@yahoo.com

Abstrak

Self efficacy perawat penting dalam penggunaan sistem informasi keperawatan karena dapat menentukan keberhasilan penggunaan, meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan dan kualitas pelayanan keperawatan. Penelitian fenomenologi ini bertujuan untuk mengeksplorasi *self efficacy* perawat dalam penggunaan sistem informasi keperawatan (SIMPRO) di RSIA Bunda Jakarta. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam kepada sepuluh perawat dan dianalisis dengan metode Colaizzi. Hasil penelitian ditemukan beberapa tema yaitu respon menggunakan SIMPRO, keuntungan menggunakan SIMPRO, kepercayaan diri menggunakan SIMPRO, upaya-upaya untuk mampu menggunakan SIMPRO, kendala dalam menggunakan SIMPRO, faktor-faktor yang meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO, dan harapan dalam menggunakan SIMPRO. Hal baru yang ditemukan pada penelitian ini yaitu waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMPRO, bentuk kendala dari rekan kerja, hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala serta harapan tentang *reward* dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMPRO. Direkomendasikan kepada perawat untuk meningkatkan *self efficacy* melalui mempelajari SIMPRO, dan mengikuti pelatihan tentang SIMPRO serta melanjutkan pendidikan agar dapat mengoptimalkan peran dan fungsi-fungsi manajemen untuk meningkatkan *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMPRO.

Kata kunci: fungsi-fungsi manajemen, pengalaman perawat, perawat, *self efficacy*, sistem informasi keperawatan

Abstract

Nurse's Self Efficacy in using Nursing Information Systems in RSIA Jakarta: A Phenomenological Study. *Nurse's self efficacy was an important aspect for nursing information system as it can determine the success of its use, improve the quality of nursing documentation and the quality of nursing services. A phenomenology study was carried out to explore the nurse's self efficacy in utilizing nursing information system (SIMPRO) in Bunda Mother and Child Hospital Jakarta. The method of data collection was indepth interview in ten nurses and data was analyzed by Colaizzi's method. The study found several themes that use SIMPRO responses, the advantages of using SIMPRO, self efficacy in using SIMPRO, efforts to use SIMPRO, barriers in using SIMPRO, factors that increase self efficacy and expectations in using SIMPRO. The newly found in this study were the emergence of self efficacy in using SIMPRO, the shape constraints of co workers, things were done in the face of barriers and expectations about the rewards can increase self efficacy in using SIMPRO. Recommended for nurses to enhance self efficacy by learning SIMPRO, often using SIMPRO, training and continues the education, and the managers in order to optimize the role and management functions to enhance self efficacy in using SIMPRO nurses.*

Keywords: management functions, nurses, nurse's experience, nursing information system, self efficacy

Pendahuluan

Sistem informasi keperawatan menurut *American Nurses Association* (2001) adalah area khusus yang mengintegrasikan ilmu keperawatan, ilmu komputer, dan ilmu informasi untuk mengatur

dan mengkomunikasikan data, informasi, dan pengetahuan dalam praktik keperawatan (Potter & Perry, 2010). Penggunaan sistem informasi keperawatan sebagai teknologi baru tentunya menuntut peran perawat aktif sebagai instrumen utama dari organisasi pelayanan kesehatan (Lee,

2006). Ragneskog dan Gerdnert (2006) menjelaskan bahwa penting bagi perawat untuk percaya diri dalam menggunakan teknologi informasi. Beberapa perawat tidak memiliki pengalaman dalam menggunakan komputer karena komputer tidak termasuk dalam kurikulum keperawatan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Zeigler (2011) yang menyatakan bahwa sebagian besar *self efficacy* perawat mendukung perawat menggunakan komputer dalam melakukan praktik keperawatan.

Teori kognitif sosial (*Social cognitive theory*) oleh Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* adalah keyakinan dan kepercayaan diri individu untuk mampu mengkoordinasi dan melakukan sesuatu yang dibutuhkan dalam suatu tindakan atau pekerjaan terhadap peristiwa dan lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008; Pajares & Urdan, 2006). *Self efficacy* menentukan seberapa besar usaha yang akan dicurahkan dan seberapa lama individu akan tetap bertahan dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan. Individu dengan *self efficacy* yang rendah, akan diliputi oleh perasaan keragu-ruguan terhadap kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares, 2002).

RSIA Bunda Jakarta baru adalah rumah sakit yang baru mengembangkan sistem informasi keperawatan yaitu sejak Februari 2011. Sistem informasi keperawatan ini dinamakan dengan SIMPRO. Hasil wawancara dilakukan kepada beberapa pengguna SIMPRO menyatakan bahwa mereka sudah bisa dan percaya diri menggunakan SIMPRO, namun adanya gangguan-gangguan teknis pada sistem menimbulkan rasa kecewa dan malas untuk menggunakan SIMPRO. Hal-hal yang dialami perawat tersebut tentunya dapat berdampak pada keberhasilan penggunaan, kepuasan dan kinerja perawat, serta kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Perawat harus mempunyai keyakinan dan kepercayaan diri dalam menghadapi hambatan atau pengalaman yang tidak menyenangkan dalam menggunakan SIMPRO, dengan kata lain perawat penting

untuk memiliki *self efficacy* yang tinggi dalam menggunakan SIMPRO. Di Indonesia belum banyak informasi yang diperoleh tentang *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMPRO. Pendekatan fenomenologi dalam riset digunakan untuk mendapatkan pengalaman *self efficacy* perawat dalam penggunaan SIMPRO di RSIA Bunda Jakarta.

Metode

Rancangan penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Sepuluh orang partisipan dalam penelitian yang diseleksi dengan teknik *purposive sampling*. Penelitian dilaksanakan di RSIA Bunda Jakarta. Wawancara mendalam dilaksanakan untuk mengeksplorasi secara mendalam mengenai *self efficacy* dalam menggunakan SIMPRO. Alat bantu yang digunakan selama pengumpulan data adalah *voice recorder* atau *camcorder*, dan *field note*. Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis tematis dengan metoda Colaizzi.

Hasil

Berdasarkan hasil deskripsi partisipan melalui wawancara mendalam, teridentifikasi tujuh tema yang selanjutnya akan dijelaskan tentang tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan khusus yang diharapkan.

Respon pertama menggunakan SIMPRO.

Respon pertama menggunakan SIMPRO yang diungkapkan partisipan terdiri atas kerepotan, susah, dan malas. Sedangkan perasaan setelah menggunakan SIMPRO terdiri atas bangga, senang dan biasa saja. Tiga orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa kerepotan ketika pertama kali menggunakan SIMPRO. Kerepotan yang dirasakan, seperti diungkapkan oleh salah satu partisipan sebagai berikut:

“... kok kayanya ribet banget, gitu..., ribetnya karena di awal itu kita double ya, nulis dan komputer..” (P1)

Perasaan setelah menggunakan SIMPRO terdiri atas perasaan bangga, senang dan biasa saja.

Perasaan bangga seperti diungkapkan oleh salah satu partisipan sebagai berikut:

"...dengan adanya sistem computerized ini merasa bangga... ternyata perawat bisa maju, jadi ga tuli terhadap teknologi.." (P1)

Keuntungan menggunakan SIMPRO. Keuntungan terkait dokumen yang diungkapkan oleh partisipan yaitu pendokumentasian lebih praktis. Keuntungan SIMPRO lebih praktis diungkapkan oleh enam orang partisipan sebagai berikut:

"...makai SIMPRO itu praktis ya mbak, praktisnya ya kita tinggal buka komputer, buka status pasiennya, jadi ga usah-usah nulis lagi, itu enak, praktis.." (P3)

Pendokumentasian menjadi lebih mudah diungkapkan oleh enam orang partisipan sebagai berikut:

"...untuk mendiagnosa masalah jadi lebih easy, jadi lebih gampang.." (P4)

Tiga orang partisipan mengungkapkan keuntungan SIMPRO yaitu isi dokumentasi lebih lengkap. Ungkapan partisipan adalah sebagai berikut:

"...SIMPRO lebih detail, maksudnya lebih lengkap diagnosa-diagnosanya, lebih rinci lagi rencana-rencana tindakannya.." (P2)

Keuntungan SIMPRO dari segi waktu yaitu dalam penggunaan waktu lebih singkat diungkapkan oleh lima orang partisipan yaitu sebagai berikut:

"...yaa... semakin seneng menggunakan SIMPRO, karena lebih efisien, lebih... kerja kita jadi lebih cepat.." (P5)

Lebih banyak waktu interaksi dengan pasien diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan adalah sebagai berikut:

"...ternyata banyak gunanya juga, karena itu kan ga ngabisin waktu, trus kita bisa tau perkembangan pasien dibanding nulis itu.." (P7)

Kepercayaan diri dalam menggunakan SIMPRO. Perilaku kepercayaan diri yang ditampilkan oleh partisipan terdiri atas terbiasa menggunakan SIMPRO, merasa yakin dan

percaya diri menggunakan SIMPRO, merasa mampu menggunakan SIMPRO, dan menguasai item SIMPRO. Enam orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka terbiasa menggunakan SIMPRO. Ungkapan mereka yaitu sebagai berikut:

"...udah yakin menggunakannya, karena terbiasa kali ya kak, udah terbiasa menggunakan SIMPRO.." (P3)

Enam orang partisipan merasa yakin dan percaya diri dalam menggunakan SIMPRO. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

"...saya yakin bisa sih menggunakannya SIMPRO itu.." (P3)

Selanjutnya tiga orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa mampu dalam menggunakan SIMPRO. Ungkapan partisipan tersebut sebagai berikut:

"...saya merasa mampulah, ya masa begini aja istilahnya ga mampu, ini kan cuma memindahkan dari kita menulis diganti dengan mengklik.." (P1)

Lima orang partisipan juga menyatakan bahwa mereka menguasai item-item yang ada dalam SIMPRO.

Waktu munculnya kepercayaan diri menggunakan SIMPRO yang diungkapkan oleh partisipan bervariasi yaitu seminggu setelah simulasi, 4-5 bulan setelah pendampingan, sehari setelah simulasi, 6 bulan setelah simulasi, 2-3 bulan setelah pendampingan, sebulan setelah bekerja, 3-4 bulan setelah simulasi, sejak *paperless*, dan sebulan setelah simulasi.

Upaya yang dilakukan untuk mampu menggunakan SIMPRO. Upaya dalam menggunakan SIMPRO dalam bentuk mempelajari SIMPRO terdiri atas bertanya kepada tim SIMPRO, bertanya kepada penanggung jawab SIMPRO di ruangan, belajar sendiri dan belajar bersama dengan teman. Bertanya kepada tim SIMPRO diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan tersebut salah satunya adalah sebagai berikut:

"...kadang aku juga suka nanya sama mbak Y, tim dari FIK UI ya.." (P3)

Kendala dalam Menggunakan SIMPRO.

Bentuk kendala dalam menggunakan SIMPRO yaitu terdiri atas kendala terkait perangkat SIMPRO dan kendala dari rekan kerja. Kendala terkait perangkat SIMPRO terdiri atas *loading* lama, *loading* error, dan tidak ada sinyal. Kendala *loading* lama dikeluhkan oleh delapan orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“kendalanya yaitu gangguan dari komputer aja, kaya loadingnya yang lama..” (P1)

Kendala dari rekan kerja dalam menggunakan SIMPRO yaitu rekan kerja malas menggunakan SIMPRO. Hal ini diungkapkan oleh tiga orang partisipan sebagai berikut:

“...kendalanya dari ruangan aja, dari temen-temen aja..., mungkin kadang temen-temen ato kakak kakaknya yang malas masukkin, larinya nanti ke kita, mengan-dalkan kita untuk masukin SIMPRO, itu NV beratnya di situ...” (P2)

Respon dalam menghadapi kendala penggunaan SIMPRO yang diungkapkan partisipan terdiri atas respon menghadapi kendala dari perangkat SIMPRO dan kendala dari rekan kerja. Respon menghadapi kendala dari perangkat SIMPRO diungkapkan partisipan dalam bentuk kesal dan malas. Respon emosional kesal diungkapkan oleh semua partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalo kita lagi banyak pasien mungkin kita kessel juga ya kak ya, misalnya terjadi error... error gitu..” (P2)

Hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi kendala gangguan sinyal yaitu berusaha mencari sinyal, menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal, keluar (*log out*) dari aplikasi SIMPRO kemudian masuk kembali ke aplikasi SIMPRO tersebut, membiarkan saja dan melakukan kegiatan lain, dan menunggu sampai *loading* bagus kembali. Lima orang partisipan mengungkapkan bahwa mereka berusaha mencari sinyal jika sinyal *ipad* tiba-tiba hilang.

Kendala yang dihadapi partisipan dalam menggunakan SIMPRO memiliki dampak terhadap pekerjaan partisipan tersebut. Dampak tersebut yaitu pekerjaan mereka menjadi tertunda dan ditegur oleh atasan. Dampak kendala terhadap pekerjaan menjadi tertunda diungkapkan oleh tiga orang partisipan sebagai berikut:

“...karena kendala itu ninggalin kerjaan dulu jadinya..” (P9)

Faktor-faktor dalam meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO.

Faktor dari dalam diri sendiri yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas adanya keyakinan diri untuk bisa menggunakan SIMPRO, tertarik terhadap teknologi SIMPRO, paham terhadap SIMPRO, dan sering menggunakan SIMPRO. Adanya keyakinan diri akan untuk bisa menggunakan SIMPRO diungkapkan oleh orang partisipan sebagai berikut:

“...jadi semangat dari diri sendiri aja sih, selebihnya karena pengen, karena mungkin dari diri sendiri, yakin pasti bisa, makanya harus bisa, harus mau, ga ada ragu-ragu..” (P8)

Faktor dari rekan kerja yang dapat meningkatkan kepercayaan diri yaitu melihat keberhasilan rekan kerja yang bisa menggunakan SIMPRO dan dukungan dalam mempelajari SIMPRO. Dua orang partisipan mengungkapkan bahwa dengan melihat rekan kerja bisa menggunakan SIMPRO dapat meningkatkan kepercayaan diri untuk bisa menggunakan SIMPRO. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...yang dari luar diri pribadi nya mungkin, orang bisa kenapa NV ga bisa? gitu..., jadi membuat yakin aja untuk bisa menggunakan..” (P2)

Faktor dari atasan dalam meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO terdiri atas dukungan dari atasan, instruksi dari atasan dan penilaian dari atasan. Dukungan dari atasan diungkapkan oleh dua orang partisipan. Ungkapan partisipan-partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...dukungan dari direktur keperawatan dengan datang ke ruangan-ruangan tiap bulan, mengajak kita, menanyakan bagaimana SIMPRO, menganjurkan untuk rapat, kalau rapat ngajak saya..., nah itu dapat membuat jadi lebih pede..” (P1)

Harapan dalam Menggunakan SIMPRO.

Harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMPRO di RSIA Bunda Jakarta yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas harapan terhadap rekan kerja, harapan terhadap atasan, harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta, dan harapan terhadap program SIMPRO. Harapan terhadap rekan kerja yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas memiliki kesadaran untuk menggunakan SIMPRO dan memahami serta mampu menggunakan SIMPRO. Dua orang partisipan mengungkapkan harapan agar rekan kerjanya memiliki kesadaran untuk menggunakan SIMPRO. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...jangan hanya mengandalkan satu orang atau berapa orang yang mau memasukkan, Sadar diri deehh...” (P2)

Harapan terhadap atasan untuk keberhasilan penggunaan SIMPRO yang diungkapkan partisipan yaitu agar lebih memotivasi perawat untuk menggunakan SIMPRO dan lebih memeriksa pendokumentasian yang dilakukan perawat di SIMPRO. Harapan agar atasan lebih memotivasi perawat untuk menggunakan SIMPRO diungkapkan oleh dua orang partisipan, yang dapat dilihat pada pernyataan berikut ini:

“...harapan untuk atasan mungkin lebih memotivasi kali kak ya dalam menggunakan SIMPRO ini...” (P7)

Harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta juga diungkapkan oleh partisipan. Harapan tersebut yaitu agar memperbaiki gangguan koneksi dan menambah fasilitas SIMPRO yaitu *i pad*. Harapan agar pihak rumah sakit dapat memperbaiki gangguan koneksi diungkapkan oleh tiga orang partisipan, yang dapat dilihat pada pernyataan berikut:

“...harapannya semoga ga lemmot lagi, sinyalnya, agar bisa diperbaiki aja...” (P8)

Harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO yang diungkapkan partisipan terdiri atas adanya pelatihan tentang SIMPRO dan perlu adanya *reward*. Harapan agar diadakannya pelatihan tentang SIMPRO diungkapkan oleh tiga orang partisipan. Ungkapan partisipan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalo dapet kursus, maksudnya ada pelatihan tentang SIMPRO gitu lagi, jadi tambah pede...” (P1)

Selain harapan perlu diadakannya lagi pelatihan SIMPRO, tiga orang partisipan juga mengungkapkan harapan untuk diadakannya *reward* dalam rangka meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO. Ungkapan tiga orang partisipan tersebut dapat dilihat pada pernyataan berikut:

“...ato mungkin ada *reward* yang bisa membuat kita...lebih percaya diri, diumumkan gitu aja udah cukuplah yaa..., diberi penghargaan, semuanya kan tidak semua ujung-ujungnya duit, dengan disebarluaskan aja kan kita udah bangga gitu, jadi merasa kepercayaan diri meningkat...” (P1)

Pembahasan

Respon kerepotan, susah dan malas yang diungkapkan oleh perawat pada penelitian ini hampir sama dengan respon yang diungkapkan oleh partisipan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Morrison, Andreou, Joseph dan Little (2010) yang mengungkapkan kesusahan, kebosanan, dan stress dalam menggunakan teknologi informasi tersebut karena terlalu banyak dan kompleksnya tampilan pada program.

Respon susah, kerepotan dan malas yang diungkapkan oleh partisipan pada awal penggunaan SIMPRO menurut peneliti adalah wajar. Hal ini disebabkan karena perawat berada pada tahap awal perubahan dalam proses beradaptasi dengan teknologi baru. Proses adaptasi tersebut memerlukan waktu untuk bisa menerima dan menggunakan SIMPRO. Selain itu, tidak semua perawat biasa menggunakan komputer, mengerti dengan diagnosa yang digunakan di SIMPRO,

dan harus melakukan pendokumentasian *double* pada tahap uji coba SIMPRO tersebut.

Perawat pada penelitian ini juga mengungkapkan perasaan bangga, senang dan biasa saja setelah menggunakan SIMPRO. Beberapa literatur menyatakan bahwa perasaan pengguna terhadap manfaat yang diperoleh dari sistem adalah suatu hal yang positif. Hasil beberapa penelitian tentang perasaan terhadap manfaat yang diperoleh dari sistem informasi menyatakan ada hubungan yang lebih bermakna terhadap keinginan untuk menggunakan, dibandingkan dengan variabel lain (Pearson & Pearson, 2007; Koufaris, 2002; Gong, Xu, & Yu, 2004).

Perasaan setelah menggunakan SIMPRO yang diungkapkan perawat ini menurut peneliti adalah bentuk penerimaan yang positif terhadap penggunaan SIMPRO. Hal ini dapat disebabkan oleh karena perawat telah merasakan manfaat atau keuntungan dari penggunaan SIMPRO tersebut, yaitu dapat membantu memudahkan pekerjaan mereka. Adapun keuntungan-keuntungan yang diungkapkan perawat pada penelitian ini yaitu keuntungan terkait dengan dokumen dan keuntungan dari segi waktu. Keuntungan terkait dokumen terdiri atas pendokumentasian lebih praktis, pendokumentasian lebih mudah dan isi dokumen lebih lengkap. Sedangkan keuntungan dari segi waktu yaitu penggunaan waktu lebih singkat dan lebih banyak waktu interaksi dengan pasien. Hasil riset ini sesuai dengan temuan yang menyampaikan sistem elektronik dokumentasi meningkatkan efektif dan efisien pelayanan keperawatan (Jefferies *et al.* 2012; Ammenwerth *et al.* 2011).

Perawat RSIA Bunda Jakarta telah memperoleh berbagai keuntungan yang efektif dan efisien dari penggunaan SIMPRO yaitu dapat membantu pekerjaan perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan sehingga waktu perawat lebih banyak ke pasien. Keuntungan-keuntungan yang diungkapkan oleh perawat pada penelitian ini berpengaruh terhadap penerimaan dan keinginan mereka untuk menggunakan SIMPRO, karena dengan keuntungan yang diperoleh membuat perawat menjadi lebih senang untuk terus

menggunakan SIMPRO meskipun di awal penggunaan perawat mengungkapkan kesulitannya.

Perilaku kepercayaan diri berupa terbiasa menggunakan SIMPRO sehari-hari yang diungkapkan oleh perawat dalam penelitian ini hampir sama dengan pernyataan partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Zeigler (2011) tentang pengalaman perawat dalam penggunaan komputer dalam praktik keperawatan. Pada penelitian tersebut partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa terbiasa dan nyaman dengan komputer yang menggambarkan kepercayaan diri partisipan tersebut dalam menggunakan komputer dalam praktik.

Marakas, Yi dan Johnson (1998) menyatakan bahwa *self efficacy* dapat dipengaruhi oleh karakteristik individu. Munculnya perilaku kepercayaan diri juga bisa dipengaruhi oleh karakteristik individu seperti jenis kelamin, status perkawinan, usia, pendidikan dan lama bekerja. Pada penelitian ini, waktu munculnya kepercayaan diri yang diungkapkan perawat bervariasi yaitu satu tahun yang lalu, tujuh bulan yang lalu, enam bulan yang lalu dan empat bulan yang lalu.

Penelitian tentang efikasi pada penggunaan sistem dokumentasi keperawatan secara komputer di Indonesia masih minim. Riset menyampaikan ada perbedaan antara karakteristik individu perawat dalam penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Bila dilihat dari hasil penelitian ini, faktor usia dan pendidikan cenderung lebih berpengaruh terhadap waktu munculnya rasa kepercayaan diri.

Munculnya kepercayaan diri yang lebih cepat cenderung dialami oleh partisipan yang memiliki usia muda. Hal ini dapat disebabkan oleh perawat yang memiliki usia relatif muda diasumsikan lebih terpapar dengan teknologi sehingga tidak sulit bagi mereka untuk mengadopsi suatu teknologi baru di tempat mereka bekerja. Kemudian faktor pendidikan juga dapat berpengaruh. Perawat pada penelitian ini yang paling cepat merasa percaya diri adalah satu-satunya perawat yang memiliki pendidikan

S1 Keperawatan dari semua partisipan. Tingkat pendidikan dimiliki oleh perawat tersebut akan mempengaruhi kemampuan kognitifnya, sehingga tidak sulit baginya untuk memahami program SIMPRO yang digunakan.

Upaya-upaya yang diungkapkan perawat pada penelitian ini terdiri atas mempelajari SIMPRO dan membiasakan diri menggunakan SIMPRO. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Malato dan Kim (2004), dimana semua partisipan mengungkapkan bahwa untuk dapat menggunakan komputer membutuhkan proses belajar. Lebih lanjut Malato dan Kim menyatakan bahwa perawat yang memiliki pengalaman dengan komputer secara langsung akan mempengaruhi kualitas pelayanan.

Mempelajari dan sering menggunakan SIMPRO menurut peneliti adalah bentuk upaya yang dilakukan perawat untuk mampu menggunakan SIMPRO dalam rangka beradaptasi dengan sistem baru. Kedua upaya ini juga menjadi perlu dilakukan dalam proses adaptasi karena simulasi satu hari yang dilakukan terhadap semua perawat tidaklah cukup untuk membuat perawat mampu menggunakan SIMPRO. Apalagi tidak semua perawat memiliki pengalaman menggunakan komputer dan mendapatkan mata ajar ilmu komputer di tahap pendidikan. Perawat akan mampu beradaptasi jika manajer memberikan *learning support* dalam bentuk motivasi penguatan-penguatan. Perawat yang mampu beradaptasi dengan program SIMPRO akan dapat membuatnya lebih memiliki keyakinan dan kepercayaan diri yang tinggi untuk menggunakan SIMPRO.

Selama menggunakan SIMPRO, ada beberapa kendala yang dihadapi perawat. Bentuk kendala yang dihadapi oleh perawat terdiri atas kendala terkait perangkat SIMPRO yang terdiri atas *loading* lama, *loading* error, dan tidak ada sinyal. dan kendala dari rekan kerja yaitu rekan kerja malas menggunakan SIMPRO.

Kendala *loading* lama, *loading* error, dan tidak ada sinyal ketika menggunakan komputer dan *i pad* yang dikeluhkan oleh semua perawat dalam penelitian ini hampir sama dengan yang

diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Carrington (2008) tentang efektifitas penggunaan EHR. Partisipan pada penelitian tersebut menyatakan bahwa kendala yang dihadapi dalam menggunakan EHR yaitu jaringan yang error, lama berespon dan gagal dalam menerima informasi dari pasien.

Gangguan koneksi menurut peneliti mungkin saja sekali-kali terjadi dalam penerapan sistem informasi yang menggunakan sistem *online*. Namun jika kejadiannya cukup sering dan dirasakan oleh semua pengguna, tentunya ini akan menjadi kendala yang sangat berarti bagi penggunaannya. Kemudian kendala terkait rekan kerja yang malas menggunakan SIMPRO seharusnya tidak terjadi jika semua perawat memiliki kesadaran diri untuk melakukan pendokumentasian keperawatan sebagai tanggung jawab profesi. Belum ada hasil penelitian yang menyatakan hal yang sama dengan ini, sehingga kendala terkait rekan kerja menjadi sesuatu yang baru dan memerlukan penelitian lanjutan.

Perawat dalam penelitian ini tetap melakukan upaya-upaya ketika menghadapi kendala menggunakan SIMPRO yaitu berusaha mencari sinyal, menghubungi pihak di rumah sakit yang dianggap mengerti dengan sinyal, keluar (*log out*) dari aplikasi SIMPRO kemudian masuk kembali ke aplikasi SIMPRO tersebut, membiarkan saja dan melakukan kegiatan lain, dan menunggu sampai *loading* bagus kembali. Belum ada hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan tentang hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi gangguan sinyal, sehingga hal ini menjadi sesuatu yang baru dan memerlukan penelitian lanjutan.

Faktor-faktor yang diungkapkan oleh partisipan pada penelitian ini terdiri atas faktor dari diri sendiri, faktor dari rekan kerja, dan faktor dari atasan. Hasil penelitian Moody, Slocumb, Berg dan Jackson (2004) menyatakan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan secara elektronik akan dapat meningkatkan pelayanan keperawatan kepada pasien. Hal ini diperoleh jika perawat yang menggunakannya mempunyai kepercayaan diri. Faktor dari rekan kerja terdiri atas melihat keberhasilan rekan kerja yang bisa menggunakan

SIMPRO dan dukungan dalam mempelajari SIMPRO. Faktor dari rekan atasan yang diungkapkan partisipan pada penelitian ini terdiri atas dukungan dari atasan, instruksi dari atasan dan penilaian dari atasan. Bujukan verbal sering digunakan sebagai sumber *self efficacy*. Hasil penelitian McGrath (2008) menyatakan bahwa dalam menggunakan teknologi, selain membutuhkan pengetahuan dan keahlian, perawat juga membutuhkan dukungan baik dari teman sekerja, maupun dari atasan.

Harapan dalam meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO yang diungkapkan tersebut terdiri atas harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMPRO dan harapan untuk meningkatkan kepercayaan diri menggunakan SIMPRO. Harapan untuk keberhasilan penggunaan SIMPRO di RSIA Bunda Jakarta yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas harapan terhadap rekan kerja, harapan terhadap atasan, harapan terhadap RSIA Bunda Jakarta, dan harapan terhadap program SIMPRO. Harapan terhadap rekan kerja yang diungkapkan oleh partisipan terdiri atas memiliki kesadaran untuk menggunakan SIMPRO dan memahami serta mampu menggunakan SIMPRO.

Kesimpulan

Penelitian ini memberikan informasi tentang *self efficacy* perawat dalam menggunakan SIMPRO. *Self efficacy* ini akan lebih mudah muncul jika perawat sudah sering terpapar dengan teknologi informasi.

Disarankan kepada perawat untuk menyadari tentang pentingnya pendokumentasian keperawatan dan dapat meningkatkan *self efficacy*-nya dalam menggunakan SIMPRO, dengan cara mempelajari SIMPRO, sering menggunakan SIMPRO, mengikuti pelatihan-pelatihan tentang SIMPRO serta dengan melanjutkan pendidikan. Manajer diharapkan dapat lebih memotivasi dan mendukung perawat dalam menggunakan SIMPRO yang dapat dilakukan dengan memberi *reward* dan menyediakan pelatihan-pelatihan tentang SIMPRO sesuai kebutuhan perawat, mengatasi gangguan jaringan yang menjadi

kendala utama serta menyediakan fasilitas ruangan yang membutuhkannya (INR, RR, PN).

Referensi

- American Nurses Association. (2001). *Scope and Standards of Nursing Informatics Practice*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Ammenwerth, E., Rauegger, F., Ehlers, F., Hirsch, B., & Schaubmayr, C. (2011) Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal of Medical Informatics*, 80 (1): 25-38. doi: 10.1016/j.ijmednf.2010.10.010.
- Carrington, J.M. (2008). The effectiveness of the electronic health record with standardized nursing languages for communicating patient status related to a clinical event. *Dissertation Abstracts International*, 69(03), AAT3297974.
- Feist, J. & Feist, J.G. (2008). *Theories of Personality* (Edisi 6). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Gong, M., Xu, Y., & Yu, Y. (2004). An enhanced technology acceptance model for web-based learning. *Journal of Information Systems Education*, 15(4), 365-374.
- Lee, T. (2006). Nursing administrators' experiences in managing PDA use for inpatient units. *Computers, Informatics, Nursing*, 24(5), 280-287.
- Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D. & Lad, S. (2012) A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Journal Nurse Education Today*, 32(6), 647-651. doi: 10.1016/j.nedt.2011.08.017.
- Koufaris, M. (2002). Applying the technology acceptance model and flow theory to on-line consumer behaviour. *Information System Research*, 13, 205-223.

- Malato, L.A., & Kim, S. (2004). End-user perceptions of a computerized medication system: Is there resistance to change? *Journal of Health and Human Services Administration, 27* (2), 34-55.
- Marakas, G. M., Yi, M. Y., and Johnson, R. D. (1998). The multilevel and multifaceted character of computer self-efficacy: Toward clarification of the construct and an integrative framework for research, *Information Systems Research, 9*(2), 126-163.
- McGrath, M. (2008). The challenges of caring in a technological environment: Critical care nurses experiences. *Journal of Clinical Nursing, 17* (5), 1096-1104.
- Moody, L. E., Slocumb, E., Berg, B., & Jackson, D. (2004). Electronic health records documentation in nursing. *Computers, Informatics, Nursing, 22*(6), 337-344.
- Morrison, L., Andreou, P., Joseph, J., & Little, P. (2010). Understanding reactions to an internetdelivered health-care intervention: accommodating user preferences for information provision. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 10*(52).
- Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Diperoleh dari <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.
- Pajares, F., & Urdan. (2006). *Self efficacy beliefs of adolescent*. USA: Information age publishing.
- Pearson, A., & Pearson, R. (2007). Measuring information system usage: Replication and extensions. *The Journal of Computer Information Systems, 47*(2), 76-85.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental keperawatan*. Diterjemahkan oleh Ardina Ferderika. Jakarta: Salemba Medika.
- Ragneskog, H., & Gerdnert, L. (2006). Competence in nursing informatic among nursing students and staff at a nursing institutes in Sweden. *Health Information and Libraries Journal, 23*, 126-132.
- Zeigler, C. (2011). *Computerization in practice: The lived experience of experienced nurses*. Capella University). *ProQuest Dissertations and Theses*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/908437918?accountid=17242>.

TERAPI MUROTTAL EFEKTIF MENURUNKAN TINGKAT NYERI DIBANDING TERAPI MUSIK PADA PASIEN PASCABEDAH

Eldessa Vava Rilla¹, Helwiyah Ropi², Aat Sriati³

1. STIKes Karsa Husada Kabupaten Garut, Tarogong Kidul, Garut 44151, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Teaching Hospital Universitas Padjadjaran, Bandung 40161, Indonesia

*E-mail: eldessavarilla@gmail.com

Abstrak

Tindakan pembedahan dapat menimbulkan nyeri dan perubahan tanda-tanda vital. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perbandingan efektivitas terapi musik dan terapi *murottal* terhadap penurunan tingkat nyeri dan kestabilan tanda-tanda vital pada pasien pascabedah. Penelitian kuasi eksperimen dengan pendekatan *Pretest-Posttest Control Group* ini melibatkan 36 responden. Pengukuran tingkat nyeri menggunakan *Numerik Rating Scale*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan antara terapi *murottal* dan terapi musik pada penurunan tingkat nyeri. Rerata penurunan nyeri pada kelompok terapi *murottal* lebih besar dibandingkan dengan penurunan nyeri dengan pada kelompok terapi musik. Akan tetapi, penelitian ini tidak menemukan perbedaan pada kestabilan tanda-tanda vital antara kelompok yang diberikan terapi *murottal* dan terapi musik. Terapi *murottal* dapat menjadi pertimbangan sebagai terapi non farmakologis untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien muslim setelah tindakan pembedahan.

Kata kunci: Kestabilan tanda-tanda vital, pascabedah, terapi *murottal*, terapi musik, tingkat nyeri

Abstract

Murottal Therapy Reduces Pain Level Effectively Compare to Music Therapy on the Post Surgery Patients. Surgery causes painful and vital signs alteration. The objective of this study was to compare the effectiveness of music therapy and *murottal* therapy on reducing of the pain level and stability of vital signs in post surgery patients. This quasi experimental with pretest-posttest control group study involved 36 respondents. Numeric Rating Scale was used to measure pain level. The result showed that there was significantly difference between *murottal* therapy and music therapy in reducing pain level. The average of pain level on *murottal* therapy group was higher than pain level in the music therapy group. On contrary, there no difference on average of vital signs stability of both *murottal* dan music therapy groups. The *murottal* therapy should considere as non-pharmacologic measures to reduce pain level in post-surgery patients.

Keywords: *Murottal* therapy, music therapy, pain, post-surger, vital signs stability

Pendahuluan

Nyeri merupakan salah satu keluhan tersering pada pasien setelah mengalami pembedahan terutama jenis operasi besar seperti laparatomi. Pasien umumnya mengalami nyeri 2–24 jam pertama pascabedah, yaitu ketika pengaruh anastesi sudah hilang, dan pasien sudah keluar dari ruang pemulihan (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003 & McGrath, 2004).

Pada orang yang tidak mampu mengontrol nyeri akan terjadi disharmoni dalam tubuh. Hal ini bila

tidak segera diatasi akan berakibat buruk dengan meningkatnya tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, dan juga pendarahan sehingga memperlambat proses penyembuhan (Apfelbaum, *et al.*, 2003).

Tanda-tanda vital merupakan indikator status kesehatan yang menandakan efektivitas sirkulasi, respirasi, fungsi saraf dan endokrin. Pengukuran tanda-tanda vital memberikan data dasar untuk mengetahui respon terhadap stress fisiologi dan psikologi, rangsangan nyeri, respon terhadap terapi serta perubahan fisiologis (Pacagnella *et al.*, 2013).

Pada kondisi ini, pasien sangat membutuhkan manajemen nyeri. Manajemen nyeri yang tepat adalah yang mencakup semua aspek nyeri, seperti fisik dan psiko-kognitif (McGrath, 2004). Terdapat dua pendekatan manajemen nyeri pascabedah yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Secara farmakologis mencakup pemberian obat-obatan seperti analgetik dan analgesik. Pemberian obat-obatan ini harus tepat karena dapat menimbulkan efek samping adiksi. Pemberian obat jenis narkotika tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosis. Cara non-farmakologis, seperti distraksi dapat digunakan untuk melengkapi. Ada berbagai macam teknik distraksi, diantaranya distraksi visual, taktil, audiotori, dan intelektual. Terapi musik atau terapi *murottal* merupakan metode distraksi audiotori yang banyak diteliti.

Terapi musik berguna untuk proses penyembuhan karena dapat menurunkan nyeri dan membuat relaksasi. Rangsangan musik meningkatkan pelepasan endorfin sehingga mengurangi kebutuhan obat analgesik. Musik dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak, bahkan memengaruhi irama pernapasan, denyut jantung, dan tekanan darah (Campbell, Mainos, & Looney, 2001).

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa terapi musik dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien pascabedah pemasangan kateter jantung dan pada pasien fraktur, (Jafari, Zeydi, Khani, Esmaeili, dan Soleimani, 2012 & Twiss, Seaver, & McCaffrey, 2006) Liu, Chang, dan Chen (2010) menyebutkan terapi musik menurunkan tingkat nyeri, tekanan darahsistolik, nadi dan berpengaruh juga pada kecemasan.

Hal ini karena musik mempengaruhi sistem limbik yang merupakan pusat pengatur emosi. Dari limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, tempat salah satu ujung hipokampus berbatasan dengan nuklei amigdala. Amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, menerima sinyal dari korteks limbik lalu menjalarkannya ke hipotalamus (Ranggakayo, 2012). Di hipotalamus yang merupakan pengaturan sebagian fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti

halnya banyak aspek perilaku emosional, jaras pendengaran diteruskan ke formatio retikularis sebagai penyalur impuls menuju seraf saraf otonom. Seraf tersebut mempunyai dua sistem saraf, diantaranya sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis. Kedua sistem saraf ini mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ-organ. Dengan musik maka sistem saraf otonom ini dapat memerintahkan tubuh untuk melakukan relaksasi, sehingga timbulah ketenangan (Tamsuri, 2007).

Mengenai terapi *murottal* atau pembacaan ayat Al-Qur'an beberapa studi menyebutkan efek yang sama dengan terapi usik. Pada penelitian tiga pria dan dua perempuan, Robb (2000) menemukan bahwa mereka mendapatkan ketenangan sebanyak 65% ketika mendengarkan *murottal* meski tidak memahami Bahasa Arab dan tidak diberi tahu bahwa yang diperdengarkan adalah ayat Al Quran. Responden hanya mendapatkan ketenangan sebanyak 35% ketika mendengarkan alunan bahasa Arab yang bukan dari Al Quran. Izzat dan Arif (2011) mengatakan bahwa terapi *murottal* dapat menurunkan tekanan darah. Di Pakistan, mendengarkan Al Quran telah dijadikan sebagai salah satu terapi pengobatan untuk berbagai penyakit.

Al-Quran merupakan sarana pengobatan untuk mengembalikan keseimbangan sel yang rusak. Jika mendengarkan musik klasik dapat memengaruhi kecerdasan intelektual (IQ) dan kecerdasan emosi (EQ), maka bacaan Al Quran juga memengaruhi kecerdasan spiritual (SQ) (Shihab, 1998). Penelitian yang dilakukan oleh Sodikin (2012) di RS Cilacap menyatakan terapi bacaan Al-Quran dapat bersinergi dengan terapi farmakologi dalam menurunkan nyeri. Pemberian terapi Al-Quran memberikan efek *non farmakologi adjuvan* dalam mengatasi nyeri. Hal ini sejalan dengan teori nyeri: Keseimbangan antara analgesik dan efek samping dari Good yang menyatakan bahwa pemberian analgetik akan memberikan efek samping sehingga dibutuhkan terapi komplementer (Rachmawati, 2008).

Ayat Al-Qur'an yang sering dilatunkan sebagai terapi *murottal* adalah surat Al-Faatihah, Al Ikhlas, Al Falaq, An Naas, ayat Qursy, surat

Yaasin ayat ke 58 dan Al An'am ayat 1-3, dan 13. Semua surat itu mengaktifkan energi Ilahiyah dalam diri pasien yang dapat mengusir penyakit dan rasa sakit yang diderita (Ramadhani, 2007).

Penelitian tentang efektivitas terapi *murottal* terhadap nyeri belum banyak dilakukan di Indonesia sebagai negara berpenduduk muslim terbesar di dunia. Tujuan penelitian ini adalah untuk membandingkan antara efektivitas terapi musik dengan terapi *murottal* terhadap penurunan tingkat nyeri dan kestabilan tanda-tanda vital (tensi, nadi, pernapasan dan suhu tubuh) pada pasien pascabedah.

Metode

Penelitian kuasi eksperimen dengan pendekatan *pretest-posttest control group* ini melibatkan 36 responden yang dipilih secara kuota di sebuah rumah sakit di Kabupaten Garut, Jawa Barat. Kriteria inklusi mencakup pasien pascabedah dengan keluhan utama nyeri, belum mendapat obat analgetik, tingkat kesadaran penuh, dan tanda-tanda vitalnya mengalami ketidakstabilan. Kriteria eksklusi yakni memiliki gangguan pendengaran, dan mengalami nyeri sangat hebat. Responden dibagi menjadi 16 orang untuk kelompok terapi musik dan 20 responden untuk terapi *murottal*. Pasien non-muslim dimasukkan dalam kelompok terapi musik. Variabel dependen yaitu intensitas nyeri dan kestabilan tanda-tanda vital dan variabel perancu adalah jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan terapi obat. Masing-masing kelompok sebelum dan sesudah pemberian terapi tingkat nyerinya dinilai menggunakan *Numerical rating scales* (NRS) 0-10 dan tekanan darah, jumlah nadi per menit, frekuensi pernapasan per menit dan suhu tubuh diukur.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dan izin administrasi di lokasi penelitian. Penelitian ini dilakukan oleh peneliti yang juga seorang perawat sehingga mempunyai kompetensi untuk merawat pasien pascabedah.

Hasil

Lebih dari setengah responden berusia antara 20 hingga 40 tahun (52,8%), laki-laki (55,6%),

berpendidikan Sekolah Dasar (47,2%), dan bekerja sebagai buruh (44,4%). Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Terdapat perbedaan penurunan nyeri antara terapi *murottal* dan terapi musik ($p=0,000$). Terapi *murottal* lebih baik dalam menurunkan tingkat nyeri dibandingkan dengan terapi musik (Tabel 2).

Berdasarkan hasil perhitungan, didapat nilai $p=0,287$. Pengujian akan menolak H_0 jika $p < \alpha 0,05$. Jika dibandingkan dengan taraf signifikan

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	f	%
Umur		
<20 tahun	8	22,2
20-40 tahun	19	52,8
>40 tahun	9	25,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	55,6
Perempuan	16	44,4
Pendidikan		
SD	17	47,2
SMP	10	27,8
SMA	9	25,0
Pekerjaan		
Buruh	16	44,4
IRT	8	22,2
Pegawai swasta	2	5,6
Pelajar	6	16,7
Tidak bekerja	1	2,8
Wiraswasta	3	8,3

Tabel 2. Perbandingan Efektivitas Terapi Musik dan Terapi Murottal pada Penurunan Nyeri

Penurunan Nyeri	n	Jumlah Ranking	Mann-Whitney (uji Z)	p
Terapi Murottal	20	501	-4,455	0,000
Terapi Musik	16	165		

nilai $p= 0,287$ lebih besar maka H_0 diterima. Dengan demikian, tidak terdapat perbedaan penurunan tekanan darah untuk kedua terapi, baik terapi musik dan terapi *murottal* (Tabel 3).

Berdasarkan hasil analisis, didapat rerata nadi setelah terapi *murottal* menurun 10 kali per menit dibanding sebelum terapi. Untuk terapi musik, rerata penurunan nadi delapan kali per menit. Hasil pengujian menunjukkan t hitung sebesar 0,697 dan nilai $p=0,494$. Jika dibandingkan dengan taraf signifikan $\alpha 0,05$ maka nilai p lebih besar sehingga H_0 diterima. Ini artinya tidak terdapat perbedaan rerata nadi setelah terapi *murottal* dan terapi musik (Tabel 4).

Tidak terdapat perbedaan penurunan pernapasan antara terapi *murottal* dan terapi musik ($p= 0,150$). Demikian pula pada suhu, tidak terdapat per-

Tabel 3. Perbandingan Efektivitas Terapi Musik dan Terapi Murottal terhadap Tanda-Tanda Vital (dengan Uji T2 Hotelling)

Variabel	Nilai	F	Sig.
Terapi	0,078	1,295(a)	0,287

Tabel 4. Perbedaan Penurunan Nadi dengan Terapi Musik dan Terapi Murottal (Uji t)

Kelompok	N	Rerata		t hitung	p
		Penurunan (kali/ menit)			
Terapi Murottal	20	10		0,697	0,494
Terapi Musik	16	8			

Tabel 5. Perbandingan Efektivitas Terapi Musik dan Terapi Murottal terhadap Kestabilan Pernapasan dan Suhu

Tanda Vital	n	Jumlah Rangking	Mann-Whitney (uji Z)	p
Pernapasan				
Terapi Murottal	20	414,5	-1,439	0,150
Terapi Musik	16	251,5		
Suhu				
Terapi Murottal	20	413,5	-1,422	0,168
Terapi Musik	16	252,5		

bedaan penurunan suhu tubuh antara terapi *murottal* dan terapi musik ($p= 0,168$). Lihat Tabel 5.

Sebanyak 30 orang dari total 36 responden dalam penelitian ini mendapatkan terapi analgetik narkotik yaitu tramadol dengan dosis 10 mg/kg dalam 500 cc NaCl 3-5 jam pascabedah. Sebanyak enam pasien mendapatkan terapi analgetik non narkotik yaitu ketorolak 30 mg 2x1.

Pembahasan

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya tentang pengaruh terapi musik dan terapi *murottal* terhadap penurunan tingkat nyeri dan kestabilan tanda-tanda vital. Penelitian Hanifah (2007) di Kabupaten Blitar menemukan pengaruh terapi musik pada penurunan intensitas nyeri akibat perawatan luka bedah abdomen ($p=0,039$). Bradt *et al.* (2009) di Inggris menyebutkan bahwa musik memperbaiki suasana hati (*mood*) pasien pascabedah. Musik menimbulkan perasaan tenang dan rileks sehingga nyeri berkurang.

Selain dapat menurunkan nyeri pada pasien pascabedah, terapi musik dapat menstabilkan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan suhu. Penelitian di Taiwan oleh Liu *et al.*, (2010) menunjukkan bahwa musik dapat menurunkan frekuensi respirasi ireguler secara signifikan. Musik dikatakan sebagai ansiolitik atau agen relaksasi yang efektif. Disimpulkan bahwa musik memberikan keuntungan bagi pasien rawat jalan.

Menurut Campbell *et al.*, (2001) bunyi-bunyian dengan frekuensi sedang cenderung merangsang jantung, paru, dan emosi. Bunyi musik yang bergetar membentuk pola dan menciptakan medan energi resonansi dan gerakan di ruangannya. Energi akan diserap oleh tubuh manusia dan secara bertahap mengubah pernapasan, detak jantung, tekanan darah, ketegangan otot, temperatur kulit, dan irama internal lainnya (Mucci & Mucci, 2000). Twiss *et al.* (2006) juga mengungkapkan bahwa musik merupakan stimulus yang unik yang memengaruhi respon fisik dan psikologi

pendengar sehingga menjadi intervensi yang efektif untuk meningkatkan relaksasi fisiologis yang diindikasikan dengan penurunan nadi, respirasi dan tekanan darah.

Efektivitas Terapi *Murottal* terhadap Penurunan Tingkat Nyeri dan Kestabilan Tanda-Tanda Vital. Faradisi (2012) di Jawa Tengah menemukan bahwa terapi *murottal* lebih efektif dibanding terapi musik dalam menurunkan tingkat kecemasan pada pasien pra-bedah. Nurliana (2011) pada penelitian di Medan menemukan bahwa terapi *murottal* berpengaruh pada penurunan nyeri pada ibu yang dilakukan tindakan kuret. Terapi *murottal* juga berpengaruh besar pada respon nyeri pada pasien pascabedah hernia di Cilacap (Sodikin, 2012). Sokeh, Armiyati, dan Chanif (2013) menemukan pengaruh yang signifikan pada rerata intensitas nyeri sebelum dan sesudah terapi *murottal* pada pasien yang terpasang ventilator mekanik.

Melalui terapi pembacaan Al Quran terjadi perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung dan kadar darah pada kulit (Asman, 2008). Perubahan tersebut menunjukkan adanya penurunan ketegangan saraf reflektif yang mengakibatkan terjadinya vasodilatasi dan peningkatan kadar darah dalam kulit, diiringi dengan penurunan frekuensi detak jantung. Pemberian Terapi bacaan Al Quran terbukti mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang ditangkap oleh tubuh, menurunkan rangsangan reseptor nyeri sehingga otak mengeluarkan opioid natural endogen. Opioid ini bersifat permanen untuk memblokir *nociceptor* nyeri.

Perbandingan Efektivitas Terapi Musik dan Terapi *Murottal* pada Penurunan Tingkat Nyeri dan Kestabilan Tanda-Tanda Vital. Gelombang suara dari pembacaan ayat Al Quran akan masuk melalui telinga, kemudian menggetarkan gendang telinga, mengguncang cairan di telinga dalam serta menggetarkan sel-sel berambut di dalam Koklea. Selanjutnya melalui saraf Koklearis menuju ke otak. Tiga jaras Retikuler yang berperan dalam gelombang suara yaitu jaras retikuler-talamus, hipotalamus.

Gelombang suara diterima langsung oleh Talamus, yaitu suatu bagian otak yang mengatur emosi, sensasi, dan perasaan, tanpa terlebih dahulu dicerna oleh bagian otak yang berpikir mengenai baik-buruk maupun intelegensia. Kemudian melalui Hipotalamus memengaruhi struktur basal *forebrain* termasuk sistem limbik. Hipotalamus merupakan pusat saraf otonom yang mengatur fungsi pernapasan, denyut jantung, tekanan darah, pergerakan otot usus, fungsi endokrin, memori, dan lain-lain. Selanjutnya, melalui akson neuron berdifusi mempersarafi neo-korteks (Qadri, 2003).

Mendengarkan bacaan Al Quran lebih bermanfaat dibanding mendengarkan suara lain seperti musik. Suara Al Quran meredakan stress dan meningkatkan ketahanan terhadap stress, meningkatkan relaksasi, ketenangan dan kenyamanan, membantu mengatasi insomnia, meningkatkan imunitas, dan meningkatkan kecerdasan spiritual.

Zulkurnaini, Kadir, Murat, & Isa (2012) mengungkapkan bahwa mendengar bacaan ayat suci Al-quran memiliki pengaruh yang signifikan dalam menurunkan ketegangan urat saraf reflektif, dan hasil ini tercatat dan terukur secara kuantitatif dan kualitatif oleh sebuah alat berbasis komputer. Adapun pengaruh yang terjadi berupa adanya perubahan arus listrik di otot, perubahan daya tangkap kulit terhadap konduksi listrik, perubahan pada sirkulasi darah, perubahan detak jantung, dan kadar darah pada kulit. Perubahan tersebut menunjukkan adanya relaksasi atau penurunan ketegangan urat saraf reflektif yang mengakibatkan terjadinya vasodilatasi dan penambahan kadar darah dalam kulit, diiringi dengan peningkatan suhu kulit dan penurunan frekuensi denyut jantung.

Kemajuan teknologi telah mendeteksi secara akurat bahwa mendengarkan ayat-ayat Al Quran dapat merelaksasi saraf reflektif, memfungsikan organ tubuh, serta memberikan aura positif pada tubuh manusia. Bacaan Al-Quran berefek pada sel-sel dan dapat mengembalikan keseimbangan. Otak merupakan organ yang mengontrol tubuh, dan darinya muncul perintah untuk relaksasi tubuh, khususnya sistem imunitas (Sokeh *et al.* 2013).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi *murottal* lebih efektif menurunkan nyeri dibandingkan terapi musik. Ini dapat terjadi karena terapi *murottal* membantu individu untuk mengembangkan coping mengatasi nyeri. Coping diperlukan sebagai antisipasi terhadap kecemasan dan stres akibat kondisi nyeri. Lantunan ayat Al-Quran mengandung aspek spiritualitas yang membuat individu mengingat Tuhan sehingga menimbulkan rasa cinta atau keimanan. Kecintaan kepada Tuhan ini dapat membangkitkan semangat dalam mengembangkan coping yang positif untuk menghadapi nyeri (Qadri, 2003).

Sodikin (2012) mengungkapkan bahwa terapi bacaan Al-Quran dapat bersinergi dengan terapi farmakologi dalam menurunkan nyeri. Pemberian terapi Al-Quran memberikan efek non-farmakologi *adjuvant* dalam mengatasi nyeri. Hal ini sejalan dengan teori nyeri dari Good yang menyatakan bahwa perlu adanya keseimbangan antara pemberian analgetik dengan efek samping sehingga dibutuhkan terapi *adjuvant* (Rachmawati, 2008).

Terapi Musik dan Terapi Murottal Tidak Memiliki Efektivitas Dalam Menstabilkan Tanda-Tanda Vital. Hasil penelitian ini tidak menemukan efek terapi musik dan *murottal* terhadap kestabilan tanda-tanda vital. Hal ini mungkin terjadi akibat pemberian obat analgetik. Obat golongan analgesik akan merubah persepsi dan nilai tanda-tanda vital dengan jalan mendepresi sistem saraf pusat pada talamus dan korteks cerebri. Pemberian tramadol dalam dosis besar, dapat mengakibatkan depresi miokard atau hipotensi, mencerminkan adanya penurunan respon kompensasi sistem saraf simpatik. Sebagai contoh, tramadol menurunkan tonus sistem saraf simpatis pada vena perifer, sehingga mengakibatkan pengumpulan darah di vena dan selanjutnya menurunkan aliran balik vena, curah jantung, denyut nadi, dan tekanan darah (Stoelting, 2006).

Kesimpulan

Terapi musik dan terapi *murottal* memiliki efek terhadap penurunan tingkat nyeri tetapi tidak memiliki efek yang signifikan terhadap kestabilan tanda-tanda vital pada pasien pascabedah. Terapi

murottal memiliki efektivitas lebih baik dibandingkan terapi musik terhadap penurunan tingkat nyeri tetapi tidak memiliki efek terhadap kestabilan tanda-tanda vital pasien pascabedah (YS, INR).

Referensi

- Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta, S.S., & Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be under-managed. *Anesthesia & Analgesia*, 97(2), 534-540. doi: 10.1213/01.ane.0000068822.10113.9e.
- Asman, O. (2008). Qur'anic healing for spiritual ailments, between tradition, religious law and contemporary law. *Medical Law Journal*, 259-284.
- Bradt, J., Dileo, C., & Potvin, N. (2013). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.
- Campbell, M, Mainos R.O., & Looney, S.W (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *British Journal*, 4(3); 128-137.
- Elzaky, J. (2011). *Mukjizat kesehatan ibadah*. Jakarta: Penerbit Zaman.
- Faradisi, F. (2012). Efektivitas terapi murottal dan terapi musik klasik terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pra-operasi di Pekalongan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(2) Diperoleh dari: <http://www.journal.stikesmuh-pkj.ac.id/journal/index.php/jiks/article/>.
- Hanifah, (2007). Pengaruh terapi musik terhadap intensitas nyeri akibat perawatan luka bedah abdomen di Badan Pelaksana Kesehatan Masyarakat RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar. Skripsi Tidak Dipublikasi. *PSIK-FK Universitas Brawijaya Malang*.
- Izzat, A.M., & Arif, M. (2011). *Terapi ayat Al-Qur'an untuk kesembuhan: Keajaiban Al-Quran menyembuhkan penyakit*. Solo: Kafilah.

- Jafari, H., Zeydi, A.E., Khani, S., Esmaeili, R., & Soleimani, A. (2012). The effects of listening to preferred music on pain intensity after open heart surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 1-6.
- Liu, H.Y., Chang, Y.M., & Chen, H. C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065-1072.
- McGrath, B., Elgendy, H., Chung, F., Kamming, D., Curti, B., & King, S. (2004). Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: A survey of 5,703 patients. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51(9), 886-891. doi: 10.1007/bf03018885
- Mucci, R.J., & Mucci, K.L. (2000). *The healing sound of music*. The Park, Forres, Scotland: Findhorn Press.
- Nurliana. (2011). *Efektifitas perangsangan auditori ayat-ayat suci Al-Quran terhadap kecemasan ibu yang sedang dilakukan kuret di RSUD Dr. Pringadi Medan*. Diperoleh dari: <http://repository.usu.ac.id/>.
- Pacagnella, R. C., Souza, J. P., Durocher, J., Perel, P., Blum, J., Winikoff, B., & Gülmezoglu, A. M. (2013). A Systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. *PLoS One*, 8(3), e57594. doi: 10.1371/journal.pone.0057594.
- Qadri, M.A. (2003). *Quranic therapy heal yourself*. California: Islamic Educational Cultural Research Center of North America. Diperoleh dari: <http://www.iecna.org/publications/books/>.
- Rachmawati, I.N. (2008). Analisis teori nyeri: Keseimbangan antara analgesik dan efek samping. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 129-136.
- Ramadhani, E.Z. (2007). *Super health: Gaya hidup sehat Rasulullah*. Yogyakarta: Pro-U Media.
- Ranggakayo. (2012). *Mekanisme penanganan nyeri dengan menggunakan terapi musik*. Surabaya: Media Mustika.
- Robb, S.L. (2000). Muromtall assisted progressive muscle relaxation, progressive muscle relaxation, music listening, and silence: A comparison on relaxation techniques. *Journal of Music Therapy*, 37(1), 2-21.
- Sodikin., Irawaty, D., & Sukmarini, L. (2012). Pengaruh terapi bacaan Al-Quran melalui media audio terhadap respon nyeri pasien post operasi herniadi RS Cilacap. *Tesis Magister FIK UI, Depok*. Diperoleh dari: <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20307913-T%2031400-Pengaruh%20terapi-full%20text.pdf>
- Sokeh, Armiyati, Y., Chanif. (2013). *Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah 2013: Pengaruh perangsangan auditori murrotal (ayat-ayat suci Al Qur'an) terhadap nyeri pada pasien yang terpasang ventilator mekanik di Ruang ICU RS Islam Sultan Agung Semarang*. Semarang: Unimus.
- Stoelting, R.K., & Hillier, S.C. (2006). Opioid Agonists and Antagonists, Local Anesthetics, Cyclooxygenase-2 Inhibitor and Nonspecific Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. In: *Pharmacology & Physiology in Anesthetic Practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep dan penatalaksanaan nyeri*. Jakarta: EGC
- Twiss, E., Seaver, J., & McCaffrey, R. (2006). The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nursing in Critical Care*, 11(5), 224-231.
- Zulkurnaini, N.A., Kadir, R.S.S.A., Murat, Z.H., & Isa, R.M. (2012, February). The comparison between listening to al-Quran and listening to classical music on the brainwave signal for the alpha band. In *Intelligent Systems, Modelling and Simulation (ISMS)*, 2012 Third International Conference on (pp. 181-186). IEEE.

Jurnal KEPERAWATAN INDONESIA

- ❑ Akupresur untuk Meningkatkan Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Ekstremitas pada Pasien Stroke
- ❑ Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Gizi Balita: Sebuah Survei
- ❑ Penggunaan Skala Braden Terbukti Efektif dalam Memprediksi Kejadian Luka Tekan
- ❑ Perilaku Perawat dalam Mencegah Aspirasi pada Pasien Stroke: Studi Pendahuluan
- ❑ Pengetahuan Tentang Terapi Intervensi Berhubungan dengan Perilaku Perawat dalam Pencegahan Flebitis

AKUPRESUR UNTUK MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT DAN RENTANG GERAK EKSTREMITAS ATAS PADA PASIEN STROKE

Muhamad Adam^{1*}, Elly Nurachmah¹, Agung Waluyo¹

1. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: adhamners@yahoo.com

Abstrak

Penurunan fungsi ekstremitas atas merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien pasca stroke yang mengalami hemiplegia sebagai akibat dari kelemahan dan keterbatasan rentang gerak sendi pada bahu. Akupresur bermanfaat dalam memperbaiki fungsi ekstremitas atas dengan melancarkan pergerakan aliran *qi* (energi vital) di dalam tubuh namun belum banyak penelitian yang mengkaji pengaruh akupresur untuk meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas pada pasien pasca stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh akupresur terhadap kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas pada pasien stroke pasca rawat inap. Penelitian ini menggunakan quasi-experimental design dengan pendekatan pre-post test design pada 34 responden (n kontrol= n intervensi= 17). Kelompok intervensi diberi akupresur setiap hari 10 menit selama tujuh hari. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pada kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p = 0,001$ dan $p = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Akupresur merupakan intervensi yang efektif untuk meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak pada pasien pasca stroke yang mengalami hemiparesis. Rekomendasi pada penelitian ini adalah diperlukan adanya perawat yang menguasai akupresur dan memodifikasi standar asuhan keperawatan dengan memasukkan terapi komplementer akupresur dalam asuhan keperawatan pasien stroke yang mengalami kelemahan dan keterbatasan rentang gerak ekstremitas atas.

Kata kunci: akupresur, ekstremitas atas, hemiparesis, kekuatan otot, rentang gerak, stroke

Abstract

Acupressure to Improve Muscle Strength and Range of Motion of Upper Extremity in Stroke Patients. Decrease in upper extremity function is a frequent complication in patients who experience post-stroke hemiparesis as a result of the weaknesses and limitations of range of motion in the shoulder. Acupressure is useful in improving the function of upper extremity by launching a movement of the flow of qi (vital energy) in the body but not much research that examines the effect of acupressure to improve muscle strength and range of motion of upper extremity in post stroke patients. This study aimed to identify the effect of acupressure on muscle strength and range of motion of upper extremity in stroke patients after hospitalization. This study is a quasi-experimental design with pre-post test approach in 34 respondents (n control = n intervention = 17). Acupressure group were given 10 minutes per time each day for 7 days. There are significant differences in muscle strength and range of motion of upper extremity between the intervention group and control group ($p = 0,001$ and $p = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Acupressure is an effective intervention to improve muscle strength and range of motion in patients who experience post-stroke hemiparesis. Recommendations from this finding that nurses need to competent to provide acupressure and modify the standard of nursing care by include acupressure therapy into nursing care of stroke patients who experience upper extremity weakness and range of motion limitations.

Keywords: acupressure, upper extremity, hemiparesis, muscle strength, range of motion, stroke

Pendahuluan

Stroke atau *cerebrovascular accident* disebabkan oleh putusnya aliran darah ke otak atau oleh karena pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat mengakibatkan gangguan muskuloskeletal yang berkontribusi berupa kelemahan otot pada sisi kontralateral dengan lesi di otak (Eng, 2004).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 (Kementrian Kesehatan RI, 2013), stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mil dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Sebanyak 57,9 persen penyakit stroke telah terdiagnosis.

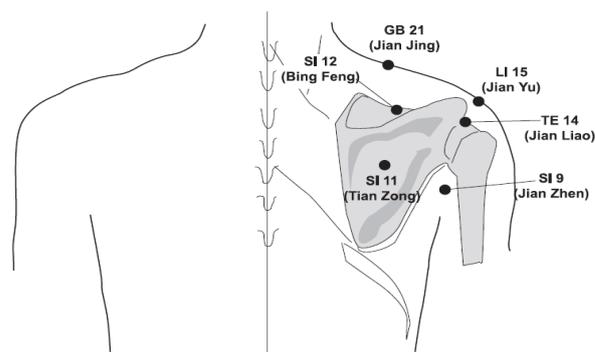
Stroke secara jelas dapat berdampak pada penurunan fungsi ekstremitas atas berupa kehilangan kontrol ekstremitas atas yang dapat menurunkan kekuatan otot dan rentang gerak serta merupakan komplikasi yang paling sering terjadi, yaitu sebanyak 88% pasien pasca stroke (AHA, 2007; Zeferino & Aycock, 2010; Borisova & Bohannon, 2009).

Komplikasi ini dapat berlangsung lama dan akan memengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya karena fungsi ekstremitas atas merupakan hal yang fundamental dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Opara, & Jaracz, 2010). Oleh karena itu, perlu penanganan yang lebih komprehensif.

Ada beberapa terapi yang dapat dimanfaatkan oleh pasien pasca stroke seperti latihan lengan dan pemberian posisi (Desroiers *et al*, 2005; & Yelena & Bohannon, 2009). Terapi akupresur terutama *meridian acupressure* terbukti merupakan intervensi yang efektif untuk memperbaiki pergerakan ekstremitas atas, meningkatkan aktivitas sehari-hari, dan mengurangi depresi pada pasien strike hemiplegia stroke di Korea (Kang, Sok, & Kang, 2009). Penelitian tersebut menguji terapi akupresur 10 menit setiap hari dalam waktu dua pekan. Akupresur adalah intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat dan telah diakui sebagai tindakan keperawatan dalam *Nursing Intervention Classifications* (Dochterment & Bulecheck, 2004).

Akupresur merupakan metode non-invasif berupa penekanan pada titik akupunktur tanpa menggunakan jarum, biasanya hanya menggunakan jari atau benda tertentu yang dapat memberikan efek penekanan sehingga lebih bisa diterima dan ditoleransi oleh pasien dibandingkan akupunktur yang menggunakan jarum (Alkaissi, Stalnert, & Kalman, 2002; Black & Hawk, 2009; Lemone & Burke, 2008; & Ming *et al.*, 2002).

Akupresur bermanfaat dalam memperbaiki fungsi ekstremitas atas melalui efeknya untuk melancarkan pergerakan aliran *qi* (energi vital) di dalam tubuh (Sebastian, 2009). Titik-titik akupunktur terkait fungsi ekstremitas atas (Gambar 1)



Gambar 1. Titik Akupresur Fungsi Ekstremitas Atas (Sumber: Shin & Lee, 2007)

terdapat pada area skapula, yaitu *Large Intestine 15*, *Small Intestine 9*, *Triple Energizer 14*, *Gallbladder 21*, *Small Intestine 11* dan *Small Intestine 12*. (Sin & Lee, 2007).

Meskipun, manfaat akupresur telah diuji pada penelitian di Korea, pada populasi di Indonesia perlu dilakukan penelitian kembali dengan metode yang lebih singkat, yaitu selama tujuh hari. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh akupresur terhadap kekuatan otot dan tentang gerak ekstremitas atas pada pasien stroke pasca rawat inap.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimental dengan pendekatan *control groups pretest-post test design* yang melibatkan 34 pasien stroke pasca rawat inap. Kriteria inklusi responden, antara lain terdiagnosis stroke baik hemoragik maupun non-hemoragik, mengalami hemiparesis dengan kekuatan otot 1-3 baik kiri maupun kanan, kesadaran kompos mentis dan bersedia mengikuti penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu tanda-tanda vital tidak stabil, pasien dalam fase akut (kurang dari 7 hari onset serangan) dan kontraindikasi akupresur (kulit terluka, bengkak, fraktur, myalgia).

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *consecutive sampling* yaitu pasien yang datang dan telah menjalani perawatan di RSUP Fatmawati serta memenuhi kriteria dimasukkan sebagai subyek penelitian.

Sampel terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang masing-masing berjumlah 17 orang. Penetapan kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan penomoran berdasarkan urutan pasca perawatan. Jika bernomor genap masuk ke kelompok intervensi dan jika bernomor ganjil masuk ke kelompok kontrol.

Intervensi dilakukan dengan memberikan akupresur 10 menit pada keenam titik akupunktur di regio skapula (lihat Gambar 1), sekali sehari selama tujuh hari di rumah responden, sedangkan kelompok kontrol tidak diberi akupresur. Data yang dikumpulkan terdiri atas karakteristik, kekuatan otot, dan rentang gerak ekstremitas atas.

Karakteristik responden, yang meliputi usia, jenis kelamin, tipe stroke, frekuensi stroke dan *admission time* (waktu yang dibutuhkan ke rumah sakit sejak mendapatkan serangan stroke).

Kekuatan otot ekstremitas, diukur dengan meminta responden mengangkat ekstremitas atasnya yang mengalami hemiparesis dan dinilai dengan menggunakan *Medical Research Council Scale* yang terdiri dari 6 tingkat, mulai dari 0 (tidak ada kontraksi) sampai 5 (kekuatan normal).

Rentang gerak ekstremitas atas, diukur dengan menggunakan goniometer pada 5 gerakan dasar sendi ekstremitas atas yaitu rotasi eksterna bahu: 90°, fleksi bahu: 180°, abduksi bahu: 180°, ekstensi siku: 180° dan supinasi lengan: 90°. Hasil pengukuran berupa rerata dari kelima persentasi gerakan maksimum yang dilakukan pada setiap rentang gerak.

Pengukuran kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas dilakukan dua kali, sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Analisis data dilakukan dengan bantuan program komputer. Uji homogenitas antara kelompok intervensi dan kontrol menggunakan uji *chi-square* untuk data jenis kelamin, tipe stroke, frekuensi stroke dan *admission time*, serta uji *t independent* untuk usia. Perbedaan kekuatan otot antara kelompok intervensi dan kontrol dinilai dengan meng-

gunakan uji Wilcoxon dan untuk perbedaan rentang gerak menggunakan uji *t independent*.

Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh ijin lolos etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan surat ijin penelitian dari sebuah RSU tempat penelitian di Jakarta. Selama kegiatan penelitian, nama responden tidak digunakan namun hanya menggunakan nomor responden. Pasien dan keluarga telah diberikan informasi tentang tujuan penelitian, prosedur penelitian dan hak-hak responden termasuk hak untuk mengundurkan diri dari penelitian kapanpun diinginkan jika merasakan ketidaknyamanan.

Hasil

Karakteristik Responden. Rerata usia responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol hampir sama. Rerata usia pada kelompok kontrol sebesar 62,53 tahun sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 63,88 tahun (Tabel 1).

Proporsi perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki baik pada kelompok intervensi maupun kontrol. Proporsi stroke non-hemoragik lebih banyak dibandingkan dengan stroke hemoragik baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Stroke yang diderita responden hampir seluruhnya adalah serangan pertama dan mayoritas responden tiba di rumah sakit lebih dari 6 jam setelah mengalami serangan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol (Tabel 2).

Uji Homogenitas. Hasil analisis yang terlihat pada Tabel 3 menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak memiliki perbedaan rerata usia yang bermakna atau rerata usia setara/homogen antara kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0,05$).

Tabel 1. Hasil Analisis Usia Responden di RSUP Fatmawati Jakarta Meni-Juni 2011 (n=34)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	Min - Mak
Usia	Intervensi	17	62,53	14,45	26-85
	Kontrol	17	63,88	11,07	39-85

Hasil analisis pada Tabel 4 menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak memiliki perbedaan yang bermakna berdasarkan jenis kelamin, tipe stroke, frekuensi stroke dan *admission time* ($p > 0,05$).

Hasil analisis menunjukkan rerata rentang gerak ekstremitas atas antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan intervensi hampir sama. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan rentang gerak yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan akupresur ($p > 0,05$).

Hasil analisis menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan kondisi kekuatan otot ekstremitas atas pada kelompok intervensi dan kontrol ($p > 0,05$). Dengan kata lain, kekuatan otot ekstremitas atas sebelum dilakukan aku-

Tabel 2. Jenis Kelamin, Tipe Stroke, Frekuensi Stroke dan *Admission Time*

Variabel	Intervensi (n=17)		Kontrol (n=17)	
	n	%	n	%
Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	8	47,1	7	41,2
b. Perempuan	9	52,9	10	58,8
Total	17	100,0	17	100,0
Tipe Stroke				
a. Non Hemoragik	14	82,6	15	88,2
b. Hemoragik	3	17,6	2	11,8
Total	17	100,0	17	100,0
Frekuensi Stroke				
a. Serangan I	15	88,2	16	94,1
b. Serangan II & Seterusnya	2	11,8	1	5,9
Total	17	100,0	17	100,0
Admission Time				
a. ≤6 jam	15	88,2	16	94,1
b. >6 jam	17	100,0	17	100,0
Total				

Tabel 3. Uji Homogenitas Usia Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok	n	t	p
Usia	Intervensi	17	0,76	0,761
	Kontrol	17		

presur setara atau homogen antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil analisis menunjukkan bahwa kekuatan otot pada kelompok intervensi lebih besar jika dibandingkan dengan kekuatan otot pada kelompok kontrol setelah dilakukan akupresur.

Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya perbedaan kekuatan otot yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan akupresur ($p < 0,05$).

Tabel 4. Homogenitas Jenis Kelamin, Tipe Stroke, Frekuensi Stroke dan *Admission Time* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	X^2	p
Jenis Kelamin		
Perempuan	0,000	1,000
Laki-laki		
Tipe Stroke		
Non Hemoragik	0,163	0,686
Hemoragik		
Frekuensi Stroke		
Serangan I	0,000	1,000
Serangan II & seterusnya		
<i>Admission Time</i>		
≤6 jam	0,000	1,000
>6 jam		

Tabel 5. Uji Homogenitas Kekuatan Otot Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	n	Mean Rank	Z	p value
Kekuatan Otot				
Intervensi	17	16,56	-0,635	0,525
Kontrol	17	18,44		

Tabel 6. Uji Homogenitas Rentang Gerak Ekstremitas Atas Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	n	Mean	SD	t	p
Rentang Gerak					
Intervensi	17	75,33	6,89	0,96	0,344
Kontrol	17	77,03	2,39		

Tabel 7. Perbandingan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Setelah Akupresur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	n	Mean Rank	Z	P value
Kekuatan Otot				
Intervensi	17	22,82	3,456	0,001*
Kontrol	17	12,18		

* bermakna pada α 0,05 dengan Uji Mann-Withney U

Tabel 8. Perbandingan Rentang Gerak Ekstremitas Atas Setelah Akupresur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	n	Mean	SD	t	p value
Rentang Gerak					
Intervensi	17	84,80	5,66	5,41	0,000*
Kontrol	17	76,86	2,17		

* bermakna pada α 0,05

Hasil analisis pada Tabel 8 menunjukkan rerata rentang gerak pada kelompok intervensi lebih besar jika dibandingkan dengan rerata rentang gerak pada kelompok kontrol setelah dilakukan akupresur. Rerata rentang gerak pada kelompok intervensi setelah dilakukan akupresur sebesar 84,80 dengan standar deviasi 5,66; sedangkan rerata rentang gerak pada kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi sebesar 76,86 dengan standar deviasi 2,17. Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya perbedaan rerata rentang gerak yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan akupresur ($p < 0,05$; α 0,05).

Pembahasan

Kekuatan Otot Ekstremitas Atas. Rerata kekuatan otot ekstremitas atas setelah akupresur pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini telah menunjukkan bahwa akupresur yang dilakukan dapat meningkatkan skor kekuatan otot ekstremitas atas pada responden yang mengalami kelemahan kekuatan otot akibat stroke hemiparetik.

Akupresur pada titik akupresur yang berada di atas regio skapula dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas secara bermakna pada pasien pasca stroke. Sebagaimana dikemukakan Shin dan Lee (2007) bahwa titik akupresur yang berada pada regio skapula memiliki hubungan yang sangat erat dengan titik *trigger* untuk memperbaiki fungsi ekstremitas atas. Titik *trigger* merupakan titik sensitif yang bila ditekan akan menimbulkan nyeri pada tempat yang jauh dari titik tersebut, dimana titik ini merupakan degenerasi lokal di dalam jaringan otot yang diakibatkan oleh spasme otot, trauma, ketidakseimbangan endokrin dan ketidakseimbangan otot. Titik *trigger* dapat ditemukan pada otot rangka dan tendon, ligamen, kapsul sendi, periosteum dan kulit. Otot yang normal tidak mempunyai titik *trigger*.

Rentang Gerak Ekstremitas Atas. Rerata rentang gerak ekstremitas atas setelah dilakukan akupresur pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Akupresur yang dilakukan dapat meningkatkan skor rentang pada responden yang mengalami keterbatasan rentang gerak akibat stroke hemiparetik.

Kang, et al., (2009) mengemukakan bahwa pemberian akupresur pada titik meridian dapat memperbaiki sirkulasi *qi* dan darah dalam tubuh, sehingga akan merelaksasikan otot yang mengeras dan merangsang perbaikan alamiah pada abnormalitas skeletal dan rentang gerak dapat meningkat.

Selain itu, dikemukakan pula bahwa pemberian terapi akupresur akan mengharmonisasikan aliran *qi* dan darah sehingga akan merelaksasikan spasme dan meredakan nyeri pada sendi karena menstimulasi pelepasan *endorphin* (East-West Nursing Research Association, 2001; Kang et al., 2009).

Ditemukan adanya kecenderungan penurunan rentang gerak pada kelompok kontrol dari 77% turun menjadi 76,9% dalam waktu 1 pekan terutama pada gerakan sendi bahu rotasi ekstrena bahu dan abduksi bahu karena secara fisiologis pada pasien yang mengalami hemiparesis akan

mengalami penurunan rentang gerak, khususnya pada persendian bahu jika tidak diberikan terapi.

Borisova & Bohannon (2009) berpendapat bahwa sendi bahu pasien pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan akan mengalami keterbatasan rentang gerak terutama keterbatasan pada rotasi eksternal bahu pada sisi tubuh yang lumpuh. Kerusakan rentang gerak akan terjadi segera setelah serangan stroke dan semakin memburuk seiring berjalannya waktu. Penjelasan logis untuk penurunan rentang gerak yang progresif ini telah diobservasi sangat memengaruhi keterbatasan sendi secara signifikan.

Kesimpulan

Hasil penelitian ini telah dapat menjawab tujuan penelitian, yaitu mengidentifikasi pengaruh akupresur terhadap kekuatan otot dan tentang gerak ekstremitas atas pada pasien stroke pasca rawat inap. Penelitian ini memberikan bukti bahwa akupresur dapat meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas. Oleh karena itu, terapi akupresur perlu diterapkan sebagai salah satu intervensi keperawatan terutama pada pasien stroke.

Diperlukan sumber daya perawat yang memiliki kompetensi dalam memberikan terapi akupresur sehingga terapi komplementer ini dapat diaplikasikan kepada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot dan keterbatasan rentang gerak pada ekstremitas atasnya baik di rumah sakit maupun rawat jalan.

Hasil penelitian ini dapat berkontribusi dalam memberlakukan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang komprehensif yang memungkinkan perawat memberikan asuhan keperawatan dengan tindakan mandiri berupa akupresur ini.

Walaupun terapi akupresur pada penelitian ini terbukti efektif, terapi akupresur tidak dimaksudkan sebagai terapi pengganti pengobatan konvensional tetapi sebagai terapi pelengkap atau komplementer bagi terapi lainnya yang memiliki tujuan yang sama dalam meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas.

Pembuktian efektifitas akupresur dalam penelitian ini menjadi salah satu *evidence based practice* yang akan semakin memperkuat dukungan teoritis bagi perkembangan terapi komplementer dalam ilmu keperawatan medikal bedah, sehingga dapat dijadikan sebagai materi dalam pembelajaran keperawatan medikal bedah.

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak menguji adanya faktor lain yang mungkin juga memengaruhi kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas pada pasien stroke. Penelitian ini juga hanya mengambil sampel pasien stroke di rumah sakit ketika rawat inap, tidak kepada pasien pada masa rehabilitasi setelah dipulangkan.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai rujukan tentang pengaruh akupresur terhadap kekuatan otot dan rentang gerak ekstremitas atas pada pasien pasca stroke. Hasil penelitian ini juga dapat memberikan pengetahuan baru bagi penelitian keperawatan dan dapat menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya (JH, AW)

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Umum tempat penelitian berlangsung dan para responden atas kerjasamanya dan dukungannya.

Referensi

- Alkaissi, A., Stalnert, M., & Kalman, S. (2002). Effect and placebo effect of acupressure (P6) on nausea and vomiting after outpatient gynaecological surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43, 3, 270-274.
- American Heart Association. (2007). *Let's talk about complication after stroke*. Mei 2, 2011. <http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke>.
- Black, J. M., & Hawk, J. H. (2009). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes* (Vol 2, 8th Ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.

- Borisova, Y. & Bohannon, R. W. (2009). Positioning to prevent or reduce shoulder range of motion impairments after stroke: A meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 23(8), 681-690.
- Desrosiers, J., Bourbonnais, D., Corriveau, H., Gosselin, S., & Bravo, G. (2005). Effectiveness of unilateral and symmetrical bilateral task training for arm during the subacute phase after stroke: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 19, 581-593.
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2004). *Nursing interventions classification (NIC)* (4th Ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier
- East-West Nursing Research Institute. (2001). *East-west nursing mediation*. Seoul: Hyun Moon Sa.
- Kang, H. S., Sok, S. R., Kang, J. S. (2009). Effects of meridian acupressure for stroke patient in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2145-2151.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar: Riskedas 2013*. Jakarta: Balitbangkes Kemkes RI. Diperoleh dari: <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikedas%202013.pdf>
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: Critical thinking in client care* (4th Ed.). USA: Pearson Prentice Hall.
- Ming, J. L., Kuo, B.I., Lin, J., & Lin, L. (2002). The efficacy of acupressure to prevent nausea and vomiting in post-operative patients. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 343-351.
- Opara, J., & Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *Journal of Medicine and Life*, 3(3), 216-220.
- Sebastian, H.T. (2009). *Rehabilitasi Stroke*. March 1, 2011. <http://www.akupresur.com/>
- Shin, B. C. & Lee, M. S. (2007). Effects of aromatherapy acupressure on hemiplegic shoulder pain and motor power in stroke patients: A pilot study. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 13 (2), 247-251.
- Yelena, B., & Bohannon R. W. (2009). Positioning to prevent or reduce shoulder range of motion impairments after stroke: A Meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 23(8), 681-691.
- Zeferino, S. I. & Aycock, D. M. (2010). Poststroke shoulder pain: Inevitable or preventable?. *Rehabilitation Nursing*, 35 (4), 147.

PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN GIZI BALITA: SEBUAH SURVAI

Sanny Rachmawati Setyaningsih^{1*}, Nur Agustini²

1. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. Departemen Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: sanny_rachmawati_a5@yahoo.com

Abstrak

Gizi merupakan faktor yang berperan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan balita. Pada aspek gizi, peran orang tua terutama ibu sangatlah penting karena merupakan orang yang terdekat bagi anak. Penelitian pendahuluan ini bertujuan memperoleh gambaran tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam pemenuhan gizi balita. Survei ini melibatkan ibu yang memiliki anak berusia 13 sampai 59 bulan di Wilayah Pancoran Mas, Depok, Jawa Barat sebanyak 112 responden. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *multistage random sampling* dan *consecutive sampling*. Hasil survei menunjukkan sebanyak 75,9% ibu berpengetahuan cukup, 57,1% ibu memiliki sikap yang cukup baik, serta 71,4% ibu berperilaku baik dalam pemenuhan gizi balita. Hasil penelitian ini menunjukkan kondisi yang positif tetapi perlu diteliti lebih mendalam lagi sehingga permasalahan utama berkaitan dengan gizi balita dapat diidentifikasi.

Kata kunci: balita, pemenuhan gizi, pengetahuan ibu, perilaku ibu, sikap ibu

Abstract

Knowledge, Attitude, and Behavior of Mothers Related to Nutritional Meeting for Underfive Years Children: A Survey. Nutrition is an important factor for the growth and development of children aged under five years. On nutritional aspects, the role of parents, particularly mothers have a main role because they were the closest person to the children. This survey was to identify mother's nutrition knowledge, attitude, and behavior with involving 112 mothers who had children aged between 13 until 59 months. Respondents were selected by multistage random sampling and consecutive sampling technique. The results showed that 75.9% of mothers have moderate knowledge, 57.1% of mothers have moderate attitude, and 71.4% of mothers show good behavior toward nutrition compliance. The results of this research can be used as an idea to develop strategies to address nutritional problems in children aged under five years.

Keywords: children aged under five years, mother's attitude, mother's behavior, mother's knowledge, nutrition compliance

Pendahuluan

Pada masa balita, anak mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik secara fisik, mental, maupun sosial. Anak memerlukan gizi dari makanan sehari-hari dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik. Gizi yang baik ini sangat penting untuk kelangsungan hidup anak, proses tumbuh kembang, pemeliharaan dan pemulihan kesehatan, serta imunitas (Lozoff, Jimenez, & Smith, 2006; Victora *et al.*, 2008). Gizi yang adekuat juga merupakan hal yang penting

untuk mencapai indikator keempat *Millenium Development Goals* (MDGs).

Di Indonesia, saat ini terjadi fenomena masalah gizi ganda. Pergeseran dalam masalah gizi dan kesehatan ini terjadi seiring dengan perubahan gaya hidup dan kondisi lingkungan di masyarakat. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan prevalensi gizi kurang menurun menjadi 17,%, namun gizi lebih mengalami peningkatan menjadi 5,8%. Berdasarkan indeks massa tubuh, pada tahun 2010, jumlah balita kurus menurun sedikit

menjadi 13,3% dan balita gemuk meningkat menjadi 14% (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Berdasarkan laporan Profil Kesehatan Kota Depok (2012), pada tahun 2011 diketahui dari hasil penimbangan pada 115.140 balita terdapat 5.195 balita (4,51%) gizi lebih, 104.876 balita gizi baik (91,09%), 4.940 balita gizi kurang (4,29%) dan 129 balita gizi buruk (0,11%) dan tahun 2012 dilaporkan bahwa dari 121.702 balita hasil penimbangan balita terdapat 4.746 (4%) balita dengan gizi lebih, 111.112 (91%) balita gizi baik dan 5.563 (5%) balita gizi kurang dan 120 balita (0,1%) balita Gizi buruk. Dilaporkan juga, pada tahun 2012, sebanyak 27 balita gizi buruk dari Kecamatan Pancoran Mas mendapatkan perawatan di RS. Khususnya di wilayah kerja puskesmas Pancoran Mas, berdasarkan penelitian Putri (2008) diketahui sebesar 14.4% anak mengalami kekurusan dan 20.1% anak mengalami kegemukan.

Pada pemenuhan gizi seorang balita, ibu memegang peranan yang sangat penting. Ibu merupakan orang yang paling dekat dengan anak, orang pertama yang berhubungan dengan anak, dan yang memberikan alokasi waktu lebih banyak dalam pengasuhan anak (Byrd-Bredbenner, Abbot, & Cussler, 2008; Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2001).

Menurut Green (1980 dalam Notoatmodjo, 2007), pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang merupakan faktor predisposisi yang memengaruhi perilaku. Jika ibu memiliki pengetahuan yang baik tentang gizi balita, diharapkan ibu juga akan memiliki sikap dan perilaku yang baik pula dalam pemenuhan gizi balita. Pengetahuan ibu mengenai gizi akan berpengaruh terhadap hidangan dan mutu makanan yang disajikan untuk anggota keluarga termasuk balita. Sikap ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi balita juga sangat penting. Sikap merupakan faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Perubahan sikap secara berkelanjutan dapat memengaruhi perilaku seseorang, dimana perilaku pemenuhan gizi yang baik dapat meningkatkan status gizi anak (Apooh, Yaa, & Krekling, 2005). Oleh karena itu, perlu dilakukan survai

untuk mendapatkan gambaran pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu dalam pemenuhan gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas.

Metode

Survai ini menggunakan pengambilan sampel dengan *multistage random sampling* dan *consecutive sampling*, untuk mendapatkan data dari 112 ibu di Posyandu. Kriteria inklusi mencakup ibu yang memiliki balita berusia 13 sampai 59 bulan, berdomisili di wilayah Kecamatan Pancoran Mas, dan dapat membaca dan menulis. Kriteria eksklusi yakni ibu yang memiliki balita dengan penyakit kronik yang menyebabkan gangguan gizi, serta balita dengan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Apabila ibu memiliki lebih dari satu balita, maka balita yang terkecil yang dijadikan sampel.

Pertanyaan dalam kuesioner pengetahuan ibu dinilai dengan menggunakan skala Guttman meliputi 25 pertanyaan. Total skor dikategorikan menjadi 1: kurang, jika jawaban benar <60%, 2: cukup, jika jawaban benar 60-80%, dan 3: baik, bila jawaban benar >80%. Pertanyaan dalam kuesioner sikap dan perilaku ibu dinilai dengan menggunakan skala Likert dengan masing-masing sebanyak 15 pertanyaan. Total skor selanjutnya dikategorikan dengan menganalogikan standar penilaian variabel pengetahuan. Data tentang balita diperoleh dari buku KIA, pada kunjungan terakhir.

Penelitian ini telah melalui proses etik dan administrasi yang semestinya. Semua responden yang terlibat dalam penelitian ini telah mendapatkan *informed consent*.

Hasil

Sebagian besar responden berusia antara 21-40 tahun (97,3%), dengan dua anak (42%), berlatar-belakang pendidikan sekolah menengah (77,7%), ibu rumah tangga (86,6%), penghasilan keluarga di atas dua juta (52,7%), dan bersuku Betawi (37,5%). Secara rinci data dapat dilihat pada Tabel 1.

Data tentang balita dapat dilihat dari Tabel 2. Mayoritas balita berusia 13 hingga 26 bulan (64,3%), laki-laki (57,1%), sehat (55,4%), status gizi normal (88,4%).

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia ibu		
≤20	0	0
21-40	109	97.3
41-65	3	2.7
Jumlah anak		
1	41	36.6
2	47	42
≥3	24	21.4
Pendidikan		
≤ SD (dasar)	4	3.6
SMP-SMA (menengah)	87	77.7
Akademi-PT (tinggi)	21	18.7
Pekerjaan		
Tidak bekerja	97	86.6
Bekerja	15	13.4
Penghasilan		
< Rp 2.042.000	53	47.3
≥ Rp 2.042.000	59	52.7
Suku		
Jawa	41	36.6
Padang	4	3.6
Betawi	42	37.5
Sunda	24	21.4
Lain-lain	1	0.9

Tabel 2. Karakteristik Balita

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia anak		
13-36 bulan	72	64.3
37-59 bulan	40	35.7
Jenis kelamin		
Laki-laki	64	57.1
Perempuan	48	42.9
Status kesehatan		
Sehat	62	55.4
Pernah/sedang sakit	50	44.6
- Batuk	31	62
- Panas	21	42
- Diare	1	2
- Pilek	24	48
- Lain-lain	2	4
Status gizi		
Sangat kurus	0	0
Kurus	0	0
Normal	99	88.4
Gemuk	13	11.6

Tabel 3. Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu dalam Pemenuhan Gizi Balita

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengetahuan		
Kurang	5	4.5
Cukup	85	75.9
Baik	22	19.6
Sikap		
Kurang baik	1	0.9
Cukup baik	60	57.1
Baik	51	42
Perilaku		
Kurang baik	0	0
Cukup baik	32	28.6
Baik	80	71.4

Responden sebagian besar berpengetahuan, dan bersikap cukup, (75,9%, 57,1%) dan berperilaku baik (71,4%) dalam pemenuhan gizi balita.

Pembahasan

Mayoritas ibu berada pada rentang usia 21-40 tahun atau fase dewasa awal. Pada fase ini, tanggung jawab dalam mengasuh balita termasuk pola asuh dalam hal gizi merupakan tahapan kehidupan yang wajar dialami (Potter & Perry, 2005). Selain itu, sebagian besar ibu mempunyai dua orang anak. Hasil penelitian ini juga relevan dengan usia yang berada pada rentang produktif. Mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan menengah yakni dari SMP hingga SMA. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Putri (2008) dan data demografi Kota Depok secara umum.

Pengambilan data pada penelitian ini sebagian besar dilakukan pada hari kerja mulai pukul 08.00-12.00 WIB di Posyandu kelurahan Pancoran Mas sehingga data menunjukkan mayoritas ibu adalah ibu rumah tangga. Selain itu, sebagian besar responden memiliki pendapatan keluarga lebih dari UMK Depok. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Huriah (2006). Kota Depok merupakan kota yang berbatasan langsung dengan wilayah DKI Jakarta, yang banyak penduduk yang merupakan pendatang. Hal ini pun memengaruhi hasil penelitian dimana mayoritas ibu bersuku Betawi.

Mayoritas balita pada penelitian ini berada pada masa *toddler* (13-36 bulan). Menurut perkembangan psikososial Erikson, pada masa ini anak berada dalam periode otonomi versus ragu-ragu/malu. Menurut Urip (2004) pada usia 1-3 tahun, anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Oleh sebab itu, *toddler* disebut juga dengan konsumen pasif. Hasil penelitian juga menjelaskan bahwa mayoritas balita berjenis kelamin laki-laki. Hasil ini pun sesuai dengan data Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2012, dimana balita berjenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada perempuan.

Status kesehatan anak dalam satu bulan terakhir adalah sehat. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Hidayati (2011) tentang tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok yang mengatakan mayoritas anak mengalami sakit. Berdasarkan indeks antropometri BB/TB diketahui bahwa mayoritas balita berstatus gizi normal. Selain itu, dalam penelitian ini juga tidak ditemukan balita dengan status gizi sangat kurus maupun kurus, akan tetapi ditemukan balita dengan status gizi gemuk. Hasil penelitian ini lebih rendah bila dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan Putri (2008). Faktor yang memengaruhi perbedaan hasil penelitian ini yakni dalam sebulan terakhir mayoritas anak berstatus sehat, telah terbentuk 7 pos gizi di kelurahan Pancoran Mas, peran kader yang cukup aktif, adanya RW siaga, serta kegiatan posyandu yang cukup aktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas ibu berpengetahuan cukup mengenai pemenuhan gizi balita. Hal ini berbeda dengan penelitian Ihsan, Hiswani, dan Jemadi (2013) di Desa Teluk Rumbia Aceh, yang menemukan mayoritas ibu berpengetahuan kurang.

Perbedaan hasil penelitian ini dapat dikarenakan perbedaan dalam hal pengkategorian variabel pengetahuan. Pada penelitian Ihsan *et al.* (2013) variabel pengetahuan dibedakan menjadi baik dan kurang baik, sedangkan pada penelitian ini dibedakan menjadi baik, cukup, dan kurang.

Selain itu, perbedaan karakteristik responden atau wilayah turut memengaruhi hasil penelitian.

Pada penelitian ini, mayoritas responden berpendidikan menengah. Pendidikan merupakan faktor yang memengaruhi pengetahuan gizi seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula kemampuan orang tersebut dalam menangkap informasi yang dapat meningkatkan pengetahuannya (Khomsan, 2000).

Berdasarkan peninjauan per subvariabel, diketahui bahwa responden memiliki pengetahuan baik tertinggi pada subvariabel memilih makanan, sedangkan memiliki pengetahuan kurang tertinggi pada subvariabel masalah makanan dan gizi anak. Peneliti berasumsi pengetahuan ibu yang baik dalam hal memilih makanan salah satunya karena perkembangan media massa baik elektronik dan cetak. Hal tersebut mempermudah ibu mendapatkan informasi mengenai cara memilih sayuran, buah, daging, ataupun ikan yang baik untuk anak.

Pada subvariabel masalah makan dan gizi anak, masih banyaknya ibu yang memiliki pengetahuan kurang baik dikarenakan terbatasnya pengetahuan ibu mengenai istilah masalah gizi pada anak contohnya seperti istilah KEP (kurang energi protein).

Berdasarkan hasil analisis terlihat bahwa responden dengan pengetahuan yang baik, status gizi balitanya juga baik. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Khotimah, Siregar, dan Mardiana (2012) yang mengungkapkan ibu yang memiliki pengetahuan baik, memiliki anak dengan status gizi yang baik pula.

Hasil penelitian mengenai sikap ibu dalam pemenuhan gizi balita didapatkan data bahwa mayoritas ibu memiliki sikap yang cukup baik. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Vereecken dan Maes (2010) di Belgia yang menyatakan mayoritas ibu memiliki sikap yang baik dalam pemenuhan gizi anak.

Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian Vereecken dan Maes (2010) dapat dipengaruhi

oleh karakteristik responden penelitian. Pada penelitian Veerecken dan Maes, mayoritas ibu memiliki tingkat pendidikan tinggi, sedangkan pada penelitian ini mayoritas ibu memiliki tingkat pendidikan menengah. Salah satu komponen pembentuk sikap adalah komponen kognitif atau pengetahuan, dimana komponen tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Azwar (2007) menambahkan beberapa faktor yang dapat memengaruhi sikap seseorang dapat meliputi pengalaman individu, pengaruh orang yang dianggap penting, dan kebudayaan.

Berdasarkan tinjauan per subvariabel, diketahui bahwa responden memiliki sikap baik terbanyak pada subvariabel masalah makan dan gizi anak. Sementara itu, responden memiliki sikap kurang baik terbanyak pada subvariabel memilih makanan. Bila dikaitkan dengan pembahasan subvariabel pengetahuan, hal ini tentu berbeda dengan studi terdahulu yang menyebutkan bahwa pengetahuan seseorang memengaruhi sikapnya.

Faktor yang memengaruhi kesenjangan ini salah satunya yaitu kemajuan teknologi informasi. Banyaknya informasi yang ada tidak menjamin semua informasi yang dipaparkan bersifat fakta. Saat ini banyak iklan di televisi, radio, maupun media cetak yang mempromosikan makanan cepat saji/olahan/jajanan merupakan pilihan makanan yang baik untuk anak. Iklan tersebut memberikan pesan sugesti yang dapat memengaruhi opini seseorang dan akhirnya memengaruhi pembentukan sikap (Azwar, 2007).

Kemudian, subvariabel masalah makan dan gizi anak. Peneliti berasumsi walaupun ibu memiliki keterbatasan pengetahuan dalam mengetahui istilah masalah makan dan gizi anak, namun ibu memiliki kemauan dan keinginan untuk mencegah masalah gizi pada anak, sehingga sikapnya pun baik. Hal ini dibuktikan dengan hasil analisis menyatakan semua ibu akan terus memberikan makanan seimbang kepada anak walaupun anaknya sulit makan.

Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan bahwa status gizi anak yang baik dilatarbelakangi oleh sikap ibu dalam pemenuhan gizi anak. Hal

ini didukung oleh penelitian Pratama (2012) yang mengemukakan ada pengaruh yang signifikan antara sikap ibu dengan status gizi balita. Ibu yang memiliki sikap kurang baik berkemungkinan memiliki balita dengan status gizi kurang lebih besar daripada ibu yang memiliki sikap baik.

Pada penelitian ini diketahui bahwa mayoritas ibu memiliki perilaku yang baik dalam pemenuhan gizi balita. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratama (2012) dan Huriyah (2006) yang mengemukakan mayoritas ibu memiliki perilaku yang baik dalam pemenuhan gizi anak.

Menurut teori Precede (Binkley & Johnson, 2013), faktor yang membentuk perilaku seseorang mencakup faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Faktor predisposisi yang memengaruhi perilaku ibu yang baik dalam penelitian ini yakni pengetahuan dan sikap. Pengetahuan ibu yang cukup baik mengenai pemenuhan gizi balita merupakan dasar bagi terbentuknya sikap dan akhirnya dapat membentuk perilaku baik (Azwar, 2007).

Faktor pemungkin yang memengaruhi perilaku ibu yang baik dalam penelitian ini yakni ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan di kelurahan Pancoran Mas seperti posyandu dan puskesmas. Selain itu, penghasilan yang memadai dapat memfasilitasi perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak. Dengan penghasilan tersebut, ibu dapat membeli makanan bergizi untuk anaknya (Fitriyani, Sahar, & Wiarsih, 2011).

Faktor penguat dalam penelitian ini yang turut berperan dalam membentuk perilaku ibu yang baik yakni peran ibu kader, tenaga profesional, dan tokoh panutan (RT/RW/Lurah/Camat/Walikota) yang secara sinergis mendukung upaya dalam menangani masalah gizi balita.

Apabila dilihat persubvariabel, responden memiliki perilaku baik tertinggi dalam hal mengolah makanan, sedangkan memiliki perilaku kurang baik tertinggi yakni dalam memilih makanan. Menurut teori, salah satu hal yang memengaruhi perilaku seseorang yakni sikap orang tersebut

(Notoatmodjo, 2007). Dalam hal memilih makanan, perilaku ibu yang kurang baik ini didasari oleh sikapnya yang juga kurang baik.

Kemudian, peneliti berasumsi sikap ibu yang baik mengenai masalah makan dan gizi turut membentuk perilaku baik dalam hal mengolah makanan. Hal ini dikarenakan salah satu strategi mengatasi masalah makan pada anak adalah dengan mengkreasikan cara pengolahan makanan.

Pada penelitian ini terlihat adanya kecenderungan bahwa semakin baik perilaku ibu dalam pemenuhan gizi anak, maka akan semakin baik pula status gizi anak. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Jelantik (2012), dimana pada ibu yang memiliki perilaku baik dalam pemenuhan gizi, memiliki anak dengan status gizi baik.

Kesimpulan

Mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup, sikap cukup baik, serta perilaku yang baik dalam pemenuhan gizi balita. Hasil penelitian ini dapat membantu perawat dalam menyusun strategi yang dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu terkait gizi balita ke tingkat yang lebih baik. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan dengan menggunakan teknik pengambilan sampel yang berbeda, melibatkan ibu yang memiliki balita usia 6-59 bulan, serta dapat menggunakan metode observasi untuk mengukur variabel perilaku ibu (MR, AG, INR)

Referensi

- Apooh, Yaa, L., & Krekling, S. (2005). *Maternal nutritional knowledge and child nutritional status in the volta region of Ghana*. London: Blackwell Publishing.
- Azwar, S. (2007). *Sikap manusia: Teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Binkley, C. J., & Johnson, K. W. (2013). Application of the PRECEDE-PROCEED planning model in designing an oral health strategy. *Journal of Theory and Practice of Dental Public Health*, 1(3), <http://www.sharmilachatterjee.com/ojs-2.3.8/index.php/JTPDPH/article/view/89>.
- Byrd-Bredbenner, C., Abbot, J. M., & Cussler, E. (2008). Mothers of young children cluster into 4 groups based on psychographic food decision influencers. *Nutr Res*, 28, 506-516.
- Hidayati, R. N. (2011). *Hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok*. Tesis Tidak Dipublikasi. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Depok.
- Huriah, T. (2006). *Hubungan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi dengan status gizi balita di Kecamatan Beji Kota Depok*. Tesis Tidak Dipublikasi. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Depok.
- Ihsan, M., Hiswani., & Jemadi. (2013). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak balita di desa teluk rumbia kecamatan singkil kabupaten aceh singkil tahun 2012. *Jurnal Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi* 2(1), 1-10.
- Jelantik, I. G. (2012). Perbedaan perilaku pemberian makanan oleh ibu yang memiliki anak balita gizi buruk dengan gizi baik di wilayah kerja puskesmas pringgasea Kabupaten Lombok Timur tahun 2012. *Media Bina Ilmiah* 6(4), 48-52.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Riset kesehatan dasar: Riskesdas 2010*. Diperoleh dari: <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/download/TabelRiskesdas2010.pdf>.
- Khomsan, A. (2000). *Teknik pengukuran pengetahuan gizi*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Khotimah, N. S., Siregar, R., & Mardiana. (2012). Hubungan pengetahuan gizi ibu dan pola makan balita dengan status gizi balita (12-59 bulan) di wilayah kerja puskesmas gandus kecamatan gandus-palembang tahun 2010. *Jurnal Pembangunan Manusia*, 6(2).
- Lozoff, B., Jimenez, E., & Smith, J. B. (2006). Double burden of iron deficiency in infancy

- and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(11), 1108–1113.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Potter, P. A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Fitriyani, P., Sahar, J., & Wiarsih, W. (2011). Pengalaman keluarga memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 14(3), 150-156.
- Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2012. (2013). Diperoleh dari <http://dinkes.depok.go.id/wp-content/uploads/profil-kesehatan-kota-depok-tahun-2012.pdf>.
- Pratama, A. R. (2012). *Pengaruh tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, pengetahuan ibu, sikap ibu, dan perilaku ibu terhadap status gizi balita di kecamatan kesamben kabupaten jombang*. (Skripsi Tidak Dipublikasi). Universitas Negeri Surabaya. Surabaya
- Putri, R. N. A. (2008). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi baduta berdasarkan imt menurut umur di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Depok tahun 2008 (analisis data sekunder)*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok.
- Uripi, V. (2004). *Menu sehat untuk balita*. Jakarta: Puspa Swara anggota IKAPI.
- Vereecken, C., & Maes, L. (2010). Young children's dietary habits and associations with the mothers nutritional knowledge and attitudes. *Appetite*, 54, 44-51.
- Victora C.G., Adair L., Fall, C., Hallal P.C., Martorell R., Richter L., & Sachdev, H.S (2008). Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371(9609), 340 –357.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essential of pediatric nursing*. Philadelphia: Mosby, Inc.

PENGGUNAAN SKALA BRADEN TERBUKTI EFEKTIF DALAM MEMPREDIKSI KEJADIAN LUKA TEKAN

Era Dorihi Kale^{1*}, Elly Nurachmah², Hening Pujasari²

1. Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Kupang 85361, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: *fromerawithlove@yahoo.com*

Abstrak

Luka tekan merupakan luka karena tekanan yang berlangsung lama pada kulit dan jaringan yang dapat berakibat pada kondisi yang lebih serius. Luka tekan dapat dideteksi dengan menggunakan skala Braden. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi keefektifan menggunakan skala Braden dalam memprediksi kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ruang perawatan bedah dan penyakit dalam, sebuah RSU di Kota Kupang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode prospektif, yang melibatkan 28 pasien yang dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala Braden mempunyai validitas prediksi yang baik dengan nilai sensitivitas 88,2% dan spesifitas 72,7%. Hasil ini menunjukkan bahwa skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan. Oleh karena itu, skala Braden disarankan untuk digunakan sebagai alat skrining terhadap risiko terjadinya luka tekan terutama pada pasien yang mengalami perawatan yang lama.

Kata kunci: luka tekan, ruang rawat pasien medikal-bedah, skala Braden

Abstract

The Use of Braden Scale Proven Effective in Predicting the Incident of Pressure Ulcer. Ulcer pressure is a wound which occurs due to long pressure on skin and tissues resulting on more seriously condition. Pressure ulcer is preventable through early detection with Braden scale. This study aims to identify the effectiveness of Braden scale in predicting incident of pressure ulcer of patients in Medical-Surgical Ward at a General Hospital in Kupang. This prospective study involved in 28 subjects selected by consecutive sampling method. The result showed that Braden scale has validity in prediction with 88.2% sensitivity and 72.7% specificity. Braden scale is effective in predicting pressure ulcer and recommended to use as a screening tool to predict the incident of pressure ulcer.

Keywords: Braden Scale, medical-surgical ward, pressure ulcer

Pendahuluan

Luka tekan adalah suatu lesi iskemik pada kulit dan jaringan di bawahnya yang disebabkan oleh adanya tekanan yang merusak aliran darah dan limfe. Keadaan iskemia ini menyebabkan nekrosis jaringan dan akan menimbulkan luka. Luka tekan ini bisa terjadi pada pasien yang berada dalam suatu posisi dalam jangka waktu lama baik posisi duduk maupun berbaring (Porth, 2005 dalam LeMone & Burke, 2008). Di Indonesia, kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di rumah sakit mencapai 33% (Suriadi, et al., 2007).

Kejadian luka tekan ini akan menimbulkan komplikasi serius pada pasien, misalnya sepsis dan kematian (Ayello, 2003). Jika sudah terjadi luka tekan maka penyembuhannya akan sulit dan memerlukan biaya yang tinggi, juga menyebabkan memanjangnya waktu rawat di rumah sakit, bahkan meningkatkan mortalitas (Ignatavicius & Workman, 2006; & Linton, Matteson, & Maebius, 2004). Untuk itu penting bagi perawat melakukan berbagai upaya pencegahan terjadinya luka tekan pada pasien dengan cara mendeteksi secara dini faktor-faktor risiko terjadinya luka tekan. Untuk memfasilitasi pengkajian terhadap risiko terjadinya luka tekan pada pasien, maka

Braden dan Bergstrom (1984) dalam Bergstrom, Demuth, dan Braden (1988) telah mengembangkan suatu alat yang disebut *Braden scale* (skala Braden).

Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk menguji validitas dan reliabilitas dari alat ini. Hasil yang diperoleh bahwa skala Braden menunjukkan validitas dan reliabilitas yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan alat ukur yang lain yaitu *Norton scale* dan *Waterlow scale* (Ayello, 2003; Braden & Mekleburst, 2005), namun pada pelaksanaan di tatanan pelayanan keperawatan saat ini belum menggunakan skala ini dan perawat cenderung untuk melakukan penilaian klinik (*clinical judgement*) dalam menilai risiko luka tekan pada pasien, sehingga sering terjadi kesalahan dalam penilaian risiko pasien.

RSU Kelas B Kupang merupakan RS pemerintah tipe B yang memiliki ruang perawatan penyakit bedah-dalam kelas II dan III berkapasitas total 108 tempat tidur. Angka kejadian luka tekan pada rumah sakit ini belum diketahui secara pasti. Berdasarkan wawancara dengan perawat yang bertugas di ruang perawatan bedah-dalam mengatakan bahwa luka tekan sering terjadi terutama pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi di ruangan ini. Rumah sakit ini juga belum pernah menggunakan skala Braden dalam mendeteksi kejadian risiko luka tekan pada pasien dan juga belum pernah dilakukan uji validitas prediksi terhadap skala Braden.

Merujuk kepada pendapat Suriadi, et al., (2008) bahwa validitas prediksi suatu skala pengkajian risiko dapat dipengaruhi oleh karakteristik suatu populasi, maka perlu mengevaluasi sejauh mana validitas prediksi alat tersebut pada populasi yang bersangkutan sebelum alat itu digunakan. Dengan demikian dianggap perlu untuk melakukan penelitian tentang keefektifan skala Braden dalam mendeteksi kejadian luka tekan di ruang perawatan bedah-dalam RSU Kelas B Kupang.

Metode

Desain penelitian prospektif untuk mengidentifikasi keefektifan skala Braden dalam memprediksi

kejadian luka tekan di ruang perawatan Bedah-Dalam RSU Kelas B Kupang pada bulan April-Mei 2009. Kriteria inklusi: 1) Bersedia diteliti dengan menandatangani lembar persetujuan. 2) Mempunyai gangguan mobilisasi parsial atau penuh, yang ditentukan berdasarkan adanya diagnosis keperawatan gangguan mobilisasi fisik. Kriteria Eksklusi: 1) Mempunyai riwayat luka tekan sebelumnya. 2) Pasien yang dirawat kurang dari 6 hari. Sampel diambil secara *consecutive sampling* dengan besar sampel 28.

Pengukuran risiko luka tekan dengan menggunakan skala Braden dengan uji validitas menggunakan *Pearson* dan uji reliabilitas menggunakan *Alpha-Cronbach* didapatkan semua item subskala valid ($r > 0,632$). Uji reliabilitas didapatkan nilai r Alpha (0,899). Analisis bivariat dengan menggunakan *Khi kuadrat*. Observasi harian kondisi kulit, tekanan darah dan suhu tubuh dilakukan oleh pengumpul data menggunakan lembar observasi. Pengumpul data pada penelitian ini sebanyak 4 orang, masing-masing ruangan 1 orang. Pengumpul data telah dilatih dalam mengobservasi kondisi kulit dan dilakukan uji persamaan persepsi, dengan hasil koefisien Kappa ($K = 0,71$).

Hasil

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa proporsi responden laki-laki dan perempuan berimbang (laki-laki dan perempuan 50%). Jika dilihat dari diagnosis medik responden maka nampak bahwa 50% responden dirawat dengan diagnosis medik stroke, selebihnya dengan diagnosis pasca operasi, DM dan penyakit lainnya. Mayoritas responden (75%) memiliki riwayat tidak merokok dan lebih dari sebagian responden menderita luka tekan (60,7%).

Tabel 2 menunjukkan rata-rata usia responden adalah 54,29 tahun dengan usia termuda berusia 15 tahun dan responden tertua 74 tahun. Rata-rata IMT adalah 23,15 kg/m^2 , sedangkan IMT terendah 16,40 kg/m^2 dan IMT tertinggi adalah 35,30 kg/m^2 . Suhu tubuh responden memiliki rata-rata 36,73 °C, sedangkan suhu terendah adalah 36,2 °C dan suhu tertinggi adalah 38,50 °C.

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Diagnosis Medik, Riwayat Merokok dan Kejadian Luka Tekan

Variabel		Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	14	50
	Perempuan	14	50
Diagnosis Medik	Stroke	14	50
	Pasca operasi	3	10,71
	DM (Diabetes Mellitus)	2	7,14
	lainnya	9	32,14
Riwayat Merokok	Merokok	7	25
	Tidak merokok	21	75
Kejadian Luka Tekan	Ada luka	17	60,7
	Tidak ada luka	11	39,3

Tabel 2. Karakteristik Berdasarkan Usia, IMT, Suhu Tubuh, Tekanan Darah, dan Skor Skala Braden

Variabel	Mean	SD	95% CI	Minimal-maksimal
Usia	54,29	17,20	47,62-60,95	15-74
IMT (Indeks Masa Tubuh)	23,15	5,0	21,32-25,21	16,40-35,30
Suhu Tubuh	36,73	0,57	36,51-36,95	36,20-38,50
Tekanan Darah Sistolik	134	23,84	124,75-143,27	91-175
Tekanan Darah Diastolik	83,28	11,86	78,68-87,88	59-100
Skor Skala Braden	13,67	3,96	12,14-15,21	6,00-22,00

Tabel 3. Hasil Uji Homogenitas Variabel Konfonding

Variabel	Kejadian luka				Total n	p
	Ada luka		Tidak ada luka			
	n	%	N	%		
Usia						
≥70	3	10,7	4	14,3	7	0,381
<70	14	50	7	25	11	
IMT						
Kurang	5	17,9	0	0	5	0,565
Normal	9	32,1	6	21,4	15	
Lebih	2	7,1	3	10,7	5	
Obesitas	1	3,6	2	7,1	3	
Riwayat merokok						
Merokok	4	14,3	3	10,7	7	1,000
Tidak merokok	13	46,4	8	28,6	21	
Diagnosa Medik						
Vaskular perifer	3	10,7	0	0	3	0,258
Bukan vaskular perifer	14	50	11	39,3	25	
Suhu Tubuh						
<37,4 °C	14	50	11	39,3	25	0,258
≥37,4 °C	3	10,7	0	0	3	
TD sistolik (mmHg)						
<100	2	7,1	0	0	2	0,505
≥100	15	53,6	11	39,3	26	
TD diastolik (mmHg)						
<60	1	3,6	0	0	1	1,000
≥60	16	57,1	11	39,3	27	

Tabel 4. Validitas Prediksi Skala Braden di Ruang Perawatan Penyakit Bedah-Dalam

<i>Cut of Point</i>	Sensitifitas (%)	Spesifitas (%)	FN (%)	FP (%)
11	35,3	90,9	64,7	9,1
12	41,2	81,8	58,8	18,2
13	47,1	81,8	52,9	18,2
14	82,4	72,7	17,6	27,3
15	88,2	72,7	11,8	27,3
16	94,1	54,5	5,9	45,5
17	100	54,5	0	45,5
18	100	9,1	0	90,9

Pada pengukuran tekanan darah dijumpai rata-rata tekanan darah sistolik adalah 134 mmHg, tekanan darah sistolik terendah adalah 91 mmHg dan tekanan darah sistolik tertinggi adalah 175 mmHg. Dari Tabel 2 juga terlihat bahwa rata-rata tekanan darah diastolik responden 83,28 mmHg. Rata-rata skor skala Braden responden adalah 13,67 dengan skor terendah adalah 6 dan skor tertinggi adalah 22.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara usia, IMT, riwayat merokok, diagnosis medik, suhu tubuh dan tekanan darah pada kelompok yang mengalami luka dengan usia pada kelompok yang tidak terjadi luka ($p > 0,05$)

Berdasarkan Tabel 4 dapat dilihat bahwa dari skor 14 keatas didapatkan sensitifitas 82,4%-100% dengan spesifitas pada skor 15 ke bawah berkisar 72,7%-81,8%. Dari hasil tersebut diambil titik keseimbangan paling baik pada skor 15 dimana nilai sensitifitas dan spesifitas tertinggi dengan nilai FP dan FN terendah. Dengan demikian pada populasi ini skor 15 dipakai sebagai *cut of point*, dimana nilai sensitifitas 88,2%, spesifitas 72,7%, FN 11,8% dan FP 27,3%.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan memasukkan nilai sensitifitas dan nilai *false positive*

ke dalam program komputer, maka didapatkan luas area di bawah kurva pada penelitian ini adalah 0,880. Luas area di bawah kurva ini telah diklasifikasikan berdasarkan kemampuan prediksi suatu alat, yaitu: sempurna = 0,9-1; Baik = 0,8-0,9; cukup = 0,7-0,8; kurang = 0,6-0,7 dan gagal = 0,5-0,6. Dengan memiliki luas area di bawah kurva sebesar 0.880, maka skala Braden memiliki nilai prediksi yang baik terhadap kejadian luka tekan pada pasien ruang perawatan bedah-dalam RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Pembahasan

Kejadian Luka Tekan. Berdasarkan hasil penelitian, angka kejadian luka tekan pada pasien yang imobilisasi di ruang perawatan bedah dalam RSUD B Kupang pada bulan April dan Mei 2009 mencapai 60.7%. Angka ini cukup tinggi jika dibandingkan dengan pendapat Porth tahun 2005 (dalam LeMone & Bukre, 2008) yang mengatakan bahwa insiden luka tekan di rumah sakit mencapai 8% dan insiden luka tekan di unit perawatan jangka panjang berkisar 2,4-23%, sedangkan di Pontianak, kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ICU mencapai 33% (Suriadi, et al., 2007).

Peneliti berpendapat bahwa angka kejadian luka tekan bisa berbeda, tergantung pada karakteristik

populasi tersebut dan juga penataan ruang perawatan pasien. Kejadian luka tekan akan meningkat pada ruang perawatan jangka panjang dan juga ICU dimana pasien yang dirawat memiliki hambatan dalam melakukan mobilisasi dan tingkat ketergantungan yang tinggi dalam melakukan aktifitas.

Validitas Prediksi Skala Braden. Validitas Prediksi skala Braden ditentukan oleh nilai Spesifitas, Sensitifitas, *False Positive* (FP) dan *False Negative* (FN). Hasil penelitian menunjukkan bahwa, bila dilihat dari skor 14 keatas maka akan didapatkan sensitifitas skala Braden berkisar dari 82,4%-100% dengan spesifitas pada skor 15 ke bawah berkisar 72,7%-81,8%. Dengan menggunakan *cut of point* 15, maka validitas prediksi skala Braden adalah sensitifitas 88,2%, spesifitas 72,7%, FP 27,3% dan FN 11,8% dan luas area di bawah kurva ROC adalah 0,880.

Hasil penelitian ini didukung oleh Ayello (2003) dalam review literturnya yang diperoleh dari 14 data dasar untuk memprediksi kejadian luka tekan menggunakan skala Braden pada pasien lanjut usia di 14 unit perawatan akut dan perawatan di rumah. Hasilnya menunjukkan bahwa kemampuan skala Braden untuk memprediksi terjadinya luka tekan cukup baik, dengan nilai sensitifitas skor 16 ke bawah berkisar dari 83%-100% dan spesifitas pada skor 17 kebawah berkisar dari 64%-90%, tergantung dari *cut of point* yang digunakan. Kwong, et al., (2005) menganjurkan untuk menggunakan *cut of point* 16 untuk skala Braden yang sudah di modifikasi.

Walaupun demikian, peneliti merasa perlu untuk diperhatikan adanya *overprediction* ataupun *underprediction* yang ditimbulkan dengan penggunaan skala Braden. Dengan Spesifitas sebesar 72,7% akan menimbulkan *overprediction* sebesar 27,3%, yang berarti dari 100 orang yang dikatakan berisiko terjadi luka tekan, 27,3 orang tidak akan mengalami luka tekan. Kondisi *overprediction* ini akan menyebabkan pengeluaran biaya dan tenaga yang tidak perlu untuk mencegah terjadinya luka tekan pada orang yang memerlukan tindakan tersebut; sedangkan

underprediction ditentukan oleh nilai FN, dimana pada penelitian ini ditemukan sebesar 11,8% yang berarti dari 100 orang yang dikatakan tidak berisiko terjadi luka tekan, terdapat 11,8 orang yang akan mengalami luka tekan. Hal ini menyebabkan adanya pasien yang berisiko terjadi luka tekan tetapi tidak mendapat tindakan pencegahan yang dibutuhkan. Dengan adanya *underprediction* ini diharapkan bagi perawat melakukan pemeriksaan kulit secara teratur walaupun pada pasien yang tidak berisiko terjadi luka tekan untuk mendeteksi adanya kerusakan kulit tahap awal, sehingga kegagalan mendeteksi risiko pada 11,8% pasien dapat dideteksi untuk diberikan tindakan yang sesuai.

Kesimpulan

Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kejadian luka tekan di ruang perawatan bedah-dalam cukup tinggi, skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan dan secara statistik tidak ditemukan adanya pengaruh variabel perancu terhadap kejadian luka tekan di ruang perawatan Bedah-Dalam RSUD B Kupang.

Disarankan kepada bagian keperawatan RSUD B Kupang untuk mengujicobakan terlebih dahulu skala Braden pada beberapa pasien di ruang perawatan lain melalui Evidence Based Practice (EBP). Setelah terbukti efektif, maka skala ini dijadikan Standar Prosedur Operasional (SPO) perawatan pasien imobilisasi. Sebelum diimplementasikan menjadi SPO terlebih dahulu diberikan pelatihan kepada perawat yang akan menggunakannya. Bagi institusi pendidikan keperawatan juga perlu memasukan materi tentang penggunaan skala Braden kedalam kurikulum pembelajaran. Untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih besar sehingga dapat diidentifikasi adanya pengaruh variabel perancu dengan alat pengumpul data yang sudah terstandarisasi. Karena adanya perbedaan karakteristik masing-masing populasi, maka disarankan untuk dilakukan uji validitas prediksi skala ini sebelum digunakan pada populasi yang berbeda.

Rencana tindak lanjut dalam mengaplikasikan hasil penelitian ini pada tatanan praktek keperawatan dimulai dengan menyampaikan hasil penelitian ini kepada pembuat kebijakan di rumah sakit untuk dapat memasukan penggunaan skala Braden ke dalam protap perawatan pasien imobilisasi. Kemudian perawat ruangan diberi pelatihan tentang penggunaan skala Braden dan protap perawatan pasien imobilisasi berdasarkan tingkat risiko masing-masing pasien. Setelah 3 bulan pelaksanaan maka dilakukan evaluasi terhadap keberhasilan dan kendala-kendala yang dihadapi dalam menerapkan skala Braden ini dan dilakukan perbaikan. Kemampuan menggunakan skala Braden seyogyanya ditetapkan dalam kurikulum khususnya terkait pada askep medikal bedah agar setiap lulusan memiliki kemampuan dalam menggunakan skala Braden untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien. Penelitian ini menemukan bahwa skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan di ruang perawatan bedah dalam RSUD B Kupang dan dapat dijadikan data dasar bagi penelitian selanjutnya tentang pencegahan luka tekan melalui penggunaan skala deteksi risiko (JH, AW)

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Kemenkes RI yang telah memberikan bantuan dana dalam pelaksanaan penelitian ini.

Referensi

- Ayello, E.A. (2003). *Predicting pressure ulcer risk*. Diambil dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12736933>. Tanggal 11 Pebruari 2009.
- Bergstrom, N., Demuth, P.J., & Braden, B.J. (1988). *A clinical trial of the braden scale for*

predicting pressure sore risk. Diambil dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3554150> tanggal 8 Pebruari 2009.

- Braden, B.J., & Maklebust, J. (2005). *Preventing Pressure ulcer with Braden scale*. Diambil dari <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/pnso/nurseeducation/Slide-16-The-Braden-Scale.pdf> tanggal 7 Pebruari 2009.
- Ignatavicius, D & Workman. (2006). *Medical Surgical Nursing; Critical Thinking for Collaborative Care*. 5th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kwong, E., Pang, S., Wong, T., Shao-ling, X. & Li-un, T. (2005). Predicting Pressure Ulcer Risk with the Modified Braden, Braden and Norton Scales in Acute Care Hospitals in Mainland China. *Applied Nurs Res*, 18(2), 8-122.
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4th edition. USA: Pearson prentice hall.
- Linton, A.D., Matteson, M.A., & Maebius, N.K. (2004). *Introductory Nursing Care of Adults*. 2nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Suriadi, Sanada, H., Sugama, J., Kitagawa, A., Thigpen, B., Kinoshita, S., & Murayama, S. (2007). Risk factors in the development of pressure ulcers in an Intensive Care Unit in Pontianak, Indonesia. *International Wound Journal*, 4 (3), 208-215.
- Suriadi, Sanada, H., Sugama, J., Thigpen, B., & Subuh, M. (2008). Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcer in an Intensive Care Unit. *Journal Compilation British Association of Critical Care Nurses*, 13(1), 34-43.

PENGUNAAN SKALA BRADEN TERBUKTI EFEKTIF DALAM MEMPREDIKSI KEJADIAN LUKA TEKAN

Era Dorihi Kale^{1*}, Elly Nurachmah², Hening Pujasari²

1. Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Kupang 85361, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: *fromerawithlove@yahoo.com*

Abstrak

Luka tekan merupakan luka karena tekanan yang berlangsung lama pada kulit dan jaringan yang dapat berakibat pada kondisi yang lebih serius. Luka tekan dapat dideteksi dengan menggunakan skala Braden. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi keefektifan menggunakan skala Braden dalam memprediksi kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ruang perawatan bedah dan penyakit dalam, sebuah RSU di Kota Kupang. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode prospektif, yang melibatkan 28 pasien yang dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala Braden mempunyai validitas prediksi yang baik dengan nilai sensitifitas 88,2% dan spesifitas 72,7%. Hasil ini menunjukkan bahwa skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan. Oleh karena itu, skala Braden disarankan untuk digunakan sebagai alat skrining terhadap risiko terjadinya luka tekan terutama pada pasien yang mengalami perawatan yang lama.

Kata kunci: luka tekan, ruang rawat pasien medikal-bedah, skala Braden

Abstract

The Use of Braden Scale Proven Effective in Predicting the Incident of Pressure Ulcer. Ulcer pressure is a wound which occurs due to long pressure on skin and tissues resulting on more seriously condition. Pressure ulcer is preventable through early detection with Braden scale. This study aims to identify the effectiveness of Braden scale in predicting incident of pressure ulcer of patients in Medical-Surgical Ward at a General Hospital in Kupang. This prospective study involved in 28 subjects selected by consecutive sampling method. The result showed that Braden scale has validity in prediction with 88.2% sensitivity and 72.7% specificity. Braden scale is effective in predicting pressure ulcer and recommended to use as a screening tool to predict the incident of pressure ulcer.

Keywords: Braden Scale, medical-surgical ward, pressure ulcer

Pendahuluan

Luka tekan adalah suatu lesi iskemik pada kulit dan jaringan di bawahnya yang disebabkan oleh adanya tekanan yang merusak aliran darah dan limfe. Keadaan iskemia ini menyebabkan nekrosis jaringan dan akan menimbulkan luka. Luka tekan ini bisa terjadi pada pasien yang berada dalam suatu posisi dalam jangka waktu lama baik posisi duduk maupun berbaring (Porth, 2005 dalam LeMone & Burke, 2008). Di Indonesia, kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di rumah sakit mencapai 33% (Suriadi, et al., 2007).

Kejadian luka tekan ini akan menimbulkan komplikasi serius pada pasien, misalnya sepsis dan kematian (Ayello, 2003). Jika sudah terjadi luka tekan maka penyembuhannya akan sulit dan memerlukan biaya yang tinggi, juga menyebabkan memanjangnya waktu rawat di rumah sakit, bahkan meningkatkan mortalitas (Ignatavicius & Workman, 2006; & Linton, Matteson, & Maebius, 2004). Untuk itu penting bagi perawat melakukan berbagai upaya pencegahan terjadinya luka tekan pada pasien dengan cara mendeteksi secara dini faktor-faktor risiko terjadinya luka tekan. Untuk memfasilitasi pengkajian terhadap risiko terjadinya luka tekan pada pasien, maka

Braden dan Bergstrom (1984) dalam Bergstrom, Demuth, dan Braden (1988) telah mengembangkan suatu alat yang disebut *Braden scale* (skala Braden).

Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk menguji validitas dan reliabilitas dari alat ini. Hasil yang diperoleh bahwa skala Braden menunjukkan validitas dan reliabilitas yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan alat ukur yang lain yaitu *Norton scale* dan *Waterlow scale* (Ayello, 2003; Braden & Mekleburst, 2005), namun pada pelaksanaan di tatanan pelayanan keperawatan saat ini belum menggunakan skala ini dan perawat cenderung untuk melakukan penilaian klinik (*clinical judgement*) dalam menilai risiko luka tekan pada pasien, sehingga sering terjadi kesalahan dalam penilaian risiko pasien.

RSU Kelas B Kupang merupakan RS pemerintah tipe B yang memiliki ruang perawatan penyakit bedah-dalam kelas II dan III berkapasitas total 108 tempat tidur. Angka kejadian luka tekan pada rumah sakit ini belum diketahui secara pasti. Berdasarkan wawancara dengan perawat yang bertugas di ruang perawatan bedah-dalam mengatakan bahwa luka tekan sering terjadi terutama pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi di ruangan ini. Rumah sakit ini juga belum pernah menggunakan skala Braden dalam mendeteksi kejadian risiko luka tekan pada pasien dan juga belum pernah dilakukan uji validitas prediksi terhadap skala Braden.

Merujuk kepada pendapat Suriadi, et al., (2008) bahwa validitas prediksi suatu skala pengkajian risiko dapat dipengaruhi oleh karakteristik suatu populasi, maka perlu mengevaluasi sejauh mana validitas prediksi alat tersebut pada populasi yang bersangkutan sebelum alat itu digunakan. Dengan demikian dianggap perlu untuk melakukan penelitian tentang keefektifan skala Braden dalam mendeteksi kejadian luka tekan di ruang perawatan bedah-dalam RSU Kelas B Kupang.

Metode

Desain penelitian prospektif untuk mengidentifikasi keefektifan skala Braden dalam memprediksi

kejadian luka tekan di ruang perawatan Bedah-Dalam RSU Kelas B Kupang pada bulan April-Mei 2009. Kriteria inklusi: 1) Bersedia diteliti dengan menandatangani lembar persetujuan. 2) Mempunyai gangguan mobilisasi parsial atau penuh, yang ditentukan berdasarkan adanya diagnosis keperawatan gangguan mobilisasi fisik. Kriteria Eksklusi: 1) Mempunyai riwayat luka tekan sebelumnya. 2) Pasien yang dirawat kurang dari 6 hari. Sampel diambil secara *consecutive sampling* dengan besar sampel 28.

Pengukuran risiko luka tekan dengan menggunakan skala Braden dengan uji validitas menggunakan *Pearson* dan uji reliabilitas menggunakan *Alpha-Cronbach* didapatkan semua item subskala valid ($r > 0,632$). Uji reliabilitas didapatkan nilai r Alpha (0,899). Analisis bivariat dengan menggunakan *Khi kuadrat*. Observasi harian kondisi kulit, tekanan darah dan suhu tubuh dilakukan oleh pengumpul data menggunakan lembar observasi. Pengumpul data pada penelitian ini sebanyak 4 orang, masing-masing ruangan 1 orang. Pengumpul data telah dilatih dalam mengobservasi kondisi kulit dan dilakukan uji persamaan persepsi, dengan hasil koefisien Kappa ($K = 0,71$).

Hasil

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa proporsi responden laki-laki dan perempuan berimbang (laki-laki dan perempuan 50%). Jika dilihat dari diagnosis medik responden maka nampak bahwa 50% responden dirawat dengan diagnosis medik stroke, selebihnya dengan diagnosis pasca operasi, DM dan penyakit lainnya. Mayoritas responden (75%) memiliki riwayat tidak merokok dan lebih dari sebagian responden menderita luka tekan (60,7%).

Tabel 2 menunjukkan rata-rata usia responden adalah 54,29 tahun dengan usia termuda berusia 15 tahun dan responden tertua 74 tahun. Rata-rata IMT adalah 23,15 kg/m^2 , sedangkan IMT terendah 16,40 kg/m^2 dan IMT tertinggi adalah 35,30 kg/m^2 . Suhu tubuh responden memiliki rata-rata 36,73 $^{\circ}\text{C}$, sedangkan suhu terendah adalah 36,2 $^{\circ}\text{C}$ dan suhu tertinggi adalah 38,50 $^{\circ}\text{C}$.

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Diagnosis Medik, Riwayat Merokok dan Kejadian Luka Tekan

Variabel		Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	14	50
	Perempuan	14	50
Diagnosis Medik	Stroke	14	50
	Pasca operasi	3	10,71
	DM (Diabetes Mellitus)	2	7,14
	lainnya	9	32,14
Riwayat Merokok	Merokok	7	25
	Tidak merokok	21	75
Kejadian Luka Tekan	Ada luka	17	60,7
	Tidak ada luka	11	39,3

Tabel 2. Karakteristik Berdasarkan Usia, IMT, Suhu Tubuh, Tekanan Darah, dan Skor Skala Braden

Variabel	Mean	SD	95% CI	Minimal-maksimal
Usia	54,29	17,20	47,62-60,95	15-74
IMT (Indeks Masa Tubuh)	23,15	5,0	21,32-25,21	16,40-35,30
Suhu Tubuh	36,73	0,57	36,51-36,95	36,20-38,50
Tekanan Darah Sistolik	134	23,84	124,75-143,27	91-175
Tekanan Darah Diastolik	83,28	11,86	78,68-87,88	59-100
Skor Skala Braden	13,67	3,96	12,14-15,21	6,00-22,00

Tabel 3. Hasil Uji Homogenitas Variabel Konfonding

Variabel	Kejadian luka				Total n	p
	Ada luka		Tidak ada luka			
	n	%	N	%		
Usia						
≥70	3	10,7	4	14,3	7	0,381
<70	14	50	7	25	11	
IMT						
Kurang	5	17,9	0	0	5	0,565
Normal	9	32,1	6	21,4	15	
Lebih	2	7,1	3	10,7	5	
Obesitas	1	3,6	2	7,1	3	
Riwayat merokok						
Merokok	4	14,3	3	10,7	7	1,000
Tidak merokok	13	46,4	8	28,6	21	
Diagnosa Medik						
Vaskular perifer	3	10,7	0	0	3	0,258
Bukan vaskular perifer	14	50	11	39,3	25	
Suhu Tubuh						
<37,4 °C	14	50	11	39,3	25	0,258
≥37,4 °C	3	10,7	0	0	3	
TD sistolik (mmHg)						
<100	2	7,1	0	0	2	0,505
≥100	15	53,6	11	39,3	26	
TD diastolik (mmHg)						
<60	1	3,6	0	0	1	1,000
≥60	16	57,1	11	39,3	27	

Tabel 4. Validitas Prediksi Skala Braden di Ruang Perawatan Penyakit Bedah-Dalam

<i>Cut of Point</i>	Sensitifitas (%)	Spesifitas (%)	FN (%)	FP (%)
11	35,3	90,9	64,7	9,1
12	41,2	81,8	58,8	18,2
13	47,1	81,8	52,9	18,2
14	82,4	72,7	17,6	27,3
15	88,2	72,7	11,8	27,3
16	94,1	54,5	5,9	45,5
17	100	54,5	0	45,5
18	100	9,1	0	90,9

Pada pengukuran tekanan darah dijumpai rata-rata tekanan darah sistolik adalah 134 mmHg, tekanan darah sistolik terendah adalah 91 mmHg dan tekanan darah sistolik tertinggi adalah 175 mmHg. Dari Tabel 2 juga terlihat bahwa rata-rata tekanan darah diastolik responden 83,28 mmHg. Rata-rata skor skala Braden responden adalah 13,67 dengan skor terendah adalah 6 dan skor tertinggi adalah 22.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara usia, IMT, riwayat merokok, diagnosis medik, suhu tubuh dan tekanan darah pada kelompok yang mengalami luka dengan usia pada kelompok yang tidak terjadi luka ($p > 0,05$)

Berdasarkan Tabel 4 dapat dilihat bahwa dari skor 14 keatas didapatkan sensitifitas 82,4%-100% dengan spesifitas pada skor 15 ke bawah berkisar 72,7%-81,8%. Dari hasil tersebut diambil titik keseimbangan paling baik pada skor 15 dimana nilai sensitifitas dan spesifitas tertinggi dengan nilai FP dan FN terendah. Dengan demikian pada populasi ini skor 15 dipakai sebagai *cut of point*, dimana nilai sensitifitas 88,2%, spesifitas 72,7%, FN 11,8% dan FP 27,3%.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan memasukkan nilai sensitifitas dan nilai *false positive*

ke dalam program komputer, maka didapatkan luas area di bawah kurva pada penelitian ini adalah 0,880. Luas area di bawah kurva ini telah diklasifikasikan berdasarkan kemampuan prediksi suatu alat, yaitu: sempurna = 0,9-1; Baik = 0,8-0,9; cukup = 0,7-0,8; kurang = 0,6-0,7 dan gagal = 0,5-0,6. Dengan memiliki luas area di bawah kurva sebesar 0.880, maka skala Braden memiliki nilai prediksi yang baik terhadap kejadian luka tekan pada pasien ruang perawatan bedah-dalam RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Pembahasan

Kejadian Luka Tekan. Berdasarkan hasil penelitian, angka kejadian luka tekan pada pasien yang imobilisasi di ruang perawatan bedah dalam RSUD B Kupang pada bulan April dan Mei 2009 mencapai 60.7%. Angka ini cukup tinggi jika dibandingkan dengan pendapat Porth tahun 2005 (dalam LeMone & Bukre, 2008) yang mengatakan bahwa insiden luka tekan di rumah sakit mencapai 8% dan insiden luka tekan di unit perawatan jangka panjang berkisar 2,4-23%, sedangkan di Pontianak, kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ICU mencapai 33% (Suriadi, et al., 2007).

Peneliti berpendapat bahwa angka kejadian luka tekan bisa berbeda, tergantung pada karakteristik

populasi tersebut dan juga penataan ruang perawatan pasien. Kejadian luka tekan akan meningkat pada ruang perawatan jangka panjang dan juga ICU dimana pasien yang dirawat memiliki hambatan dalam melakukan mobilisasi dan tingkat ketergantungan yang tinggi dalam melakukan aktifitas.

Validitas Prediksi Skala Braden. Validitas Prediksi skala Braden ditentukan oleh nilai Spesifitas, Sensitifitas, *False Positive* (FP) dan *False Negative* (FN). Hasil penelitian menunjukkan bahwa, bila dilihat dari skor 14 keatas maka akan didapatkan sensitifitas skala Braden berkisar dari 82,4%-100% dengan spesifitas pada skor 15 ke bawah berkisar 72,7%-81,8%. Dengan menggunakan *cut of point* 15, maka validitas prediksi skala Braden adalah sensitifitas 88,2%, spesifitas 72,7%, FP 27,3% dan FN 11,8% dan luas area di bawah kurva ROC adalah 0,880.

Hasil penelitian ini didukung oleh Ayello (2003) dalam review literturnya yang diperoleh dari 14 data dasar untuk memprediksi kejadian luka tekan menggunakan skala Braden pada pasien lanjut usia di 14 unit perawatan akut dan perawatan di rumah. Hasilnya menunjukkan bahwa kemampuan skala Braden untuk memprediksi terjadinya luka tekan cukup baik, dengan nilai sensitifitas skor 16 ke bawah berkisar dari 83%-100% dan spesifitas pada skor 17 kebawah berkisar dari 64%-90%, tergantung dari *cut of point* yang digunakan. Kwong, et al., (2005) menganjurkan untuk menggunakan *cut of point* 16 untuk skala Braden yang sudah di modifikasi.

Walaupun demikian, peneliti merasa perlu untuk diperhatikan adanya *overprediction* ataupun *underprediction* yang ditimbulkan dengan penggunaan skala Braden. Dengan Spesifitas sebesar 72,7% akan menimbulkan *overprediction* sebesar 27,3%, yang berarti dari 100 orang yang dikatakan berisiko terjadi luka tekan, 27,3 orang tidak akan mengalami luka tekan. Kondisi *overprediction* ini akan menyebabkan pengeluaran biaya dan tenaga yang tidak perlu untuk mencegah terjadinya luka tekan pada orang yang memerlukan tindakan tersebut; sedangkan

underprediction ditentukan oleh nilai FN, dimana pada penelitian ini ditemukan sebesar 11,8% yang berarti dari 100 orang yang dikatakan tidak berisiko terjadi luka tekan, terdapat 11,8 orang yang akan mengalami luka tekan. Hal ini menyebabkan adanya pasien yang berisiko terjadi luka tekan tetapi tidak mendapat tindakan pencegahan yang dibutuhkan. Dengan adanya *underprediction* ini diharapkan bagi perawat melakukan pemeriksaan kulit secara teratur walaupun pada pasien yang tidak berisiko terjadi luka tekan untuk mendeteksi adanya kerusakan kulit tahap awal, sehingga kegagalan mendeteksi risiko pada 11,8% pasien dapat dideteksi untuk diberikan tindakan yang sesuai.

Kesimpulan

Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kejadian luka tekan di ruang perawatan bedah-dalam cukup tinggi, skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan dan secara statistik tidak ditemukan adanya pengaruh variabel perancu terhadap kejadian luka tekan di ruang perawatan Bedah-Dalam RSUD B Kupang.

Disarankan kepada bagian keperawatan RSUD B Kupang untuk mengujicobakan terlebih dahulu skala Braden pada beberapa pasien di ruang perawatan lain melalui Evidence Based Practice (EBP). Setelah terbukti efektif, maka skala ini dijadikan Standar Prosedur Operasional (SPO) perawatan pasien imobilisasi. Sebelum diimplementasikan menjadi SPO terlebih dahulu diberikan pelatihan kepada perawat yang akan menggunakannya. Bagi institusi pendidikan keperawatan juga perlu memasukan materi tentang penggunaan skala Braden kedalam kurikulum pembelajaran. Untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan dengan sampel yang lebih besar sehingga dapat diidentifikasi adanya pengaruh variabel perancu dengan alat pengumpul data yang sudah terstandarisasi. Karena adanya perbedaan karakteristik masing-masing populasi, maka disarankan untuk dilakukan uji validitas prediksi skala ini sebelum digunakan pada populasi yang berbeda.

Rencana tindak lanjut dalam mengaplikasikan hasil penelitian ini pada tatanan praktek keperawatan dimulai dengan menyampaikan hasil penelitian ini kepada pembuat kebijakan di rumah sakit untuk dapat memasukan penggunaan skala Braden ke dalam protap perawatan pasien imobilisasi. Kemudian perawat ruangan diberi pelatihan tentang penggunaan skala Braden dan protap perawatan pasien imobilisasi berdasarkan tingkat risiko masing-masing pasien. Setelah 3 bulan pelaksanaan maka dilakukan evaluasi terhadap keberhasilan dan kendala-kendala yang dihadapi dalam menerapkan skala Braden ini dan dilakukan perbaikan. Kemampuan menggunakan skala Braden seyogyanya ditetapkan dalam kurikulum khususnya terkait pada askep medikal bedah agar setiap lulusan memiliki kemampuan dalam menggunakan skala Braden untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien. Penelitian ini menemukan bahwa skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan di ruang perawatan bedah dalam RSUD B Kupang dan dapat dijadikan data dasar bagi penelitian selanjutnya tentang pencegahan luka tekan melalui penggunaan skala deteksi risiko (JH, AW)

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Kemenkes RI yang telah memberikan bantuan dana dalam pelaksanaan penelitian ini.

Referensi

- Ayello, E.A. (2003). *Predicting pressure ulcer risk*. Diambil dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12736933>. Tanggal 11 Pebruari 2009.
- Bergstrom, N., Demuth, P.J., & Braden, B.J. (1988). *A clinical trial of the braden scale for*

predicting pressure sore risk. Diambil dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3554150> tanggal 8 Pebruari 2009.

- Braden, B.J., & Maklebust, J. (2005). *Preventing Pressure ulcer with Braden scale*. Diambil dari <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/pnso/nurseeducation/Slide-16-The-Braden-Scale.pdf> tanggal 7 Pebruari 2009.
- Ignatavicius, D & Workman. (2006). *Medical Surgical Nursing; Critical Thinking for Collaborative Care*. 5th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kwong, E., Pang, S., Wong, T., Shao-ling, X. & Li-un, T. (2005). Predicting Pressure Ulcer Risk with the Modified Braden, Braden and Norton Scales in Acute Care Hospitals in Mainland China. *Applied Nurs Res*, 18(2), 8-122.
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4th edition. USA: Pearson prentice hall.
- Linton, A.D., Matteson, M.A., & Maebius, N.K. (2004). *Introductory Nursing Care of Adults*. 2nd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Suriadi, Sanada, H., Sugama, J., Kitagawa, A., Thigpen, B., Kinoshita, S., & Murayama, S. (2007). Risk factors in the development of pressure ulcers in an Intensive Care Unit in Pontianak, Indonesia. *International Wound Journal*, 4 (3), 208-215.
- Suriadi, Sanada, H., Sugama, J., Thigpen, B., & Subuh, M. (2008). Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcer in an Intensive Care Unit. *Journal Compilation British Association of Critical Care Nurses*, 13(1), 34-43.

PENGETAHUAN TENTANG TERAPI INTRAVENA BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU PERAWAT DALAM PENCEGAHAN FLEBITIS

Elida Riris^{1*}, Kuntarti²

1. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. Kelompok Keilmuan Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: elidariris_swasta@yahoo.com

Abstrak

Angka kejadian flebitis di Rumah Sakit masih cukup tinggi dan meningkat setiap tahunnya, padahal angka ini merupakan salah satu indikator mutu pelayanan RS. Pengetahuan dan perilaku perawat dalam pencegahan flebitis penting untuk menurunkan angka kejadian flebitis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena dengan perilaku pencegahan flebitis (mekanik, kimia, dan bakterial). Penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* ini melibatkan 101 perawat ruang rawat inap yang dipilih dengan teknik *stratified random sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner tentang pengetahuan terapi intravena dan perilaku pencegahan flebitis ($r\ Alpha = 0,657$). Data dianalisis menggunakan uji chi square. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena dan perilaku pencegahan flebitis bakterial ($p < 0,001$; OR = 5,23, CI 95% 1,9–13,8). Peningkatan pengetahuan perawat tentang terapi intravena melalui pelatihan dan ronde keperawatan perlu diprogramkan secara teratur.

Kata kunci: bakterial, flebitis, intravena, kimia, mekanik, perilaku

Abstract

The Knowledge the Incidence of Phlebitis is one Indicator of Good Hospital Care. Nurses' knowledge and behavioral prevention are important to reduce incidence of phlebitis. This study aimed to determine the relationship among level of knowledge about intravenous therapy and nurses' characteristics (age, education, employment, training, and unit where they work) and behavioral prevention of phlebitis. This descriptive analytic study used cross sectional approach and involved 101 ward's nurses that were selected by stratified random sampling technique. The instrument used was validated questionnaires on knowledge of intravenous therapy and behavioral prevention of phlebitis ($r\ Alpha = 0,657$). Data were analyzed using chi square tests. The results showed relationship between the level of nurses' knowledge of intravenous therapy and behavioral prevention of bacterial phlebitis ($p < 0,001$; OR = 5,23 CI 95% 1,9–13,8). It is recommended to increase nurses' knowledge of intravenous therapy through training and nursing rounds more regularly programmed.

Keywords: bacterial, behavioral, chemical, intravenous, mechanical, phlebitis

Pendahuluan

Terapi intravena (IV) merupakan salah satu prosedur yang paling sering dilakukan di rumah sakit di seluruh dunia. Di USA, hampir 20 juta pasien dari total 40 juta pasien yang dirawat mendapatkan terapi intravena (Yalcin, 2004, dalam Uslusoy, 2008). Gonullu, Dogan, & Dulger (1996, dalam Uslusoy & Mete, 2008) menyatakan bahwa terapi IV bertujuan untuk memberikan cairan, elektrolit, obat, transfusi darah, dan nutrisi.

Terapi IV dilakukan dengan memasang kanul atau kateter IV sebagai akses ke dalam intravaskular (Kozier, 2010).

Salah satu komplikasi dari pemasangan kateter IV tersebut adalah terjadinya flebitis. Flebitis adalah inflamasi pada satu atau lebih lapisan dinding vena yang menyebabkan nyeri, kulit berwarna merah dan teraba keras, dan pasien merasa tidak nyaman selama pemberian obat (Higginson & Parry, 2011). Kejadian flebitis

pada pasien akan memperpanjang lama rawat, akibatnya beban finansial keluarga pun bertambah (Uslusoy, 2008).

Flebitis dibedakan menjadi tiga jenis berdasarkan faktor penyebabnya, yaitu flebitis mekanik (*mechanical phlebitis*), flebitis kimia (*chemical phlebitis*), dan flebitis bakterial (*bacterial phlebitis*). Penyebab flebitis mekanik adalah iritasi oleh kanul kateter, ukuran kanul yang terlalu besar, atau penusukkan dekat dengan persendian. Penyebab flebitis kimia adalah iritasi oleh obat, cairan infus hipertonik, atau tetesan yang terlalu cepat. Sementara, penyebab flebitis bakterial adalah infeksi oleh bakteri karena ketidakadekuatan teknik aseptik selama pemasangan kanul kateter dan pemberian obat intravena, serta mempertahankan kanul kateter tetap terpasang selama lebih dari 3 hari (Angeles, 1997).

Angka kejadian flebitis dilaporkan meningkat setiap tahunnya. Uslusoy (2008) melaporkan kejadian flebitis di AS meningkat dari 41,8% pada tahun 1991, menjadi 64,7% pada tahun 1992, 62% pada tahun 1993, dan 67,2% pada tahun 2003. Di Indonesia kejadian flebitis sebesar 17,11% (Depkes RI, 2006). Penelitian Gayatri & Handiyani (2008) mendapatkan kejadian flebitis di tiga RS di Jakarta sebesar 33,8%. Persentase ini sangat besar bila dibandingkan dengan angka kejadian flebitis yang direkomendasikan oleh *Infusion Nurses Society* (INS), yakni 5% atau kurang.

Perawat bertanggung jawab dalam pencegahan flebitis (Alexander, Corrigan, Gorski, Hankins, & Perucca, 2010). Pengetahuan tentang terapi intravena untuk mencegah terjadinya flebitis harus dimiliki perawat. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk membentuk perilaku seseorang. Dengan memiliki pengetahuan yang baik tentang terapi intravena, khususnya cara pencegahan flebitis diharapkan perawat mampu menerapkan cara-cara untuk mencegah terjadinya flebitis (Notoatmodjo, 2007 dalam Wayunah, 2011).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan tingkat pengetahuan perawat

tentang terapi IV dan karakteristik perawat (usia, pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan ruangan tempat bekerja) dengan perilaku pencegahan flebitis (mekanik, kimia, dan bakterial).

Metode

Penelitian deskriptif analitik ini dilakukan di sebuah RS swasta di Jakarta dengan menyebarkan kuesioner kepada 101 perawat pelaksana di ruang rawat inap yang dipilih dengan teknik *stratified random*. Sebelum pengambilan data, responden telah dijelaskan tentang prosedur penelitian. Apabila setuju menjadi responden, responden mereka menandatangani lembar *informed consent*.

Tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena diukur dengan instrumen yang dikembangkan sendiri berjumlah 30 soal berskala Guttman. Tingkat pengetahuan dikategorikan baik jika total skor ≥ 80 (median) dan kurang baik jika total skor < 80 .

Perilaku pencegahan flebitis diukur dengan instrumen yang juga dikembangkan sendiri berjumlah 13 pernyataan berskala likert (α Cronbach 0,657). Perilaku pencegahan flebitis dijabarkan menjadi pencegahan mekanik, kimia, dan bakterial. Perilaku dikatakan baik jika total skor atau skor item \geq median, dan cukup baik jika $<$ median.

Uji hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena dan karakteristik perawat dan dependen perilaku pencegahan flebitis menggunakan *chi square*.

Hasil

Sebagian besar responden berada pada kelompok usia dewasa muda (55,4%), lulusan AKPER (76,2%), lama kerja 5 tahun atau lebih (60,4%), tidak pernah mengikuti pelatihan tentang terapi intravena (50,5%), dan bekerja di ruangan yang bukan MPKP (51,5%) (Tabel 1).

Sebagian besar responden berpengetahuan baik tentang terapi intravena (51,5%) dan berperilaku baik dalam pencegahan flebitis (58,4%). Berdasarkan penyebab flebitis, sebagian besar perawat

juga berperilaku baik dalam pencegahan flebitis mekanik (53,5%), berperilaku baik dalam pencegahan flebitis kimia (55,4%), dan berperilaku baik dalam pencegahan flebitis bakterial (71,3%) (Tabel 1).

Perilaku pencegahan flebitis yang baik lebih banyak dilakukan oleh perawat yang memiliki pengetahuan baik, namun hasil uji hipotesis menun-

Tabel 1. Responden Berdasarkan Karakteristik Individu, Tingkat Pengetahuan tentang Terapi Intravena, & Perilaku Pencegahan Flebitis

Variabel	Frekuensi	Persentase
Usia		
Dws muda (≤ 30 thn)	56	55,4%
Dws menengah (> 30 thn)	45	44,6%
Pendidikan terakhir		
SPK	8	7,9%
AKPER	77	76,2%
S1/Ners	16	15,8%
Lama kerja:		
<5 tahun	40	39,6%
≥ 5 tahun	61	60,4%
Pelatihan:		
Pernah	50	49,5%
Tidak pernah	51	50,5%
Ruangan:		
Non MPKP	52	51,5%
MPKP	49	48,5%
Pengetahuan terapi IV		
Baik	52	51,5%
Cukup baik	49	48,5%
Perilaku pencegahan flebitis		
Baik	59	58,4%
Kurang baik	42	41,6%
Flebitis mekanik:		
Baik	54	53,5%
Cukup baik	47	46,5%
Flebitis kimia:		
Baik	56	55,4%
Cukup baik	45	44,6%
Flebitis bakterial:		
Baik	72	71,3%
Cukup baik	29	28,7%

jukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang terapi intravena dan perilaku pencegahan flebitis ($p=0,512$) (Tabel 2).

Perawat yang berperilaku baik dalam pencegahan flebitis mekanik lebih banyak pada yang berpengetahuan baik (57,7%), sementara perawat yang berperilaku cukup baik lebih banyak pada yang berpengetahuan cukup baik (51%). Akan tetapi, hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang terapi intravena dan perilaku pencegahan flebitis ($p=0,380$) (Tabel 3). Pada hasil analisis hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena dengan perilaku pencegahan flebitis kimia juga diperoleh tidak adanya hubungan antar variabel tersebut ($p=0,125$) (Tabel 4). Proporsi perawat yang berperilaku baik dalam pencegahan flebitis kimia lebih banyak pada perawat yang berpengetahuan cukup baik (63,3%), sementara proporsi perawat yang berperilaku cukup baik lebih banyak pada yang berpengetahuan baik (51,9%).

Terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut ($p < 0,001$). Walaupun pada kelompok yang berpengetahuan baik dan cukup baik sama-sama sebagian besar berperilaku baik, tetapi perbedaan proporsinya keduanya cukup besar, yaitu 31,4% lebih besar pada perawat yang berpengetahuan baik atau perawat yang berpengetahuan baik berpeluang 5,23 kali lebih baik dalam mencegah flebitis bakterial ($OR=5,23$, $CI\ 95\% 1,9-13,8$) (Tabel 5).

Karakteristik perawat meliputi usia, pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan ruangan tempat bekerja. Sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, baik kelompok usia muda maupun menengah. Hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dan perilaku pencegahan flebitis ($p=0,487$) (Tabel 6).

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dan perilaku pencegahan flebitis didapatkan bahwa perawat yang berpendidikan AKPER memiliki perilaku yang baik (62,4%), sementara perawat yang berpendidikan S1/Ners sebagian besar berperilaku cukup baik (62,5%). Akan tetapi, hasil

Tabel 2. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Terapi Intravena dengan Perilaku Pencegahan Flebitis

Tingkat pengetahuan	Perilaku pencegahan flebitis						OR (95 % CI)	P
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Baik	32	61,5	20	38,5	52	100	1,30	0,512
Cukup baik	27	55,1	22	44,9	49	100	0,5–2,8	
Jumlah	59	58,4	42	41,6	101	100		

Tabel 3. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Terapi Intravena dengan Perilaku Pencegahan Flebitis Mekanik

Tingkat pengetahuan	Perilaku pencegahan flebitis mekanik						OR (95 % CI)	P
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Baik	30	57,7	22	42,3	52	100	1,42	0,380
Cukup baik	24	49,0	25	51,0	49	100	0,6–3,1	
Jumlah	54	53,5	47	46,5	101	100		

Tabel 4. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Terapi Intravena dengan Perilaku Pencegahan Flebitis Kimia

Tingkat pengetahuan	Perilaku pencegahan flebitis kimia						OR (95 % CI)	p
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Baik	25	48,1	27	51,9	52	100	0,53	0,125
Cukup baik	31	63,3	18	36,7	49	100	0,2–1,1	
Jumlah	56	55,4	45	44,6	101	100		

Tabel 5. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Terapi Intravena dengan Perilaku Pencegahan Flebitis Bakterial

Tingkat pengetahuan	Perilaku pencegahan flebitis bakterial						OR (95 % CI)	P
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Baik	45	86,5	7	13,5	52	100	5,23	0,000*
Cukup baik	27	55,1	22	44,9	49	100	1,9–13,8	
Jumlah	72	71,3	29	28,7	101	100		

*Bermakna pada $\alpha=0,05$

uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dan perilaku pencegahan flebitis ($p=0,064$).

Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada hubungan antara lama kerja dan perilaku pencegahan flebitis ($p=0,573$, $\alpha=0,05$). Sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, baik kelompok perawat yang bekerja

<5 tahun maupun yang sudah bekerja ≥ 5 tahun (Tabel 6).

Terdapat hubungan antara pelatihan dan perilaku pencegahan flebitis ($p=0,006$). Sebagian besar perawat yang pernah mengikuti pelatihan intravena berperilaku baik dalam mencegah flebitis (72%) dan sebagian besar perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan berperilaku cukup

baik (54,9%). Perbedaan proporsi perawat yang berperilaku baik cukup besar, yaitu 26,9% lebih banyak dari perawat yang pernah mengikuti pelatihan atau perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang terapi intravena berpeluang 0,31 kali lebih baik dalam mencegah flebitis (OR= 0,31, CI 95% 0,1–0,7) (Tabel 6).

Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada hubungan antara lama kerja dan perilaku pencegahan flebitis ($p= 0,573$). Sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, baik kelompok perawat yang bekerja <5 tahun maupun yang sudah bekerja ≥ 5 tahun (Tabel 6).

Hasil analisis data hubungan antara pelatihan dan perilaku pencegahan flebitis didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut ($p= 0,006$). Sebagian besar perawat yang pernah mengikuti pelatihan intravena memiliki perilaku yang baik dalam mencegah flebitis (72%) dan sebagian besar perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan berperilaku cukup baik (54,9%). Perbedaan proporsi perawat yang berperilaku baik cukup besar, yaitu 26,9%

lebih banyak dari perawat yang pernah mengikuti pelatihan atau perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang terapi intravena berpeluang 0,31 kali lebih baik dalam mencegah flebitis (OR=0,31, CI 95% 0,1–0,7) (Tabel 6).

Selain itu, hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada hubungan antara ruangan tempat perawat bekerja dan perilaku pencegahan flebitis ($p= 0,879$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, baik kelompok perawat yang bekerja di ruang non MPKP (Model Praktek Keperawatan Professional) maupun ruangan MPKP, tetapi di ruang MPKP proporsinya sedikit lebih besar (Tabel 6).

Peneliti juga menganalisis ada tidaknya hubungan antara karakteristik perawat dan ketiga jenis flebitis yang dibagi berdasarkan penyebabnya (mekanik, kimia, dan bakterial).

Proporsi perawat yang berperilaku baik dalam pencegahan flebitis mekanik lebih banyak pada kelompok usia dewasa menengah (60%), sementara proporsi perawat yang berperilaku cukup

Tabel 6. Hubungan Karakteristik Perawat dan Perilaku Pencegahan Flebitis

Karakteristik	Perilaku pencegahan flebitis						OR (95 % CI)	P
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Usia								
Dewasa muda	31	55,4	25	44,6	56	100	1,32	0,487
Dewasa menengah	28	62,2	17	37,8	45	100	0,5–2,9	
Pendidikan terakhir								
SPK & AKPER	53	62,4	32	37,6	85	100	0,36	0,064
S1/Ners	6	37,5	10	62,5	16	100	0,1–1,0	
Lama kerja								
<5 tahun	22	55,0	18	45,0	40	100	1,26	0,573
≥ 5 tahun	37	60,7	24	39,3	61	100	0,5–2,8	
Pelatihan								
Pernah	36	72,0	14	28,0	50	100	0,31	0,006*
Tidak pernah	23	45,1	28	54,9	51	100	0,1–0,7	
Ruangan								
Non MPKP	30	57,7	22	42,3	52	100	1,06	0,879
MPKP	29	59,2	20	40,8	49	100	0,4–2,3	

*Bermakna pada $\alpha=0,05$

baik lebih banyak pada kelompok dewasa muda (51,8%). Akan tetapi, hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dan perilaku pencegahan flebitis mekanik ($p=0,238$, $\alpha=0,05$).

Untuk tiap-tiap kelompok pada variabel pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan ruangan, terlihat bahwa perawat yang berperilaku baik maupun cukup baik memiliki proporsi yang hampir sama besar. Hasil uji hipotesis juga menunjukkan tidak ada hubungan pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan ruangan dengan perilaku pencegahan flebitis mekanik (p berturut-turut 0,762; 0,330; 0,915; 0,633; $\alpha=0,05$) (Tabel 7).

Perawat yang berperilaku baik maupun cukup baik dalam pencegahan flebitis kimia memiliki proporsi yang hampir sama besar pada tiap kelompok variabel usia, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan. Hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan usia, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan dengan perilaku pencegahan flebitis

kimia (p berturut-turut 0,409; 0,633; 0,373; 0,362; $\alpha=0,05$). Pada variabel ruangan, hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi perawat yang berperilaku baik dalam pencegahan flebitis kimia lebih banyak pada perawat yang bekerja di ruangan dengan MPKP, sementara proporsi perawat yang berperilaku cukup baik lebih banyak pada yang bekerja di ruangan non MPKP. Akan tetapi, hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara ruangan tempat perawat bekerja dan perilaku pencegahan flebitis kimia ($=0,053$, $\alpha=0,05$) (Tabel 8).

Sebagian besar perawat memiliki perilaku yang baik dalam mencegah flebitis bakterial, tidak terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antarkelompok dari setiap variabel karakteristik responden. Hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan usia, pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan ruangan dengan perilaku pencegahan flebitis kimia (p berturut-turut 0,972; 0,397; 0,827; 0,300; 0,362 (Tabel 9).

Tabel 7. Hubungan Karakteristik Perawat dan Perilaku Pencegahan Flebitis Mekanik

Karakteristik	Perilaku pencegahan flebitis mekanik							P
	Baik		Cukup baik		Total		OR (95 % CI)	
	n	%	n	%	n	%		
Usia								
Dewasa muda	27	48,2	29	51,8	56	100	1,61	0,238
Dewasa menengah	27	60,0	18	40,0	45	100	0,7–3,5	
Pendidikan terakhir								
SPK & AKPER	46	54,1	39	45,9	85	100	0,84	0,762
S1/Ners	8	50,0	8	50,0	16	100	0,2–2,4	
Lama kerja								
<5 tahun	19	47,5	21	52,5	40	100	1,48	0,330
≥5 tahun	35	57,4	26	42,6	61	100	0,6–3,3	
Pelatihan								
Pernah	27	54,0	23	46,0	50	100	0,95	0,915
Tidak pernah	27	52,9	24	47,1	51	100	0,4–2,0	
Ruangan								
Non MPKP	29	55,8	23	44,2	52	100	0,82	0,633
MPKP	25	51,0	24	49,0	49	100	0,3–1,8	

Tabel 8. Hubungan Karakteristik Perawat dan Perilaku Pencegahan Flebitis Kimia

Karakteristik	Perilaku pencegahan flebitis kimia						OR (95 % CI)	P
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Usia								
Dewasa muda	29	51,8	27	48,2	56	100	1,39	0,409
Dewasa menengah	27	60,0	18	40,0	45	100	0,6–3,0	
Pendidikan terakhir								
SPK & AKPER	48	56,5	37	43,5	85	100	0,77	0,633
S1/Ners	8	50,0	8	50,0	16	100	0,2–2,2	
Lama kerja								
<5 tahun	20	50,0	20	50,0	40	100	1,44	0,373
≥5 tahun	36	59,0	25	41,0	61	100	0,6–3,2	
Pelatihan								
Pernah	30	60,0	20	40,0	50	100	0,69	0,362
Tidak pernah	26	51,0	25	49,0	51	100	0,3–1,5	
Ruangan								
Non MPKP	24	46,2	28	53,8	52	100	2,19	0,053
MPKP	32	65,3	17	34,7	49	100	0,9–4,8	

Tabel 9. Hubungan Karakteristik Perawat dan Perilaku Pencegahan Flebitis Bakterial

Karakteristik	Perilaku pencegahan flebitis bakterial						OR (95 % CI)	P
	Baik		Cukup baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Usia								
Dewasa muda	40	71,4	16	28,6	56	100	0,98	0,972
Dewasa menengah	32	71,1	13	28,9	45	100	0,4–2,3	
Pendidikan terakhir								
SPK & AKPER	62	72,9	23	27,1	85	100	0,61	0,397
S1/Ners	10	62,5	6	37,5	16	100	0,2–1,8	
Lama kerja								
<5 tahun	29	72,5	11	27,5	40	100	0,90	0,827
≥5 tahun	43	70,5	18	29,5	61	100	0,3–2,1	
Pelatihan								
Pernah	38	76,0	12	24,0	50	100	0,63	0,300
Tidak pernah	34	66,7	17	33,3	51	100	0,2–1,5	
Ruangan								
Non MPKP	35	67,3	17	32,7	52	100	1,49	0,362
MPKP	37	75,5	12	24,5	49	100	0,6–3,5	

Pembahasan

Penelitian ini akan memaparkan hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena dan karakteristik perawat dengan perilaku pencegahan flebitis (mekanik, kimia, dan bakterial). Hasil penelitian berdasarkan tingkat pengetahuan perawat tentang terapi IV didapatkan sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, baik dari kelompok perawat yang berpengetahuan baik maupun cukup baik. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan, artinya semakin baik pengetahuan seseorang akan baik pula perilakunya. Faktor personal perawat, seperti kurangnya kesadaran untuk menerapkan pengetahuannya, serta faktor lingkungan kerja yang sangat sibuk dapat menyebabkan perawat berperilaku kurang baik. Faktor lainnya pun harus lebih ditelusuri.

Tingkat pengetahuan perawat dinilai sudah baik dan harus dipertahankan. Hal ini dapat dikarenakan perawat tersebut bekerja di RS besar berskala internasional dan tuntutan pasien juga cukup tinggi. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Paolucci, Nutter, & Albert (2011) yang memperoleh sebanyak 81% perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang manajemen *peripherally inserted central catheter* (PICC). Akses intravena tersebut biasanya dilakukan di RS yang besar.

Pada perilaku pencegahan flebitis mekanik diperoleh sebagian besar perawat yang berpengetahuan baik memiliki perilaku yang baik dalam pencegahan flebitis mekanik, dan perawat yang berpengetahuan cukup baik sebagian besar juga berperilaku cukup baik. Hal ini sejalan dengan pernyataan Notoatmodjo (2010) yang menyatakan semakin baik pengetahuan seseorang akan semakin baik perilakunya. Akan tetapi, analisis lebih lanjut tidak diperoleh adanya hubungan antara kedua variabel tersebut.

Beberapa kondisi terkadang tidak memungkinkan perawat untuk melakukan perilaku pencegahan flebitis mekanik, misalnya perawat memasang

infus di lengan pasien yang dominan (kanan) karena pasien terpasang cemo di tangan kiri ataupun baru saja dilakukan mastektomi sinistra. Untuk mengatasi hal tersebut, perawat sebaiknya harus menginformasikan tentang pembatasan gerakan atau aktivitas pada tangan yang terpasang infus sebagai upaya meminimalkan terjadinya flebitis mekanik. Pelaksanaan fungsi supervisi kepala unit, pemberian motivasi dan penghargaan kepada perawat pelaksana sesuai kinerjanya perlu ditingkatkan kembali sehingga perawat lebih semangat dalam menerapkan perilaku pencegahan flebitis mekanik.

Pada perilaku pencegahan flebitis kimia diperoleh sebagian besar perawat yang berperilaku baik dalam pencegahan flebitis kimia adalah perawat yang berpengetahuan cukup baik, sementara perawat yang berperilaku cukup baik adalah perawat yang berpengetahuan baik. Hal ini tidak sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2010) yang menyatakan bahwa perilaku yang didasari pengetahuan akan diikuti dengan perilaku, artinya pengetahuan yang baik seharusnya dibarengi dengan perilaku yang baik pula.

Kurangnya pengetahuan perawat tentang cara pencegahan flebitis kimia dapat menjadi salah satu faktor terjadinya hal ini. Faktor-faktor lain pun masih harus ditelusuri kembali. Flebitis kimia terjadi karena vena mengalami iritasi oleh obat dan cairan infus yang memiliki pH atau osmolaritas terlalu tinggi atau rendah (Higginson & Parry, 2011; Phillips, 2005; Pose-Reino *et al.*, 2000). Idealnya, perawat yang berpengetahuan baik tentang terapi IV khususnya cara pencegahan flebitis kimia memiliki perilaku yang lebih baik dibanding perawat yang memiliki pengetahuan cukup baik. Pelatihan, pelaksanaan fungsi supervisi, dan motivasi dari kepala unit perlu dikembangkan lagi sehingga perawat pelaksana memiliki kesadaran untuk berperilaku baik dalam mencegah terjadinya flebitis kimia.

Berbeda dengan perilaku pencegahan flebitis bakterial, hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat yang berpengetahuan baik memiliki perilaku yang baik pula dalam mencegah flebitis bakterial. Hal ini dapat dikarenakan RS

telah memfasilitasi perawat untuk menerapkan perilaku pencegahan flebitis bakterial tersebut, di antaranya adanya SPO yang mengharuskan perawat untuk mengganti tusukan infus setiap tiga hari, tersedianya fasilitas yang memadai (*transparent dressing* yang *waterproof*), dan tidak menggunakan kembali kanul kateter yang sudah terpakai di penusukan yang belum berhasil.

Perilaku perawat dipengaruhi oleh usia, pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan ruangan tempat bekerja (Chan, 2009; Notoatmodjo, 2010; Wayunah, 2011). Hasil penelitian berdasarkan karakteristik usia perawat didapatkan sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, baik dari kelompok dewasa muda maupun menengah. Hal ini kurang sejalan dengan hasil penelitian Wayunah (2011) dan Chan (2009) yang mendapatkan bahwa semakin tua usia seseorang, akan semakin baik pengetahuannya. Analisis lebih lanjut didapatkan tidak ada hubungan antara variabel tersebut.

Berdasarkan tahap perkembangannya, pada usia dewasa awal kemampuan berpikir kritis meningkat secara teratur. Semua pengalaman, pendidikan, dan pekerjaan yang digelutinya akan meningkatkan konsep diri dan keterampilan motoriknya. Sementara itu, pada dewasa menengah perubahan fungsi kognitif jarang terjadi, individu akan cenderung mempersiapkan diri memasuki dunia kerja atau pekerjaan baru. Akibatnya mereka terkadang bosan dengan pekerjaan yang digelutinya saat itu, dan hanya bersifat rutinitas saja (Potter & Perry, 2009). Apabila dilihat dari tahap perkembangannya, seharusnya usia dewasa muda memiliki perilaku yang lebih baik dibanding dewasa menengah. Akan tetapi, hal ini tidak terjadi pada penelitian di RS Swasta Jakarta. Kurangnya motivasi untuk mengembangkan diri dapat menjadi salah satu faktornya.

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik pendidikan perawat diperoleh pada perilaku pencegahan flebitis mekanik dan kimia, perawat yang berperilaku baik dan cukup baik memiliki proporsi yang hampir sama besar dari kelompok AKPER maupun S1/Ners. Sementara itu, pada perilaku pencegahan flebitis bakterial diperoleh sebagian

besar perawat memiliki perilaku yang baik, baik dari kelompok AKPER maupun S1/Ners. Hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel tersebut. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Wayunah (2011) di Indramayu yang mendapatkan adanya hubungan antara pendidikan dan pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, akan semakin banyak informasi/ pengetahuan yang dimiliki, dan semakin baik pula perilakunya. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak selalu dibarengi dengan kesesuaian perilaku. Seharusnya perawat yang berpendidikan S1/Ners memiliki perilaku pencegahan flebitis yang lebih baik dibanding perawat yang berpendidikan AKPER. Hal ini berhubungan dengan materi pembelajaran terapi intravena yang dibahas secara lebih mendalam pada program S1/Ners dibanding AKPER.

Faktor yang perlu dipertimbangkan dalam hal ini adalah mengenai asal institusi pendidikan perawat dan penghargaan yang diberikan RS terhadap tingkat pendidikan perawatnya. Perawat yang berasal dari institusi pendidikan yang berkualitas diharapkan memiliki perilaku yang baik, serta adanya perbedaan penghargaan kepada setiap perawat berdasarkan tingkat pendidikan diharapkan dapat memotivasi perawat untuk berperilaku lebih baik. Selain itu, masa kerja perawat lulusan S1/Ners juga harus dipertimbangkan kembali.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 81% perawat lulusan S1/Ners memiliki masa kerja kurang dari lima tahun, sehingga hal ini pun memengaruhi perilaku perawat dalam pencegahan flebitis.

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik lama kerja perawat didapatkan pada perilaku pencegahan flebitis mekanik, proporsi perawat dengan masa kerja ≥ 5 tahun lebih banyak yang berperilaku baik dibanding kelompok perawat dengan masa kerja < 5 tahun. Akan tetapi, hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel tersebut. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Wayunah (2011) yang juga mendapatkan tidak adanya hubungan antara variabel tersebut.

Beberapa hal yang dilakukan untuk mencegah flebitis mekanik adalah menyesuaikan ukuran kanul kateter dengan ukuran vena, tidak memasang infus pada area persendian, dan memberi fiksasi dengan adekuat (Angeles, 1997; Phillips, 2005). Hal-hal tersebut sangat bergantung pada pengalaman klinis atau lama kerja seseorang, yang turut mempengaruhi perilaku seseorang dalam membuat keputusan klinis (Roche, 2002, dalam Potter & Perry, 2009).

Sebagian besar perawat memiliki perilaku yang baik dalam pencegahan flebitis dan flebitis bakterial, baik dari kelompok kerja <5 tahun maupun ≥ 5 tahun. Hasil uji hipotesis menunjukkan tidak ada hubungan antara lama kerja dengan perilaku pencegahan flebitis, flebitis kimia, dan flebitis bakterial. RS Swasta Jakarta sudah memiliki kebijakan tentang penghargaan yang diberikan kepada perawat sesuai lama kerjanya. Hal ini perlu dipertahankan. Pelaksanaan fungsi supervisi oleh kepala unit kepada perawat pelaksana perlu ditingkatkan.

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik pelatihan perawat tentang terapi intravena didapatkan sebagian besar perawat yang pernah mengikuti pelatihan memiliki perilaku yang baik dalam pencegahan flebitis dibanding perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan ada hubungan antara variabel tersebut.

Berbeda dengan hasil analisis hubungan antara pelatihan dengan perilaku pencegahan flebitis mekanik, kimia, dan bakterial, yang diperoleh tidak adanya hubungan antara variabel tersebut. Hasil penelitian menunjukkan perawat yang berperilaku baik dan cukup baik dalam pencegahan flebitis mekanik dan kimia memiliki proporsi yang hampir sama, baik yang pernah maupun belum pernah mengikuti pelatihan tentang IV. Sementara itu, pada perilaku pencegahan flebitis bakterial sebagian besar perawat sudah memiliki perilaku yang baik. Perilaku yang baik tersebut harus dipertahankan. Akan tetapi, akan lebih baik apabila perilaku yang baik tersebut didasari konsep pengetahuan yang kuat yang diperoleh dari pelatihan-pelatihan. Pelatihan merupakan

kegiatan atau aktivitas yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku ke arah yang lebih positif. Seseorang yang pernah mengikuti pelatihan seharusnya memiliki pengetahuan yang lebih baik dibanding orang yang belum pernah mengikuti pelatihan.

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik ruangan tempat perawat bekerja diperoleh sebagian besar perawat berperilaku baik dalam pencegahan flebitis, flebitis mekanik, dan flebitis bakterial, baik yang bekerja di ruang nonMPKP maupun MPKP. Sementara itu, pada perilaku pencegahan flebitis kimia didapatkan perawat yang bekerja di ruangan MPKP lebih baik perilakunya dibanding yang bekerja di ruangan nonMPKP. Akan tetapi, hasil analisis lebih lanjut didapatkan tidak ada hubungan antara variabel tersebut.

MPKP menempatkan pendekatan manajemen yang diterapkan dalam bentuk fungsi manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Penerapan MPKP memungkinkan proses asuhan keperawatan dapat berjalan secara sistematis dan terorganisasi (Keliat & Akemat, 2009). Idealnya, di ruangan tersebut perawatnya berperilaku yang lebih baik. Kemungkinan belum optimalnya pelaksanaan fungsi MPKP dapat menjadi salah satu faktor penyebabnya, misalnya ketenagaan yang masih kurang.

Kesimpulan

Penelitian ini menjawab hipotesis adanya hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang terapi intravena dengan perilaku pencegahan flebitis bakterial dan pelatihan dengan perilaku pencegahan flebitis.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pedoman untuk lebih mengembangkan pengetahuan tentang terapi intravena, misalnya melalui kegiatan pelatihan dan ronde keperawatan yang diprogramkan secara teratur. Selanjutnya pemberian motivasi dan fungsi supervisi kepala unit terhadap perawat pelaksana dalam menerapkan perilaku pencegahan flebitis lebih dioptimalkan kembali, dibarengi dengan pemberian penghar-

gaan sesuai kinerja perawat. Untuk institusi pendidikan diharapkan saat praktek laboratorium terapi intravena selalu dibarengi dengan penerapan pengetahuan tentang pencegahan flebitis mekanik, kimia, dan bacterial (PN, INR).

Referensi

- Alexander, M., Corrigan, A., Gorski, L., Hankins, J., & Perucca, R. (2010). *Infusion nursing: An evidence based approach, 3rd ed.* St. Louis: Saunders Elsevier.
- Angeles, T. (1997). How to prevent phlebitis. *Nursing*, 27(1), 26.
- _____. (1997). Catheter selection: Choosing the right size. *Nursing*, 27(2), 18.
- Chan, M.F. (2009). Factors affecting knowledge, attitudes, and skills levels for nursing staff toward the clinical management system in Hongkong. *Alice Lee Centre for Nursing Studies, National University of Singapore*, 27(1), 57–65. doi:10.1097/NCN.0b013e31818dd3b0.
- Gayatri, D., & Handiyani, H. (2008). Hubungan jarak pemasangan terapi intravena dari persendian terhadap waktu terjadinya flebitis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11 (1), 1–5.
- Higginson, R. & Parry, A. (2011). Phlebitis: Treatment, care and prevention. *Nursing Times*, 107(36), 18 – 21.
- Keliat, B.A. & Akemat. (Ed.). (2009). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, & praktik*. (E. Wahyuningsih, D. Yulianti, Y. Yuningsih, & A. Lusyana, Penerj). Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Paolucci, H., Nutter, B., & Albert, N. (2011). RN knowledge of vascular devices management. *Journal of the Association for Vascular Access*, 16(4), 221- 225. doi: 10.2309/java.16-4-4.
- Phillips, L. D. (2005). *Manual of I.V. therapeutics, 4th ed.* Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Pose-Reino, A., Taboada-Coton, J.M., Alvarez, D., Suarez, J., Valdes, L., & Spain, Santiago. (2000). Infusion phlebitis in patients in a general internal medicine service. *Chest*, 117(6), 1822–1823.
- Potter, P. A. & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktik volume 1 edisi 4.* (Y. Asih, M. Sumarwati, Penerj). Jakarta: EGC.
- _____. (2009). *Fundamental keperawatan buku 1 edisi 7.* (A. Ferderika, Penerj). Jakarta: Salemba Medika.
- Uslusoy, E., & Mete S. (2008). Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: A descriptive study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 172–180.
- Wayunah. (2011). *Hubungan pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kejadian flebitis dan kenyamanan pasien di ruang rawat inap ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Indramayu.* (Tesis, tidak dipublikasikan) Universitas Indonesia.