

# Ners Journal Jurnal Ners

Volume II Nomor 1 April 2016

- Implementasi Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan Melalui Kepemimpinan Mutu Kepala Ruangan
- Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Kanker dengan Implementasi Perawatan Kesehatan Psikoseksual
- Aplikasi Model Edukasi Postnatal melalui Pendekatan Family Centered Maternity Care (Fcmc) sebagai Strategi Optimalisasi Competent Mothering
- Penambahan Besar Sudut Inklinasi Insole Sepatu Kerja Menurunkan Kadar Glukosa Darah Puasa dan HbA1c
- Hubungan Ekspresi Hsp 70 dan Ekspresi Reseptor Opioid Mu pada Pemurunan Nyeri Terapi Bekam Basah
- Profil Ekg Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung
- Model Perawatan Kesehatan Keselamatan Kerja Berbasis Agricultural Nursing: Studi Analisis Masalah Kesehatan Petani
- Persepsi Anak dan Orang Tua Tentang Kualitas Hidup Anak Penderita Diabetes Mellitus Tipe 1
- Self Management Program Meningkatkan Koping, Niat dan Kepatuhan Berobat Pasien Pjk setelah Pemberian Self Management Program
- Model Pengembangan Perilaku Ibu Dalam Pemenuhan Kebutuhan Asah, Asih Dan Asuh Anak Leukemia
- Deteksi Dini Derajat Kesadaran Menggunakan Pengukuran Nilai Kritis Mean Artery Pressure
- Psychometric Evaluation of the Quality of Nursing Care Scale for Hospitalized Acute Respiratory Infection Children in Indonesia
- Pengaruh Psychoeducative Family Therapy Terhadap Pengetahuan, Dukungan Keluarga dan Stigma Kusta Dengan Model Pendekatan Calgary di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun
- Knowledge-Management-Based-Nursing Care Model Improves Patient Adherence to Tuberculosis Treatment
- Diarrhea Incident in Cervical Cancer Patients Post Chemotherapy Treatment
- Peran Keluarga Dan Kualitas Hidup Pasien Kanker Serviks
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Improving the Quality of Life Patients Suffering Cancer
- The effectiveness of psycho education towards depression, anxiety and stress level of patients with pulmonary tuberculosis
- Pengaruh Konseling Terhadap Parenting Self Efficacy pada Ibu Postpartum dengan Sectio Caesarea
- Peer group as a model for the development learning reproductive health in the traditional boarding school

Diterbitkan oleh:

Program Studi Ilmu Keperawatan FKp Unair bekerjasama dengan  
PPNI Propinsi Jawa Timur

**Terakreditasi B**  
**Nomor: 58/DIKTI/Kep/2013**

Jurnal Ners (Ners. J.)	Vol. II	No. 1	Hal. 1-146	Surabaya April 2016	ISSN 1858-3598
---------------------------	---------	-------	---------------	------------------------	-------------------

# IMPLEMENTASI SISTEM MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN MELALUI KEPEMIMPINAN MUTU KEPALA RUANGAN

## *(Implementation of Quality Management System of Nursing Care Through Quality Leadership of Nurse Unit Manager)*

Ana Pratiwi\*, Aziz Alimul Hidayat\*, Ratna Agustin\*

\*Departemen of Nursing, Faculty of Health Science, Muhammadiyah University of Surabaya  
Jl. Sutorejo No. 59 Surabaya  
Email: azizhidayat@yahoo.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Sistem manajemen mutu merupakan suatu tatanan yang menjamin tercapainya tujuan dan sasaran mutu yang direncanakan dalam pelayanan keperawatan. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi implementasi sistem manajemen mutu di ruangan rawat inap adalah kepemimpinan mutu kepala ruangan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kepemimpinan mutu kepala ruangan terhadap implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit. **Metode:** Metode penelitian ini menggunakan penelitian analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 8 ruangan yang terdiri dari Paviliun Multazam, Arofah, Sakinah, Shofa Marwah, Annisa, Mina, Ismail, dan ICU yang memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Pengambilan data menggunakan *simple random sampling*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, wawancara dan observasi. Analisis data dengan menggunakan uji statistik *Regresi Linear Sederhana* dengan nilai kemaknaan  $\alpha \leq 0,05$ . **Hasil:** Hasil penelitian di dapatkan kepemimpinan mutu kepala ruangan sebagian besar baik (50%) dan implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan juga sebagian besar baik (62,5%). Hasil analisa dengan uji *Regresi Linear Sederhana* di dapatkan ada pengaruh kepemimpinan mutu kepala ruangan terhadap implementasi sistem manajemen mutu ruang rawat inap ( $\rho = 0,024$ ). **Kesimpulan:** Dari hasil penelitian ini diharapkan perawat meningkatkan komitmen dan tanggung jawab dalam mengimplementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap sehingga dapat mencapai mutu pelayanan keperawatan yang berkualitas dan dapat meningkatkan kepercayaan, kepuasan pada pasien, keluarga, masyarakat terhadap pelayanan keperawatan.

**Kata Kunci :** *Kepercayaan Mutu, Implementasi Sistem Manajemen Mutu.*

### ABSTRACT

**Introduction:** The quality management system is an order that ensures the achievement of goals and quality objectives which are planned in nursing care. One of the factors that may affect the implementation of quality management systems in the inpatient units is the quality leadership of head nurse. This study aims to determine the effect of the quality leadership of the head nurse to the implementation of quality management systems of nursing cares in hospital. **Methods:** The research method uses analytical research with cross-sectional approach. The sample of this study consists of eight wards; They are Multazam pavillion, Arofah, Sakinah, Shofa Marwah, Annisa, Mina, Ismail, and ICU which meet with the inclusion and exclusion criteria. The data was taken by using simple random sampling. The data collection by using questionnaires, interviews and observation. Data analysis used a simple statistical linear regression tests with a significance the value of  $\alpha \leq 0.05$ . **Results:** The results showed that the quality of leadership of the head of wards is mostly good (50%) and the implementation of quality management system of nursing care is mostly good (62.5%). Results of analysis of the simple linear regression test on the influence of leadership quality of the head nurse through the implementation of the quality management system of inpatient units ( $\rho = 0.024$ ). **Conclusion:** The results of this study expect the nurses to increase the commitment and responsibility in implementing the quality management system of nursing cares in the inpatient units so as to achieve the excellent quality of nursing cares and can boost confidence, satisfaction of patients, families, and communities on nursing care.

**Keywords:** *Quality Leadership, Quality Management System Implementation*

### PENDAHULUAN

Sistem manajemen mutu merupakan suatu tatanan yang menjamin tercapainya tujuan dan sasaran mutu yang direncanakan termasuk di dalam pelayanan keperawatan (Semuel & Zulkarnain 2011). Salah satu masalah yang sering terjadi di pelayanan keperawatan adalah rendahnya implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan, termasuk dapat di temukan di RS Siti Khotijah. Hal ini berdasarkan penelitian (Amaliyah 2014).

menyatakan bahwa tiga ruangan di Rumah Sakit Siti Khodijah dengan mutu pelayanan keperawatan kurang dan dua ruangan dengan mutu pelayanan keperawatan cukup.

Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan terdiri atas unsur masukan meliputi tenaga, dana dan sarana, unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen, dan unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis (Azwar 1996). Dalam unsur masukan terdapat tenaga dan

kepemimpinan mutu. Untuk itu salah satu yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah mutu pelayanan adalah melalui perbaikan kepemimpinan yang berbasis mutu, hal jugadapat ditemukan pada penelitian yang dilakukan (Dhinamita Nivalinda, M.C. Inge Hartini 2013) bahwa kepemimpinan kepala ruang yang efektif akan mempengaruhi upaya menggerakkan perawat dalam lingkup wewenangnya untuk menerapkan budaya keselamatan pasien. Perawat dengan motivasi baik akan menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik.

Kepemimpinan kepala ruangan memiliki peran penting didalam implementasi sistem manajemen mutu di ruangan karena kepala ruangan mempunyai tanggung jawab dalam mengelola, merencanakan, dan mengendalikan kinerja stafnya dalam manajemen keperawatan (Parahita 2010). Sehingga untuk mengatasi masalah dalam implementasi sistem manajemen mutu, dapat diatasi dengan kepemimpinan mutu kepala ruangan yang berorientasi pada mutu pelayanan. Berdasarkan uraian tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh kepemimpinan mutu kepala ruangan terhadap implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit.

**BAHAN DAN METODE**

Metode penelitian yang di gunakan adalah analitik *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ruangan rawat inap di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang pada tahun 2014. Sampel dalam penelitian ini adalah ruangan rawat inap sebanyak 8 unit ruangan rawat inap di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yakni ICU, Paviliun Sofa Marwa, Paviliun Mina, Paviliun Multazam, Paviliun Ismail, Paviliun Arofah, Paviliun Anisa, Paviliun Sakinah. Pengumpulan data dilakukan selama tiga bulan. Sumber data diperoleh berasal dari sumber primer dan

sekunder. Data primer didapat dari responden melalui pemberian kuesioner dan wawancara secara langsung.

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan cara, kuesioner dan wawancara. Kuesioner terdiri atas 20 pertanyaan dengan skala likert, yang meliputi pertanyaan focus tentang *perencanaan* dengan kriteria yakni (1) analisa situasi, (2) penetapan tujuan, (3) sasaran, (4) kegiatan program, (5) monitoring dan evaluasi. Pertanyaan dengan focus tentang *pelaksanaan* dengan kriteria yakni (1) pelatihan, (2) survey kebutuhan, (3) identifikasi proses, (4) pembentukan tim. Pertanyaan dengan focus pertanyaan tentang *pemeriksaan* dengan kriteria yakni (1) menjalankan sesuai rencana, (2) mengamati hasil, (3) efek yang terjadi, (4) adanya perubahan. Pertanyaan fokus tentang *perbaikan* dengan kriteria yakni (1) studi situasi yang sedang berlangsung, (2) standarisasi, (3) dokumentasi, (4) inovasi ide. Analisis data yang digunakan adalah uji regresi linear sederhana untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen dan variabel dependen dengan skala data ordinal dan tingkat kemaknaan  $\alpha \leq 0,05$ .

**HASIL**

Tabel 1 menunjukkan bahwa hasil kepemimpinan mutu kepala ruangan yang baik ada 4 ruangan (50%) dan implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan yang baik ada 5 ruangan (62,5%). Sedangkan kepemimpinan mutu kepala ruangan yang cukup ada 4 ruangan (50%) dan implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan yang cukup ada 3 ruangan (37,5%). Hasil analisis uji regresi linear sederhana didapatkan hasil signifikan dengan  $\rho=0,024$ , maka hasil kesimpulannya ada pengaruh kepemimpinan mutu kepala ruangan terhadap implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Tabel 1. Hasil pengujian hipotesis pengaruh langsung antara kepemimpinan mutu kepala ruangan terhadap implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan

Kepemimpinan Mutu Kepala Ruangan	Implementasi SSM					
	Baik		Cukup		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Baik	4	50%	0	0%	4	50%
Cukup	1	12,5%	3	37,5%	4	50%
Jumlah	5	62,5%	3	37,5%	8	100%

Uji regresi Linear Sederhana  $\rho=0.024$  ( $\alpha<0.05$ )

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa kepemimpinan mutu kepala ruangan pada 8 ruangan rawat inap menunjukkan bahwa sama besarnya antara kepemimpinan baik dan cukup (50%). Hal ini disebabkan karena dari latar belakang pendidikan kepala ruangan mempunyai latar pendidikan yang bervariasi, yakni S1 Keperawatan dan Diploma Keperawatan.

Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Menurut Kopelman dalam (Nursalam 2014), faktor penentu organisasi yakni kepemimpinan dan sistem imbalan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui motivasi, sedang faktor penentu organisasi, yakni pendidikan berpengaruh pada kinerja individu atau organisasi melalui variabel pengetahuan, keterampilan atau kemampuan. Kemampuan dibangun oleh pengetahuan dan keterampilan tenaga kerja.

Hal ini juga dapat dilihat dari tiga indikator kepemimpinan mutu kepala ruangan anatara lain perencanaan mutu, pengendalian mutu dan peningkatan mutu. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh rata-rata perencanaan mutu oleh kepemimpinan mutu kepala ruangan (75,2 %), untuk rata-rata pengendalian mutu oleh kepemimpinan mutu kepala ruangan (83,5 %) dan rata-rata dari peningkatan mutu oleh kepemimpinan mutu kepala ruangan (74,6 %).

Hal ini sesuai dengan pendapat bahwa perencanaan yang baik akan menentukan keberhasilan kegiatan dan pencapaian tujuan serta menghindari keterperangkapan dalam ketidaksiapan dari seluruh komponen kepemimpinan. Fungsi perencanaan sebaiknya dilakukan oleh kepala ruangan secara optimal agar dapat memberikan arah kepada perawat pelaksana, mengurangi dampak perubahan yang terjadi, memperkecil pemborosan atau kelebihan dan menentukan standart yang akan digunakan dalam melakukan pengawasan serta pencapaian tujuan. Kepemimpinan dalam penengendalian berguna untuk menentukan kegiatan yang akan datang, mengumpulkan umpan balik dan hasil-hasil yang secara periodik ditindaklanjuti dalam rangka

membandingkan hasil yang diperoleh dengan perencanaan yang dibuat.

Menurut Juran dalam (Wijono 1999) menyatakan mutu tidak datang demikian saja, perlu direncanakan dan dirancang, perencanaan mutu merupakan suatu bagian yang diperlukan yakni melalui perencanaan mutu, pengendalian mutu, dan peningkatan mutu. Hal ini sesuai yang dikemukakan oleh (Dhinamita Nivalinda, M.C. Inge Hartini 2013) menjelaskan bahwa kepemimpinan kepala ruangan yang efektif akan mempengaruhi upaya menggerakkan perawat dalam lingkup wewenangnya untuk menerapkan budaya keselamatan pasien.

Perencanaan mutu, pengendalian mutu dan peningkatan mutu oleh kepemimpinan mutu kepala ruangan dibutuhkan dalam menjalankan pengorganisasian diruangan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Disamping itu kepala ruangan diharapkan dapat bertanggung jawab dan mampu melaksanakan manajemen keperawatan sehingga dapat menghasilkan pelayanan yang berkualitas. Tujuan akhirnya adalah terciptanya kepuasan pada pasien dan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan pada 8 ruangan rawat inap menunjukkan bahwa sebagian besar yaitu baik. Hal ini disebabkan karena dalam ruangan/organisasi yang menjalankan sistem manajemen mutu bukan hanya kepala ruangan tetapi perawat pelaksana. Sumber daya manusia, komitmen terhadap pekerjaan, tanggung jawab, situasi kerja, evaluasi berkesinambungan dan budaya organisasi juga akan mempengaruhi dalam implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan dalam suatu organisasi/ruangan.

Komitmen terhadap mutu harus menjadi peran utama setiap pemimpin dan setiap orang dalam lembaga/organisasi untuk meningkatkan mutu karena mutu adalah urusan setiap orang, disamping komitmen kerjasama tim yang solid, kepengawasan yang ketat dan sumber daya yang memadai merupakan faktor yang menentukan keberhasilan peningkatan mutu. Budaya kerja sebagai pola kebiasaan yang didasarkan cara pandang atau cara seseorang memberikan makna terhadap kerja yang mewarnai suasana hati dan keyakinan yang kuat atas nilai-nilai yang diyakininya, serta

memiliki semangat bersungguh-sungguh untuk mewujudkan-nya dalam bentuk prestasi kerja.

Hal ini dapat di lihat dari empat indikator implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan oleh kepala ruangan yakni perencanaan (*plan*), pelaksanaan (*do*), pemeriksaan (*check*), dan perbaikan (*action*). Berdasarkan hasil penelitian diperoleh nilai rata-rata dari perencanaan (*plan*) oleh kepala ruangan dalam implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan (89,2 %), untuk rata-rata yang diperoleh dari pelaksanaan (*do*) oleh kepala ruangan dalam implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan (72,5 %), untuk rata-rata yang diperoleh dari pemeriksaan (*check*) oleh kepala ruangan dalam implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan (62,5 %), dan rata-rata dari perbaikan (*action*) oleh kepala ruangan dalam implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan (62,5 %).

Menurut Deming dalam (Wijono 1999) menyatakan untuk membantu menyelenggarakan dan menegakkan organisasi mutu dalam jangka panjang dan berkelanjutan terdiri dari empat tahapan yang satu mengikuti yang lain berulang-ulang yaitu melalui perencanaan (*plan*), pelaksanaan (*do*), pemeriksaan (*check*) dan perbaikan (*action*). Dalam setiap prosesnya senantiasa melakukan perencanaan yang matang, implementasi yang terukur dengan jelas, dilakukan evaluasi dan analisis data yang akurat serta tindakan perbaikan yang sesuai dan monitoring pelaksanaannya agar bisa menuntaskan masalah yang terjadi di organisasi.

Dalam implementasi sistem manajemen mutu akan sangat efektif apabila setiap bagian dari organisasi memahami fungsi, tanggung jawab, dan keterkaitannya dengan bagian lain dalam sistem tersebut. Perencanaan, pelaksanaan, pemeriksaan dan perbaikan oleh kepala ruangan dalam sistem manajemen mutu di ruangan secara tidak langsung akan mempengaruhi baik buruknya mutu pelayanan keperawatan dalam ruangan karena itu dengan implementasi sistem manajemen mutu bertujuan untuk meningkatkan dan memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien dalam menjaga mutu pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh kepemimpinan mutu kepala ruangan dengan implementasi sistem manajemen mutu

pelayanan keperawatan, hal tersebut berdasarkan hasil uji statistik *Regresi Linear Sederhana* didapatkan hasil signifikan menunjukkan nilai  $p=0.024$   $\alpha < 0.05$ .

Adanya pengaruh juga dapat di lihat dari tiga indikator kepemimpinan mutu yang digunakan yaitu perencanaan mutu, pengendalian mutu dan peningkatan mutu, sedangkan implementasi sistem manajemen mutu dapat dilihat dari empat indikator yang digunakan yaitu perencanaan (*plan*), pelaksanaan (*do*), pemeriksaan (*check*) dan perbaikan (*action*).

Dalam perencanaan mutu kepala ruangan kurang melaksanakan identifikasi kepuasan pasien dalam pelayanan keperawatan, dalam pengendalian mutu kepala ruangan kurang bertindak terhadap penyimpangan mutu dengan pengawasan terus-menerus, dalam peningkatan mutu kepala ruangan tidak mengirimkan seminar/pelatihan untuk perawat pelaksana. Sedangkan dalam implementasi sistem manajemen mutu dalam perencanaan (*plan*) ruangan belum memiliki rencana strategis dalam pelayanan, dalam pelaksanaan (*do*) ruangan tidak memberikan fasilitas untuk seminar/pelatihan pada perawat dan kurang melakukan survey kebutuhan pasien, dalam pemeriksaan (*check*) ruangan belum melakukan pemeriksaan terhadap program yang telah dilaksanakan dan ruangan kurang melakukan monitoring hasil kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan, dalam perbaikan ruangan kurang menindaklanjuti hasil dari audit.

Hal ini dikarenakan dalam kepemimpinan mutu kepala ruangan dapat mempengaruhi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan dalam ruangan yang dipimpin oleh kepala ruangan, tetapi dalam implementasi sistem manajemen mutu juga dapat dipengaruhi oleh faktor lain dari ruangan bukan hanya dipengaruhi oleh kepemimpinan kepala ruangan, faktor tersebut yakni kesadaran mutu setiap perawat pelaksana, sumber daya manusia, komitmen perawat dalam menjalankan pekerjaannya, tanggung jawab dalam tugas keperawatan. Hal ini sesuai yang dikemukakan oleh (Daisy Debora Grace Pangemanan & Tarore 2013) menyatakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas penerapan sistem manajemen mutu yaitu kepemimpinan mutu, kesadaran mutu, sumber daya manusia, komitmen manajemen, tanggung jawab manajemen, iklim kerja,

evaluasi berkesinambungan, dan budaya organisasi. Komitmen terhadap mutu harus menjadi peran utama setiap pemimpin dan setiap orang dalam lembaga/organisasi untuk meningkatkan mutu karena mutu adalah urusan setiap orang, disamping komitmen kerjasama tim yang solid, kepemimpinan yang ketat dan sumber daya yang memadai merupakan faktor yang menentukan keberhasilan peningkatan mutu.

Menurut Juran dalam (Wijono 1999) menyatakan mutu tidak datang demikian saja, perlu direncanakan dan dirancang, perencanaan mutu merupakan suatu bagian yang diperlukan yakni melalui perencanaan mutu, pengendalian mutu, dan peningkatan mutu. Menurut Deming dalam (Wijono 1999), untuk membantu menyelenggarakan dan menegakkan organisasi mutu dalam jangka panjang dan berkelanjutan terdiri dari empat tahapan yang satu mengikuti yang lain berulang-ulang yaitu melalui perencanaan (*plan*), pelaksanaan (*do*), pemeriksaan (*check*) dan perbaikan (*action*).

Menurut teori kontemporer bahwa teori ini menekankan pada empat komponen penting dalam suatu pengelolaan, yaitu manajer/pemimpin, staf dan atasan, pekerjaan, serta lingkungan. Dalam melaksanakan suatu manajemen seorang pemimpin harus mengintegrasikan keempat unsur tersebut untuk mencapai tujuan organisasi. Staf atau pegawai adalah manusia sebagai suatu sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan sekitarnya dan berkembang secara dinamis, asumsi teori ini sebagai berikut: (1) manusia memiliki karakteristik yang sangat kompleks, mereka mempunyai motivasi yang bervariasi dalam melakukan suatu pekerjaan; (2) motivasi seseorang tidak tetap, tetapi berkembang sesuai perubahan waktu; (3) tujuan bisa berbeda pada situasi yang berbeda pula; (4) produktivitas dipengaruhi oleh tugas yang harus diselesaikan, kemampuan seseorang, pengalaman dan kesadaran.

Proses implementasi sistem manajemen mutu akan efektif bila perencanaan, pelaksanaan, pemeriksaan dan perbaikan dijalankan oleh kepala ruangan dengan baik dan akan lebih baik lagi apabila kepala ruangan dengan kepeimpinannya yang efektif dapat mengontrol dan mengawasi perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Menurut teori kontingensi dan situasional menekankan bahwa pemimpin yang

efektif adalah pemimpin yang melaksanakan tugasnya dengan mengombinasikan antara faktor bawaan, perilaku dan situasi. Pemimpin yang efektif memerlukan kemampuan untuk menggunakan proses penyelesaian masalah, mempertahankan kelompok secara efektif, mempunyai kemampuan komunikasi yang baik dengan bawahannya, menunjukkan kejujuran dalam memimpin, kompeten, kreatif dan mampu mengembangkan kelompok.

Implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan dapat terlaksanakan dengan kerjasama antara kepemimpinan mutu kepala ruangan dengan perawat pelaksana yang memberikan pelayanan sesuai standar yang sudah ditetapkan dalam setiap ruangan dan berpedoman pada peningkatan mutu. Sehingga akan menghasilkan output yaitu mutu pelayanan keperawatan yang berkualitas yakni kepuasan pada pasien, kenyamanan, keselamatan, tidak terjadinya kecemasan pada pasien, terpenuhinya kebutuhan kebersihan dan perawatan diri, meningkatnya pengetahuan pasien.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Kepemimpinan mutu kepala ruangan di RS Siti Khotijah adalah sebagian besar baik (50%) dan implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan juga sebagian besar baik (62,5%). Hasil analisa dengan uji *Regresi Linear Sederhana* pada pengaruh kepemimpinan mutu kepala ruangan terhadap implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang di dapatkan hasil dengan  $p = 0,024 < \alpha = 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa implementasi sistem manajemen mutu dapat di pengaruhi oleh kepemimpinan mutu kepala ruangan.

### Saran

Saran yang dapat diberikan adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan hendaknya rumah sakit lebih menerapkan sistem manajemen mutu dalam pelayanan keperawatan dan untuk mengimplementasikan sistem manajemen mutu maka dibutuhkan peran kepemimpinan mutu oleh kepala ruangan.

## KEPUSTAKAAN

Amaliyah, M., 2014. *Hubungan Gaya*

- Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Kinerja Perawat Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.*
- Azwar, A., 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Daisy Debora Grace Pangemanan & Tarore, H., 2013. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI EFEKTIVITAS PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN MUTU ISO 9001: 2008 PADA PERUSAHAAN KONTRAKTOR DI KOTA MANADO. *Jurnal Ilmiah Media Engineering*, 3(1), pp.49–53. Available at: <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jime/article/view/4260/3789>.
- Dhinamita Nivalinda, M.C. Inge Hartini, A.S., 2013. Pengaruh Motivasi Perawat Dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Pada Rumah Sakit Pemerintah Di Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), pp.138–145. Available at: <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/1010>.
- Nursalam, 2014. *Managemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Jakarta: Salemba Medika.
- Parahita, I.K., 2010. *Analisis Kinerja Kepala Ruang Setelah Mendapat Pelatihan Manajemen Keperawatan Menurut Persepsi Staf Keperawatan Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Available at: <http://eprints.ums.ac.id/9493/1/J210060100.pdf>.
- Semuel, H. & Zulkarnain, J., 2011. Pengaruh Sistem Manajemen Mutu Iso Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Budaya Kualitas Perusahaan (Studi Kasus PT. Otsuka Indonesia Malang). *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, 13(2), pp.162–176. Available at: <http://jurnalmanajemen.petra.ac.id/index.php/man/article/view/18332/18177>.
- Wijono, D., 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.*, Surabaya: Airlangga University Press.

# PENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER DENGAN IMPLEMENTASI PERAWATAN KESEHATAN PSIKOSEKSUAL

*(Improving Quality of Life on Cancer Patient by Implementation of Psychosexual Health Care)*

**Yati Afyanti\***, **Budi Ana Keliat\*\***, **Ida Ruwaida\*\*\***, **Imami Nur Rachmawati\***, **Nur Agustini\*\*\*\***

\* Maternity & Women's Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Indonesia

\*\*Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, University of Indonesia

\*\*\*Faculty of Sociology, University of Indonesia

\*\*\*\*Child Nursing, Faculty of Nursing, University of Indonesia, Indonesia

Email: yatikris@ui.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan.** Kontribusi perawat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien kanker menyebabkan perawat harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan dalam aspek kesehatan psikoseksual. Pelatihan perawatan kesehatan psikoseksual telah dikembangkan, diimplementasikan, dan diberikan kepada perawat onkologi di Indonesia untuk memenuhi kebutuhan tersebut sehingga perawat dapat memberikan perawatan kesehatan psikoseksual terhadap penderita kanker dan pasangannya. **Metode.** Pelatihan menggunakan metode pre dan post test untuk mengidentifikasi hasil serta perubahan skor dalam mengevaluasi pengetahuan, keyakinan, tindakan, kepercayaan diri dari peserta sebelum dan setelah pelatihan. **Hasil.** Pelatihan diberikan pada 46 perawat onkologi di Indonesia. Setelah pelatihan dan pendampingan didapatkan perubahan yang signifikan pada pengetahuan, keyakinan, kepercayaan diri dalam memberikan perawatan kesehatan psikoseksual pada pasien kanker dan pasangannya, namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada aspek tindakan. **Diskusi.** Pelatihan tersebut telah menjadi standar asuhan keperawatan di Indonesia untuk perawatan pasien kanker dan telah menunjukkan bukti yang ilmiah bahwa perawat memang berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup pasien kanker dengan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif melalui implementasi perawatan kesehatan psikoseksual pada pasien kanker dan pasangannya.

**Kata kunci:** perawatan kesehatan psikoseksual, pelatihan, keperawatan, kanker

## ABSTRACT

**Introduction:** The contribution of nurses in improving the quality of life of patients with cancer has caused them to have needs of getting knowledge and skills to provide services on psychosexual health care. Training on psychosexual health care has been developed, implemented and given to oncology nurses in Indonesia in order to fulfill the needs so that the nurses are able to provide psychosexual health care to cancer survivors and their spouse. **Method:** The training utilized a method of pre- and post-test evaluation to identify outcomes including changes of evaluation scores of knowledge, belief, practice, and self-efficacy of trainees before and after receiving psychosexual health care training. **Result:** The training has been implemented on 46 oncology nurses in Indonesia so that they can have knowledge, practice, belief and self-efficacy in providing psychosexual health care to patients with cancer and their spouse. After training and mentorship had been provided, there were significant changes on knowledge, belief and self-efficacy in providing psychosexual health care services to patients with cancer and their spouse; however, there were no significant changes on practices. **Discussion:** The training has become a standard nursing care for cancer in Indonesia and has provided scientific evidences that nurses have contribution in improving quality of life of patients with cancer by providing a comprehensive nursing care through implementation of psychosexual health care in their daily nursing care for patients with cancer and their spouse.

**Keywords:** Psychosexual health care, training, nursing, cancer

## INTRODUCTION

Cancer may affect the quality of life of patients with cancer. Various physical, psychological and sexual problems may be encountered by patients with cancer, either caused by the diagnosis of cancer itself or as a result of cancer therapy. Psychosexual problems may give bad impacts of diminished social relationship of the patients with their family, spouse and community. For example, some studies on various experiences of cervical cancer survivors reported that the

survivors had experienced various psychosexual problems, which caused bad impact on their quality of life (Greenwald & McCorkle 2007; Klee, M. et al. 2000; Wenzel, L. 2005; Burns et al. 2007). The patients' social life including the intimacy with their spouse and playing the role as housewives, which is no longer perfect may bring risk of role dysfunction and may jeopardize family life.

The problems are not easy to be solved by the patients themselves or by the



cancer survivors and their spouse. They need nurses and other health care personnel to manage psychosexual problems during and following cancer treatment (Hughes 2009; P.T et al. 2003). Survivors of cervical cancers and their spouse need help from health care personnel, especially nurses, to overcome the problems (Gamel et al. 2000; Afiyanti & Milanti 2013; Powell et al. 2008; De Groot 2005).

Providing psychosexual health care is one of important roles for nurses who work at a cancer unit. Nurses play active roles to provide assistance in managing psychosexual problems in patients with cancer. The role of nurses in providing psychosexual services including developing a professional trust to empower the patients so that they can discuss their sexual problems, performing sexual evaluation review, managing sexual counseling as well as providing information and emotional support (Higgins et al. 2006; S & Yoder 2009; Risen 1995; Moore & Higgins 2009). Nevertheless, there is only a small number of nurses who have contributed their assistance on psychosexual problems in patients with cancer (Kautz et al. 1990; Gamel et al. 1995; Cort 1998; Guthrie 1999; Butler & Banfield 2001; Magnan et al. 2005), including the nurses for cancer patients in Indonesia.

Most nurses have various obstacles to provide health care services associated with psychosexual problems. Various studies reported that nurses have limitations on knowledge and communication skills to discuss psychosexual problems; moreover, they also have lack of knowledge on the sexuality concept. An interview with some nurses has identified that no nurse has optimally provided education and counseling in managing psychosexual health problem of patients following the cancer treatment. Even if they did have given some explanation about it, the explanation was only a brief message to the patients.

Various problems such as lack of knowledge and skills about sexual education and counseling, reluctance on promoting sexual health, shyness to talk about sexuality and a taboo culture to have discussion about sex are obstacles for oncology nurses in Indonesia to provide a holistic nursing care for patients with cancer. Nurses need to be provided with knowledge and skills so that they can offer their assistance for cancer

survivors and their spouse (Personal communication with Oncology nurses, October, 2013).

Similar problem has also been reported by previous studies, which reported that the nurses felt embarrassed and uncomfortable when discussing sexual issues with their patients and they did not have knowledge to provide counseling on sexual problems (Gamel et al. 1995; Cort 1998; Guthrie 1999; Magnan et al. 2005; Tsai 2004). Due to such limitations, many nurses have inappropriate perception on sexuality concept and assume that sexual problems are not important to be discussed and they do not feel comfortable to discuss sexual problems with the patients (Kotronoulas, G et al. 2009; Quinn 2003; Stead et al. 2003; Hughes 2009; Hautamaki et al. 2007).

Nursing interventions have been developed overseas to provide assistance in managing psychosexual problems. The interventions include sexual counseling, providing information on sexual health, sexual education and rehabilitation for patients with heart diseases and standard sexual health care services to help overcoming sexual problems and promoting health sex for patients with cancer and those with heart diseases (Gamel et al. 2000; Maughan & Clarke 2001; Wilson & Williams 1988; Webb 1988; Shuman & Bohachuck 1987). A pilot study conducted by Joint Board of Clinical Nursing Studies has also successfully hold a kind of training associated with principles of psychosexual counseling for nurses and midwives, which aimed to train nurses and midwives to identify and provide constructive responses on various psychosexual issues of their patients in their daily practices (Irwin 2006). While in Indonesia, no training was available to train nurses that enable them to perform an evaluation or intervention to manage psychosexual problems of their patients. Such training is necessary for oncology nurses in Indonesia so that they can have a contribution to provide assistance in managing psychosexual problems of their patients (Personal communication with My, Dw, An, Yt, and M, Oncology nurses, October, 2013).

Moreover, there is lack of knowledge and practice by oncology nurses in Indonesia regarding psychosexual problems experienced by cancer survivors. It can restrain the development of researches and applied

clinical practice of psychosexual health care in Indonesia. Until now, nursing care in Indonesia has no standard health care services to promote psychosexual health care services for patients; therefore, comprehensive nursing care conducted by nurses in Indonesia has not been optimal.

This article focuses on evaluation of psychosexual health care training, which has been developed, implemented and given to oncology nurses so that they are able to provide psychosexual health care service to help cancer survivors and their spouse to overcome their psychosexual problems. Training materials, various activities during the training and the results of training are explained in this article, including discussion and various implication of nursing care associated with the results of training.

## **MATERIALS AND METHOD**

### **Approaches and Development on Psychosexual Health Care**

Psychosexual aspect and its various problems has been identified as one of components in nursing care in the area of cancer nursing care. A holistic nursing care incorporates giving concern on psychosexual aspects for patients and their spouse. Psychosexual health care services provided by a nurse may include performing evaluation on sexuality aspects, establishing diagnosis on sexuality problem, providing interventions on psychosexual problems and evaluating outcomes of interventions on sexuality problems. As health care personnel who provide a holistic / comprehensive care for the patients, nurses should have knowledge and understanding about psychological and sexual aspects of their patients who have cancer. They should identify information of various available sources, applying standard of practice and developing clinical skill to provide routine questions in association with psychosexual aspects of their clients when performing clinical assessment.

Providing intervention of psychosexual nursing care has been proven empirically to give improvement on psychosexual problems as complained by the cancer survivors. It has been reported by previous studies that providing intervention of sexual education and counseling following cancer treatment can reduce psychosexual problems and may

improve harmonic relationship / the relationship of the patients or survivors with their spouse following cancer treatment. (Afiyanti et al. 2011; Jeffries, S.A. et al. 2006; Powell et al. 2008).

Psychosexual health care provides supports for patients and their spouse through empowerment program so that they can discuss their psychosexual problem. The service also provides information for education, emotional supports, specific counseling to manage sexual dysfunction due to side effects of cancer treatment, helping patients and their spouse to adapt against physical and psychological changes and restoring the belief for women following cancer treatment (Jun et al. 2011; Moore & Higgins 2009). Information, education and counseling on improving sexual health have become something that needed by patients and their spouse following cancer treatment. It has been proven by a study conducted by (De Groot 2005; Jun et al. 2011) reported that patients and their spouse needed explanation about improved sexual relationship following cancer treatment. Other studies have provided scientific evidences that intervention on counseling education may improve complaints of sexual dysfunction, reducing anxiety and depression, which finally may lead to increased quality of life in women following treatment of cervical cancer (Brotto et al. 2008; Powell et al. 2008).

A cross-sectional study evaluating perception of nurses about their roles on promoting sexual health (Butler & Banfield 2001) reported that the majority of nurses suggested that sexuality is a part of practice in nursing care; although their knowledge, belief and responsibility have not fully reflected those issues. About 65% of them have played their role in discussing sexual health and only 15% have reported that they have never provided sexual health education to their patients. Investigators the study has affirmed their limitation of study associated with unrepresentative sample problem. Quinn (2003) in his study has found that the nurses admitted their lacking of experience, knowledge and skills in providing information and counselling for sexuality in patients with cancers. They indicated that they felt embarassed and fear to make mistakes in providing information on sexuality and cancer although the sexual review has already in

complete format. While a study by Bruno (2003) demonstrated that about 61% nurses have never given any explanation about the effect of chemotherapy associated with the effect on reduced fertility. About 73% nurses did not explain the effect of chemotherapy on reduced sexual desire and early menopause symptoms as or following the effect of chemotherapy. Various obstacles had been mentioned by nurses in the study including lack of knowledge of the nurses on chemotherapy effect and the patients had never talked about sexual issues to the nurses.

### **Psychosexual Health Care Training for Indonesian Nurses**

Psychosexual Health Care Training is a trial and part of applied Psychosexual Health Care Services model that will be continuously developed in further studies. The final outcome of the training is to produce skilled nurses in providing psychosexual nursing care. The aim of this training was to provide education on knowledge, belief, clinical practice and skills to increase for the nurses in providing practices on psychosexual health care so that they can share their contribution in increasing the quality of life of patients with cancer in Indonesia.

Furthermore, the objectives of the training were (1) to identify knowledge, belief, skills and self-efficacy of oncology nurse in managing psychosexual problems experienced by patients with cancer ; (2) to provide knowledge and to develop belief in order to establish psychosexual health care services ; (3) to practice clinical nursing skills and practice so that they can provide psychosexual health care services ; (4) to increase self-efficacy of the nurses in providing psychosexual health care services.

The method was competency-based training, i.e. the participants were expected to have competence for oncology nurses after completed the training including competence in providing psychosexual health care services. The process was performed by structured and group training through interactive lectures, sharing nursing experiences, discussion, question and answer session, story-telling, training on communication skills, training on cases that had been proposed by the investigators, training on real cases (patients with cancer) and feed back by trainers and facilitators. Moreover, after the training had been completed, a mentorship process was

performed by facilitator and it was re-evaluated to assess the clinical skills of participants after 3 weeks of training.

The material of training was presented in two modules developed by the investigators, i.e. a psychiatric nurse, a women's health nurse and a sociologist who has expertise in gender and women sexuality studies. The first module contained study material about Cancer, Psychosexual Problems and the Role of Nurses in Providing Psychosexual Health Care Services to Patients and Their Spouse. In addition, the second module contained material about Standard Nursing Care on Psychosexual Problem. The training was provided by the investigators. Training material was developed according to the need of nurses and it was referred to results of objective measurement on the first stage, which was enriched by additional material such as effective communication skills and techniques, the method of doing interview to discuss about sexuality topics, and the method of documenting services that had been given. PLISSIT model, which is a conceptual framework, was given in the training to teach participants about providing nursing intervention for sexual dysfunction problem. Utilization of PLISSIT model needs a right and appropriate interpersonal communication skills performed by the nurses. The model was developed by Annon (1974) which is more commonly known as the sexual counseling model. This model facilitates the discussion between nurses and their patients on sexual problems experienced by the patients. PLISSIT model has been widely and systematically utilized by health care personnel including general and specialized nurses to help their patients to overcome or at least to minimize sexual dysfunction problem and psychosocial problems of patients with cancer.

The trainings needed five days consisted of 6 class sessions or 3 lecture days and 4 sessions for practice, both in class through case simulation session or direct real cases; therefore, the total time needed for training was 35 hours. The trainings were performed in the class room, in the ward and outpatient clinic of each hospital where the participants were working. The media that have been used during training were module books containing training material and work books, which were used for training and evaluating the progress

of nursing practice. In addition to the books, other media used for trainings were power point slides which had been prepared by the trainers and other supporting materials such as LCD, laptop, white board, writing board and flipchart paper. The activity of each session was initiated by sharing previous experiences, which were associated with the material and it was followed by explaining and discussing material through discussion session or question and answer sessions. The participant of trainings were obliged to practice their clinical skills through direct practice (at the last day of training) for a patient with cancer after the lectures and case simulation practices had been completed. The results of trainings were reported in their log book. The facilitators monitored the training process in the ward or outpatient clinics. Facilitators also helped participants when there was any problem during the training.

### **Method**

This study was conducted to evaluate a psychosexual health care training which had been given to nurses by transferring the learning process of knowledge, practices, belief and self-efficacy to the participants of the training. The nurses were expected to perform nursing intervention in helping cancer survivors and their spouse so that they can overcome psychosexual problem. The training used evaluation method of pre- and post-test to find final outcome which included changes on evaluation scores of knowledge, belief, practice, and self-efficacy of the participants before and after psychosexual health care training. The outcome for knowledge was measured by knowledge test in multiple choice questions. The outcomes for belief, self-efficacy and practice were measured by self-reported scale, which were done during the training and within 3 weeks after training. This study also had been granted ethical clearance from Ethical Commission at Faculty of Medicine, University of Indonesia.

### **Data collection**

Data collection was performed through trainings and mentorships between June and October 2013. Trainings and mentorships were hold at the hospital where the participant nurses were working. Participants of trainings were oncology nurses who provide nursing care for patients with cancer, either for those

who were having treatment at the outpatient clinics or who were hospitalized in the wards. Participants of training filled in questionnaires containing questions about knowledge, belief, practice and self-efficacy about providing psychosexual health care services before participating in the training (pre-test). Furthermore, the questionnaires were filled in again after the trainings and mentorship (post-test). The training was conducted by three investigators; while mentorships were performed by facilitators that had been trained by the investigators team.

### **Measurement**

Measurement of the nurses' knowledge in this study was developed from module material. The knowledge test contained of 13 items of multiple choice questions. Each item had 5 alternative answers and participants were asked to select the best answer for each question.

The measurement of belief was developed from The Sexual Attitudes and Beliefs Survey (SABS), which had been translated into Indonesian language. Question items for measuring the belief of training participants developed from the SABS item were modified by the investigator team into 14 questions. Training participants responded the belief items using a 5 point Likert scale with answer options of: Strongly disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, Agree, Strongly Agree. The cronbach's alpha value of 0.70. (n=135).

The measurement of Self-Efficacy was evaluated using 5 question items developed by the investigators. The items of self-efficacy measured confidence state of participants in providing psychosexual health care services. An example of item for measuring self-efficacy: "I feel confident with my ability to discuss about patient's sexuality problem." Training participants responded the self-efficacy items using a 5 point Likert scale with answer options of: Strongly disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, Agree, Strongly Agree.

The measurement of nursing practice was evaluated using 11 question items developed by the investigators. The question items about the practice measured daily nursing practice in providing nursing care associated with the presence or absence of evaluation and intervention on the patient's psychosexual

problem. An example of item for measuring practices: "I provide opportunity for patients to talk about their sexuality problems," Training participants responded the practices items using a 5 point Likert scale with answer options of: Strongly disagree, Disagree, Neither agree nor disagree, Agree, Strongly Agree.

### Participants

The inclusion criteria of participants who could take part in the training were those who had been working as oncology nurses for at least 2 years at an oncology unit and those who had education level of at least Diploma in nursing. About 46 cancer / oncology nurses from 3 hospitals specialized in cancer services in Jakarta had been participated in the training. The mean age of participants was at range of 31 – 50 years and most of them were female nurses (91.3%). About 54% of participants had education level of nursing diploma and 87% of participants had working experiences of approximately 4 years, either as a general nurse or oncology nurse.

### RESULT

Table 1. Characteristics of the participants (N=46)

Variables	%
<b>Age</b>	
20 - 30	17.4
31 - 40	50.0
41 - 50	30.4
51 – 55	2.2
<b>Sex</b>	
Male	8.7
Female	91.3
<b>Levels of Nursing Education</b>	
Diploma in Nursing	54.3
Bachelor of Nursing	8.7
Master of Science in Nursing	37.0
<b>Working experiences as a nurse</b>	
1 - 4 year(s)	13.0
4 > years	87.0
<b>Working experiences as a nurse at a Cancer Unit</b>	
< 1 year	8.7
1 - 4 year(s)	4.3
> 4 years	87.0

Table 2 reports that there were significant statistical changes or increase of each measurement regarding knowledge, belief and self efficacy. However, no significant change had been found for the score of practices following the training.

The mean score on the aspect of participants' knowledge after training and mentorships was significantly higher ( $76.94 \pm 8.25$ ) compared to before training ( $51.78 \pm 13.75$ ). The p value of 0.000 indicated that there was a significant difference of score changes regarding the nurses' knowledge before and after training on sexuality concept as well as on the method of doing evaluation and intervention for psychosexual health care services.

The mean score on the aspect of participant's belief in providing psychosexual health care services after training and mentorships was significantly higher ( $49.63 \pm 4.73$ ) compared to before training ( $49.28 \pm 5.02$ ). The p value of 0.008 indicated that there was significant difference on score changes of the nurses' belief before and after training.

The mean score on the aspect of participant's self-efficacy after training and mentorship was significantly higher ( $14.76 \pm 2.64$ ) compared to before training ( $14.43 \pm 2.79$ ). The p value of 0.000 indicated significant difference on score changes of the nurses' self-efficacy before and after training.

The mean score on the aspect of participant's practices after training and mentorship was significantly higher ( $26.89 \pm 4.29$ ) compared to before training ( $26.65 \pm 4.26$ ). The p value of 0.062 showed that there was no significant difference on score changes of the nurses' practice before and after training.

### DISCUSSION

The study results reported that the psychosexual health care training has successfully transferred knowledge and trained the participants to have ability in providing psychosexual health care services for patients with cancer and their spouse. The study material included topics on cancer, psychosexual problems and the role of nurses in providing psychosexual health problem for patients and their spouse. It has successfully provided knowledge and affirmed belief for participants that they have professional role as nurses to manage psychosexual problems experienced by the patients with cancer.

Moreover, the activity of practicing standard nursing care to overcome the patients' psychosexual problems that had been given in the training has successfully increased self-efficacy and provided practice as well as experiences for the participants

Table 2. Mean value of differences on Knowledge, Practices, Belief and Self-Efficacy Before and After Training (n=46)

Variables	Mean		SD		P value
	Before Training	After Training	Before Training	After Training	
Belief	49.28	49.63	5.02	4.73	0.008
Practice	26.65	26.89	4.26	4.29	0.062
Self-efficacy	14.43	14.76	2.79	2.64	0.017
Nurses' Knowledge	51.78	76.94	13.75	8.25	0.000

when dealing with psychosexual problems of patients with cancer. Following the training, there were changes on measurements of knowledge, belief, and practice. Improved knowledge gives positive and significant effect to the participants to understand about the method of discussing and evaluating patients' psychosexual problems and how to provide psychosexual health care services.

Psychosexual problem is a sensitive problem; therefore the nurses' knowledge is necessary in evaluating and performing intervention against the patients' psychosexual problems, which should keep the patient's privacy; as well as earning the patient's trust and managing the problem without judging the patients (Mick et al. 2004; Mick 2007; Schain 1988). The participants had also learned communication skills or method of discussing sexuality problems with their patients such as how to practice empathy and provide motivation for their patients so that they can manage the psychosexual problem. Difficulty in discussing sexual problem is one of obstacles for nurses in providing a comprehensive nursing care for patients with cancer (Hautamaki et al. 2007; Hordern & Street 2007). Therefore, in this training, the participants received knowledge and skills about how to discuss sexuality problems with their patients. Moreover, they also have received knowledge about providing intervention using PLISSIT model although to apply the model in daily practice, they still need to frequently use the mode in their daily practices with their other patients.

The aspect of belief should be hold by the nurses in discussing sexuality with their patients. The training affirmed the participants to hold on belief that sexuality problem is not a taboo to be discussed with the patients and they should believe that patients with cancer have sexuality problems that need assistance from their nurses to manage the problem.

Moreover, the training participants of this study have also focused to hold a belief that evaluating and discussing the patients' sexual problems is part of their professional role and responsible as nurses. As has been mentioned by many experts in nursing care, helping patients to discuss their sexual problems is part of the nurses' role to provide a holistic nursing care, including recognizing other various psychosexual issues experienced by patients with cancer and their spouse (Royal College of Nursing 2000; Higgins et al. 2006; S & Yoder 2009; Irwin 2006; Haboubi & Lincoln 2003).

Furthermore, on the aspect of self-efficacy, the participants have also shown improvement. After the training, the participants had good confidence to discuss about their patient's sexuality problem and did not encounter any difficulty in discussing psychosexual problems with their patients. However, the participants have not shown significant results on score of clinical practice and skills after the training. This may occur since the participants had not been used to the techniques and they still need time to apply their various knowledge and skills from the training into their daily practice when providing nursing care for patients with cancer.

In general, this training may fulfill the needs of participants to acquire knowledge, belief, self-efficacy and practice in providing psychosexual health care services, which have been regarded as a taboo and uncomfortable topic to be discussed with the patients. Improved knowledge, practice and self-efficacy and improved belief of the nurses in providing psychosexual health care services after having training and mentorship may contribute to increase quality of life of the patients and their spouse by providing the necessary psychosexual health care services for the patients with cancer and their spouse.

The results of training in this study may become the means in giving knowledge, belief and skills for oncology nurses in Indonesia as a contribution to provide psychosexual health care services for patients with cancer. Evaluation of the training may become one of applied psychosexual health care services in clinical setting of oncology nursing care in Indonesia.

Moreover, the results of the training may become a prototype model for applied nursing care in Indonesia to achieve national standard in health care services in promoting psychosexual health care problems for cancer patients and survivors so that the nurses can provide a comprehensive nursing care to increase the quality of life of patients with cancer. By participating in the training, the participants acquire knowledge and skills to discuss sexual problems with their patients and hold on a belief that performing psychosexual evaluation and intervention is a part of professional roles of the nurses that should be implemented in daily nursing practice.

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

The results of this study have found effectiveness of training and mentorship for psychosexual health care services as had been participated by 46 nurses of three hospitals providing services for patients with cancer. Oncology nurses have a special position to provide psychosexual education and counseling to increase the quality of life of cancer patients and survivors.

### Recommendation

Something essential should be applied in daily nursing practice, i.e. the nurses need to evaluate and perform intervention on psychosexual problems of patients with cancer at the beginning of interaction by giving permission to every patient with cancer to have comfortable discussion on their psychosexual problems. The results of this training may be adapted as a standard of practice on providing psychosexual health care services in Indonesia, particularly in the subject of cancer nursing care.

## REFERENCES

Afiyanti, Y., Andrijono & D Gayatri, 2011.

Perubahan keluhan seksual fisik dan psikologis pada perempuan pascaterapi kanker serviks setelah intervensi keperawatan. *Jurnal Ners*, 6(1), pp.68–75.

Afiyanti, Y. & Milanti, A., 2013. Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. *Nursing and Health Sciences*, 15(2), pp.151–156.

Annon, J., 1974. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education Therapy*, 2(1), pp.1–15.

Brotto, L.A. et al., 2008. *A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer* 10th ed.,

Burns, M. et al., 2007. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 16, pp.364–372.

Butler, L. & Banfield, V., 2001. Oncology nurses's views on the provision of sexual health in cancer care. *Journal of Reproductive Medicine*, 1(1), pp.35–39.

Cort, E., 1998. Nurses' attitudes to sexuality in caring for cancer patients. *Nursing Times*, 94, pp.54–56.

Gamel, C. et al., 1995. Factors that influence the provision of sexual health care by Dutch cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 32(3), pp.301–314.

Gamel, C., Hengeveld, M. & Davis, B., 2000. Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9, pp.678–688.

Greenwald, H.P. & McCorkle, R., 2007. Remedies life change among invasive cervical cancer survivor. *Urology Nursing*, 27(1), p.47–53.

De Groot, et. al, 2005. The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15(5), pp.918–925.

Guthrie, C., 1999. Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), pp.313–321.

Haboubi, N.H. & Lincoln, N., 2003. Views of

- health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), pp.477–482.
- Hautamaki, K. et al., 2007. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *Cancer Nursing*, 30(5), pp.399–404.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C., 2006. Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), pp.345–51.
- Hordern, A.J. & Street, A.F., 2007. Communication about patient sexuality and intimacy after cancer: Mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, 186(5), pp.224–227.
- Hughes, M.K., 2009. Sexuality and cancer: The final Frontier for Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), pp.241–246.
- Irwin, R., 2006. Review paper: Thirty years of psychosexual nursing. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(4), pp.445–461.
- Jeffries, S.A. et al., 2006. An effective group psychoeducational intervention for improving compliance with vaginal dilation: a randomised kelompok non intervensiled trial. *International Journal Radiation Oncology Biology Physics*, 5, pp.404–411.
- Jun, E.Y. et al., 2011. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 34(2), pp.142–149.
- Kautz, D.D., Dickey, C.A. & Stevens, M.N., 1990. Using research to identify why nurses do not meet established sexuality nursing care standards. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 4(3), pp.67–69.
- Klee, M., Thranov, I. & Machin, D., 2000. Life after radiotherapy: The psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 76., pp.5–13.
- Kotronoulas, G, Papadopoulou, C. & Patiraki, E., 2009. Nurses's knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Supportive Care Cancer*, 17(5), pp.479–501.
- Magnan, M.A., Reynolds, K.E. & Galvin, E.A., 2005. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medical-Surgical Nursing*, 14(5), pp.282–290.
- Maughan, K. & Clarke, C., 2001. The effect of a clinical nurse specialist in gynaecology oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), pp.221–229.
- Mick, J., Hughes, M. & Cohen, M.Z., 2004. Using BETTER Model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), pp.84–86.
- Mick, J.M., 2007. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), pp.671–675.
- Moore, A.M. & Higgins, A., 2009. Testicular cancer: exploring the psychosexual issues. *British Journal of Nursing*, 18(19), pp.1182–1186.
- P.T, J. et al., 2003. Early stage cervical carcinoma, radical hysterectomy and sexual function. *Cancer*, 100(1), pp.97–106.
- Powell, C.B. et al., 2008. A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecologic Oncology*, 111, pp.137–143.
- Quinn, B., 2003. Sexual health in nursing care. *Nursing Times*, 99(4), pp.32–34.
- Risen, C.B., 1995. A guide to taking a sexual history. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), pp.39–53.
- Royal College of Nursing, 2000. *Sexuality and Sexual Health in Nursing Practice*, London.
- S, B. & Yoder, L., 2009. The medical-surgical nurse's guide to testicular cancer. *Medical-Surgical Nursing*, 18(2), pp.116–123.
- Schain, W., 1988. A sexual interview is a sexual intervention. *Innovations in Oncology Nursing*, 4(4), pp.2–3.15.
- Shuman, N.A. & Bohachuck, P., 1987. Nurses' attitudes towards sexual counseling. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 6(2), pp.75–81.
- Stead, M.L. et al., 2003. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British*



- Journal of Cancer*, 88(5), pp.666–671.  
Available at:  
<http://www.nature.com/doi/10.1038/sj.bjc.6600799>.
- Tsai, Y.G., 2004. Nurses facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 17(4), pp.257–64.
- Webb, C., 1988. A study of nurses's knowledge and attitudes about sexuality in health care. *International Journal of Nursing Studies*, 16(6), pp.677–688.
- Wenzel, L., et. al., 2005. Quality of life in long-term cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 97, pp.310–317.
- Wilson, M.E. & Williams, H.A., 1988. Oncology nurses' attitudes and behaviours related to sexuality of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 15, pp.49–53.

# MODEL FAMILY CENTERED MATERNITY CARE SEBAGAI STRATEGI OPTIMALISASI COMPETENT MOTHERING

(Family centered maternity care model as the strategy to optimize competent mothering)

Asmuji\*, Diyan Indriyani\*

\* Faculty of Health Sciences Muhammadiyah University Jember, Jl. Karimata 49 Jember  
Email: asmuji@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Untuk persoalan tersebut perlu pemecahan dalam mengatasi masalah kesehatan ibu dan bayi, salah satunya dengan membangun model edukasi postnatal yang difokuskan pada ibu postpartum dengan melibatkan keluarga sebagai dukungan sosial. **Metode:** Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan penelitian partisipatif (kualitatif) dan *Participatory Action Research* (PRA), dengan tujuan uji coba model edukasi postnatal secara komprehensif sekaligus evaluasi dalam menyempurnakan model sehingga diperoleh model yang tepat. Tehnik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara survei/observasi, wawancara, FGD, wawancara mendalam pada ibu postpartum dan keluarga sejumlah 100 responden, maupun petugas kesehatan. **Hasil:** Penelitian yang dilakukan telah berhasil merumuskan model edukasi postnatal melalui pendekatan FCMC sebagai strategi optimalisasi *competent mothering* dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Model tersebut telah dilakukan uji coba secara komprehensif baik terhadap ibu postpartum dan keluarga serta terhadap petugas kesehatan dengan media modul dan *booklet* tentang perawatan diri ibu nifas dan perawatan bayi baru lahir yang disesuaikan dengan tahapan masa postpartum. Terdapat pengaruh model edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC terhadap persepsi ibu nifas dan keluarga tentang perawatan diri pada masa *immediately postpartum*, perawatan diri dan bayi baru lahir pada fase *early postpartum* dan fase *late postpartum* dengan nilai p masing-masing adalah 0,00 ( $\alpha \leq 0,05$ ). Selain itu juga didapatkan ada pengaruh sosialisasi model edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC terhadap persepsi petugas kesehatan dengan nilai p 0,00. **Diskusi:** Rekomendasi penelitian ini adalah model edukasi postnatal melalui pendekatan FCMC sebagai strategi optimalisasi *competent mothering* dapat diterapkan sebagai salah satu upaya dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi.

**Kata Kunci:** Model Edukasi Postnatal, FCMC, *Competent Mothering*.

## ABSTRACT

**Introduction:** Indonesia's rate of MMR and IMR remains high among other ASEAN countries. This issue needs to be seriously addressed, particularly in dealing the mother-and-infant related problems, through developing the postnatal education model which focuses on postpartum mother by involving family as the social support. **Methods:** This research employed participative approach (qualitative) and *Participatory Action Research* (PRA), with the intention of conducting the try-out to the postnatal education model comprehensively, as well as evaluating the perfection attempts to the model in order to generate the fittest model. The data collection technique used in this research were survey/observation, interview, FGD, in-depth interview for postpartum mothers and family (100 respondents), as well as healthcare extension agents. **Results:** This research has successfully formulated the postnatal education model through FCMC approach as the optimization of *competent mothering* strategy in lowering the infant and maternal mortality rate. This model has undergone comprehensive trial to postpartum mothers and family as well as the healthcare extension agents by providing modules and *booklet* concerning the treatment of postpartum mother and newly born infants in accordance with the postpartum stages. The results also revealed that postnatal education model through the FCMC approach affected the perception of postpartum mothers and their family regarding the self-care treatment during the immediately post partum period, the infant and self-care treatment at the early and late postpartum stages as shown by the p value of 0,00 ( $\alpha \leq 0,05$ ). Furthermore, there was also an impact of the extension attempt of postnatal education model through the FCMC towards the perception of the healthcare extension agents with the p value of 0,00. **Discussion:** This research recommended that the postnatal education model through family centered maternity care (FCMC) as the optimization of *competent mothering* is implemented as one of the attempts in lowering the Maternal and Infant Mortality Rates, respectively.

**Keywords:** Postnatal Education Model, FCMC, *Competent Mothering*

## PENDAHULUAN

Periode masa nifas yang dijalani ibu *postpartum* masih memiliki berbagai kendala salah satunya persepsi yang belum sinergis dengan anjuran kesehatan. Paradigma perawatan post partum yang baru menekankan bahwa ibu post partum adalah ibu sehat dan merupakan

peristiwa yang fisiologis, sehingga prinsip keperawatannya berorientasi pada kemandirian ibu. Peran sebagai orang tua tidak terlepas dari partisipasi atau kerja sama antara ibu dan keluarga (suami) serta anggota keluarga yang lain (Sulistyawati 2009). Hambatan yang masih ditemukan dalam perawatan ibu *postpartum*

adalah adanya anggapan masyarakat bahwa ibu post partum merupakan ibu yang sakit, mobilisasinya dihambat, jenis makanannya dibatasi, pemberian ASI colostrum dihambat sehingga kebutuhan ibu post partum diprioritaskan untuk istirahat penuh. Keterlibatan keluarga besar dalam perawatan bayi sejauh ini disalah artikan, dimana perawatan bayi diserahkan pada anggota keluarga yang lain. Kondisi ini membuat ibu nifas cenderung merasa belum siap dalam melakukan perkembangan dan tugas-tugas perawatan bagi diri serta bayinya. Oleh karena itu pentingnya adanya pembelajaran pada periode *postnatal* yang memiliki tujuan untuk mengadaptasikan ibu dan keluarga berpartisipasi dalam perawatan ibu nifas dan bayi baru lahir melalui pendidikan *postnatal*.

Salah satu jembatan untuk mengoptimalkan upaya edukasi *postnatal* adalah melalui keterlibatan keluarga. Ibu dengan dukungan keluarga melalui pendekatan FCMC diharapkan memiliki kemampuan yang optimal dalam beradaptasi secara maternal pada masa nifas, juga kemampuan dalam mengasuh bayi. Berbagai persepsi yang kurang tepat dalam dua kondisi ini akan sangat berisiko terhadap kesehatan baik ibu maupun bayi.

Pemerintah memerlukan upaya yang sinergis dan terpadu untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB di Indonesia khususnya dalam mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015. Tentunya hal ini merupakan tantangan yang cukup berat bagi Pemerintah Indonesia (RI 2007) Target RPJMN Tahun 2010-2014 mengamanatkan agar AKI dapat diturunkan menjadi 118 /100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014. Berbagai upaya pemerintah telah dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB ini. Bila diidentifikasi terkait faktor-faktor yang berkontribusi terhadap AKI dan AKB sangatlah kompleks (Saifuddin 2004) Kondisi penyebab kematian ibu tersebut ternyata memang bisa ditemukan pada periode *postnatal*. Untuk itu perlu perhatian dalam mengidentifikasi masalah kesehatan ibu selama periode perinatal yang salah satunya adalah masa nifas, termasuk bayi yang menjadi tanggungjawab ibu dalam berperan sebagai orangtua.

Berkaitan dengan permasalahan tersebut di atas telah dipecahkan, salah satunya dengan membangun Model Edukasi Postnatal

yang difokuskan pada ibu postpartum dengan melibatkan keluarga sebagai sosial support. Model ini memiliki keunggulan bahwa dalam mengoptimalkan pemahaman ibu tentang peran dan fungsinya dalam beradaptasi secara maternal dan perawatan bayi baru lahir, keluarga ikut terlibat aktif dalam upaya tersebut. Dampak dari peningkatan pemahaman ibu *postpartum* tersebut ibu akan memiliki kemampuan *competent mothering* secara optimal. Hal ini tentunya berkontribusi terhadap optimalisasi status kesehatan ibu maupun bayi yang dilahirkan, sehingga dapat berdampak untuk menekan angka kematian ibu dan bayi.

Masalah yang diteliti ini berkaitan dengan 1) peran petugas kesehatan dan institusi kesehatan dalam optimalisasi *competent mothering* ibu postpartum dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi; 2) peran keluarga dengan pendekatan FCMC dalam optimalisasi *competent mothering* ibu postpartum dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

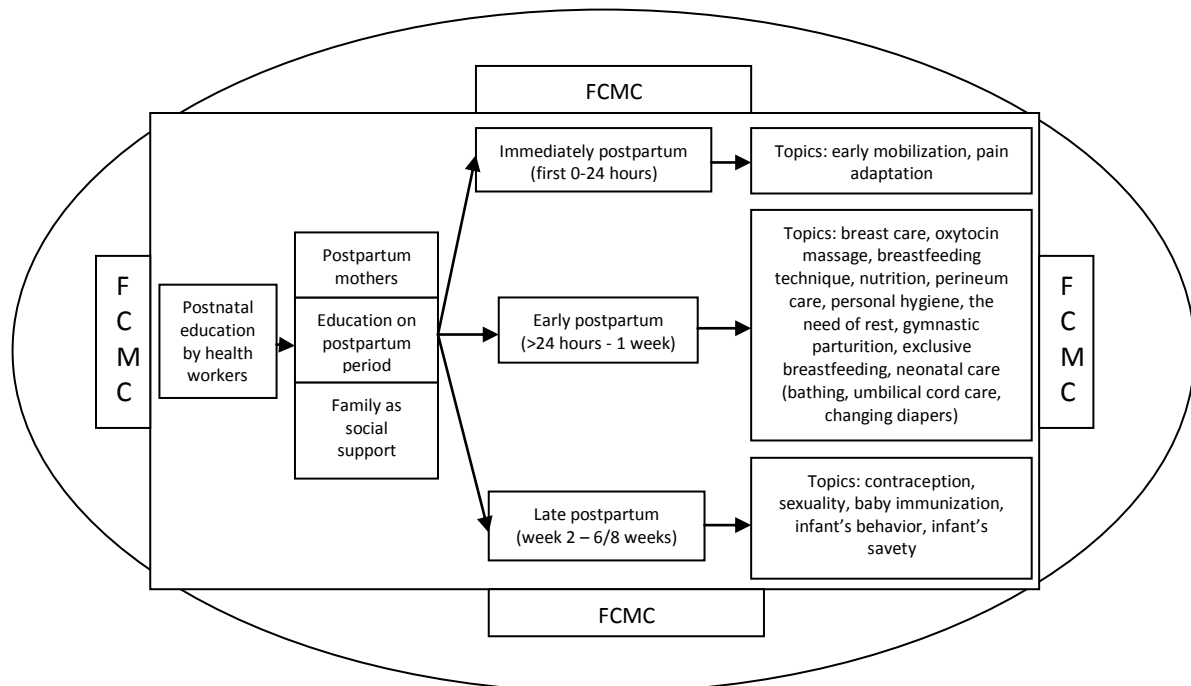
## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini diawali dengan tahap penggalian data faktual persepsi tentang adaptasi maternal fisiologis dan psikologis, perawatan diri dan perawatan bayi baru lahir (BBL) masa nifas dan status kesehatan pada ibu nifas dan keluarga. Selain itu juga penggalian data peran (Dinas Kesehatan, pelayanan kesehatan, dan petugas kesehatan). Selanjutnya pada tahap 2 dilakukan penyusunan rancangan model dengan cara telaah hasil analisis data dan selanjutnya mengadakan diskusi untuk menetapkan model. Pada tahap 3 dilakukan uji coba model secara komprehensif yang dilakukan dengan: a) melakukan pendidikan kesehatan tentang adaptasi maternal fisiologis dan psikologis, perawatan diri masa nifas, keluarga sebagai *social support*, perawatan bayi baru lahir, dan FGD tentang kesiapan penerimaan peran menjadi orangtua; b) melakukan koordinasi dengan institusi kesehatan terkait penyusunan kebijakan pelaksanaan edukasi postnatal bagi ibu nifas dan keluarga; dan c) melakukan pelatihan terhadap petugas kesehatan tentang strategi edukasi *postnatal* dengan pendekatan FCMC serta pelatihan tentang optimalisasi *competent mothering* ibu nifas.

Model edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC memiliki beberapa ketentuan seperti pada gambar 1. Ketentuan tersebut antara lain: 1) pemberian edukasi postnatal dilakukan dengan menyediakan format *discharge planning*; 2) melibatkan keluarga terdekat bagi ibu nifas (misal: suami, ibu maupun mertua) sebagai *social support*; 3) memperhatikan tahapan masa nifas yang terdiri dari fase *immediately postpartum* (0-24 jam pertama), *early postpartum* (>24 jam-1 minggu pertama) dan *late postpartum* (> 1 minggu- 6/8 minggu); 4) memperhatikan karakteristik ibu nifas dan keluarga, termasuk budaya yang digunakan oleh mereka; 5) topik edukasi disesuaikan dengan kebutuhan ibu terkait tahapan masa nifas. Adapun topik pada fase *immediately postpartum* meliputi adaptasi nyeri dan mobilisasi dini. Topik pada fase *early postpartum* meliputi perawatan payudara, pijat oksitosin, teknik menyusui yang benar, nutrisi masa menyusui, perawatan perineum, personal hygiene, kebutuhan istirahat, senam nifas, ASI eksklusif, perawatan bayi baru lahir (memandikan, perawatan tali pusat, dan mengganti popok). Sedangkan topik pada fase *late postpartum* meliputi kontrasepsi, seksualitas, imunisasi bayi, mengenal perilaku bayi, tumbuh kembang bayi dan keamanan bayi.

Penelitian ini melibatkan ibu nifas dan keluarga di Ruang Dahlia RSD dr. Soebandi Jember dan wilayah Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember dengan pendekatan penelitian partisipatif (kualitatif) dan *Participatory Action Research* (PRA). Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara Survei/observasi, Wawancara, FGD, *indept interview*. Penentuan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Jumlah sampel diambil 50 orang sampel di RSD dr. Soebandi Jember dan 50 sampel ibu *postpartum* di Wilayah Kecamatan Kaliwates, sehingga jumlah keseluruhan adalah 100 responden.

Data yang telah dikumpulkan pada penelitian ini meliputi data 1) persepsi ibu nifas dan keluarga tentang adaptasi maternal fisiologis dan psikologis; 2) persepsi ibu nifas dan keluarga tentang perawatan diri masa nifas; 3) persepsi ibu nifas dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir; 4) persepsi petugas kesehatan tentang edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC; 5) pengaruh edukasi postnatal terhadap persepsi ibu nifas dan keluarga tentang perawatan diri masa nifas dan bayi baru lahir. Pengolahan data yang diperoleh baik secara teoritis maupun lapangan dianalisis secara kuantitatif baik secara deskriptif maupun menggunakan uji dependent t-tes.



Gambar 1. Model edukasi postnatal dengan pendekatan Family Centered Maternity Care

**HASIL**

Tabel 1 Distribusi Persepsi Tentang Perawatan Diri Pada Masa *Immadiately Postpartum* dan *Early Postpartum* pada Ibu Nifas dan Keluarga

Nilai	<i>Immadiately Postpartum</i>		<i>Early Postpartum</i>	
	<i>Pretest (n=50)</i>	<i>Posttest (n=50)</i>	<i>Pretest (n=50)</i>	<i>Posttest (n=50)</i>
<i>Mean</i>	44.20	70.00	47.80	71.20
<i>Median</i>	45.00	70.00	50.00	70.00
<i>Mode</i>	40	70	50	70
<i>Std. Deviation</i>	14.441	9.476	12.171	7.990
<i>Minimum</i>	10	50	10	50
<i>Maximum</i>	70	90	70	90

Tabel 2 Distribusi Persepsi Ibu Nifas Dan Keluarga Tentang Perawatan Bayi Baru Lahir pada Masa *Early Postpartum*

Nilai	<i>Early Postpartum (n=50)</i>	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
<i>Mean</i>	47.80	70.00
<i>Median</i>	50.00	70.00
<i>Mode</i>	50	70
<i>Std. Deviation</i>	11.301	7.559
<i>Minimum</i>	20	50
<i>Maximum</i>	70	90

Tabel 3 Distribusi Persepsi Petugas Kesehatan Tentang Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC

Nilai	Persepsi Tentang MEP (n=17)	
	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>
<i>Mean</i>	52.53	77.82
<i>Median</i>	56.00	77.00
<i>Mode</i>	56	70
<i>Std. Deviation</i>	11.495	7.376
<i>Minimum</i>	28	70
<i>Maximum</i>	70	91

Tabel 4 Pengaruh Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan Family FCMC terhadap Persepsi Perawatan Diri pada Ibu Nifas dan Keluarga

Variabel	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>	<i>P Value</i>
Persepsi Fase <i>Immadiately Postpartum</i> (n=50)				
<i>pretest</i>	44.20	14.441	2.042	0,00
<i>posttest</i>	70.00	9.476	1.340	
Persepsi Fase <i>Early Postpartum</i> (n=50)				
<i>pretest</i>	47.80	12.171	1.721	0,00
<i>posttest</i>	71.20	7.990	1.130	

Tabel 5 Pengaruh Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC Terhadap Persepsi Ibu Nifas dan Keluarga Tentang Perawatan Bayi Baru Lahir pada 1 Minggu Pertama

Variabel	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>	<i>P Value</i>
Persepsi Perawatan BBL 1 Minggu Pertama (n=10)				
<i>pretest</i>	47.80	11.301	1.598	0,00
<i>posttest</i>	70.00	7.559	1.069	

Tabel 6 Pengaruh Sosialisasi Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC terhadap Persepsi Petugas Kesehatan

Variabel	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P Value
<b>Persepsi Petugas Tentang MEP dengan Pendekatan FCMC (n=17)</b>				
<i>pretest</i>	52.53	11.495	2.788	0,00
<i>posttest</i>	77.82	7.376	1.789	

Tabel 7 Distribusi Persepsi Tentang Perawatan Diri pada Ibu Nifas dan Keluarga

Nilai	<i>Immediately Postpartum</i> (n=50)		<i>Early Postpartum</i> (n=50)		<i>Late Postpartum</i> (n=50)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
<i>Mean</i>	49.00	69.20	47.40	66.60	50.40	70.00
<i>Median</i>	50.00	70.00	50.00	70.00	50.00	70.00
<i>Mode</i>	50	70	50	60 <sup>a</sup>	50	70
<i>Std. Deviation</i>	9.530	6.652	13.219	12.715	6.987	6.999
<i>Minimum</i>	30	50	10	40	40	60
<i>Maximum</i>	70	80	70	90	60	80

Tabel 8 Distribusi Persepsi Ibu Nifas Dan Keluarga tentang Perawatan Bayi Baru Lahir

Nilai	<i>Early Postpartum</i> (n=50)		<i>Late Postpartum</i> (n=50)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
<i>Mean</i>	50.40	70.00	41.80	65.80
<i>Median</i>	50.00	70.00	40.00	70.00
<i>Mode</i>	50	70	40	70
<i>Std. Deviation</i>	6.987	6.999	12.728	11.445
<i>Minimum</i>	40	60	10	10
<i>Maximum</i>	60	80	60	90

Tabel 9 Distribusi Persepsi Petugas Kesehatan tentang Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC

Nilai	Persepsi Tentang Model Edukasi Postnatal (n=11)	
	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>
<i>Mean</i>	52.91	77.00
<i>Median</i>	49.00	77.00
<i>Mode</i>	42 <sup>a</sup>	70 <sup>a</sup>
<i>Std. Deviation</i>	10.454	7.000
<i>Minimum</i>	42	70
<i>Maximum</i>	70	91

Tabel 10 Pengaruh Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC Terhadap Persepsi Perawatan Diri pada Ibu Nifas dan Keluarga

Variabel	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P Value
<b>Persepsi Fase <i>Immediately Postpartum</i></b>				
<i>pretest</i>	49.00	9.530	1.348	0,00
<i>posttest</i>	69.20	6.652	.941	
<b>Persepsi Fase <i>Early Postpartum</i></b>				
<i>pretest</i>	47.40	13.219	1.869	0,00
<i>posttest</i>	66.60	12.715	1.798	
<b>Persepsi Fase <i>Late Postpartum</i></b>				
<i>Pretest</i>	44.20	12.469	1.763	0,00
<i>Posttest</i>	68.40	8.657	1.224	

Tabel 11 Pengaruh Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC Terhadap Persepsi Ibu Nifas dan Keluarga Tentang Perawatan Bayi Baru Lahir

Variabel	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P Value
Persepsi Perawatan BBL 1 Minggu Pertama (n=50)				
pretest	50.40	6.987	.988	0,00
posttest	70.00	6.999	.990	
Persepsi Perawatan BBL 2-6 Minggu Pertama (n=50)				
Pretest	41.80	12.728	1.800	0,00
Posttest	65.80	11.445	1.619	

Tabel 12 Pengaruh Sosialisasi Edukasi Postnatal Dengan Pendekatan FCMC Terhadap Persepsi Petugas Kesehatan

Variabel	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P Value
Persepsi Petugas Tentang MEP dengan Pendekatan FCMC (n=11)				
pretest	52.91	10.454	3.152	0,00
posttest	77.00	7.000	2.111	

## PEMBAHASAN

Berdasarkan uji coba model yang telah dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember dan di Puskesmas Kaliwates Jember didapatkan hasil bahwa edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC efektif diterapkan untuk menguatkan persepsi bagi ibu nifas dan keluarga yang menjalani perawatan di rumah sakit maupun di rumah. Peneliti berpendapat bahwa pemberian edukasi bagi ibu nifas akan optimal jika diberikan sesuai tahapan masa nifas yang meliputi tiga fase yaitu *immediately postpartum*, *early postpartum*, dan *late postpartum*. Topik yang diberikan jika disesuaikan dengan fase yang sedang dijalani oleh ibu nifas akan lebih optimal karena sesuai dengan kebutuhan yang sedang dijalani.

Topik edukasi pada fase *immediately postpartum* (0-24 jam pertama) meliputi adaptasi nyeri dan mobilisasi dini. Topik edukasi pada fase *early postpartum* (>24 jam-1 minggu pertama) meliputi: perawatan payudara, pijat oksitosin, tehnik menyusui yang benar, kebutuhan istirahat, senam nifas, ASI eksklusif, perawatan perineum, personal hygiene, dan perawatan BBL (memandikan, perawatan tali pusat, nutrisi masa menyusui, mengganti popok). Sedangkan topik edukasi pada fase *late postpartum* (> 1 minggu- 6/8 minggu) meliputi: kontrasepsi, seksualitas, imunisasi bayi, mengenal perilaku bayi, tumbang bayi dan keamanan bayi.

Proses pemberian edukasi tersebut dengan melibatkan keluarga sebagai *social support*. Keluarga merupakan sekumpulan individu yang menyatu dalam sebuah

hubungan yang diikat dengan norma-norma tertentu (Friedman, M.M. 2003). Keluarga ini adalah kumpulan masyarakat terkecil yang ada di dalam sebuah komunitas. Adanya hubungan yang erat antar sesama anggota keluarga merupakan dasar bahwa keluarga merupakan individu yang saling mendukung satu sama lain. Sama halnya pada ibu nifas, dimana tahap perkembangan keluarga yang dijalani yaitu keluarga dengan *childbearing*. Keluarga dengan *childbearing* adalah tahap kedua dalam perkembangan keluarga yang dimulai sejak kelahiran anak pertama sampai bayi berusia 30 bulan (Friedman, M.M. 2003) Namun menurut Calgary tahap ini merupakan tahap ketiga dimana terjadi transisi dari peran individu menjadi orang tua dan mulai membentuk sistem yang permanen. Masa transisi dalam tahap ini menjadi faktor pencetus stres dan ketidakseimbangan dalam keluarga. Setiap tahap dalam keluarga memiliki tugas yang harus dipenuhi, yang berkaitan dengan tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhan keluarga, yang disebut tugas perkembangan keluarga. tugas perawat pada fase nifas ini adalah memfasilitasi keluarga khususnya ibu agar mempunyai kompetensi yang maksimal untuk melakukan perawatan diri dan bayinya.

Melalui edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC keluarga menjadi optimal dalam memenuhi tugas perkembangan keluarga dengan ibu nifas baik dalam melakukan perawatan diri maupun perawatan bayinya. Melalui ujicoba pada ibu nifas dan keluarga yang dirawat di Ruang Dahlia RSD

dr. Soebandi Jember dan di wilayah Puskesmas Kaliwates Jember pada kebutuhan informasi tentang perawatan diri pada masa *Immediately Postpartum* diperoleh nilai  $p$  ( $p$  value 0,00). Berdasarkan hasil tersebut dapat dinyatakan bahwa etopik dukasi pada fase tersebut efektif diberikan pada ibu nifas. Topik edukasi pada fase *immediately postpartum* (0-24 jam pertama) meliputi adaptasi nyeri dan mobilisasi dini. Topik tersebut penting disampaikan pada ibu dan keluarga karena adaptasi nyeri dan mobilisasi dini merupakan kebutuhan utama ibu pada 0-24 jam pertama pasca melahirkan. Ketika melahirkan terdapat beberapa perubahan fisiologis pada anatomi reproduksi ibu sehingga menimbulkan nyeri. Rasa nyeri yang dialami ibu karena perubahan serviks dan iskemia uterus pada persalinan kala I (Wiknjosastro 2005). Kala I fase laten lebih banyak penipisan di serviks sedangkan pembukaan serviks dan penurunan daerah terendah janin terjadi pada fase aktif dan transisi. Rasa nyeri ini perlu diadaptasikan oleh perawat melalui edukasi yang tepat dengan memanfaatkan dukungan yang ada yaitu keluarga. hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan Pillitery (Pillitery 2003) bahwa dukungan dari pasangan, keluarga maupun pendamping persalinan dapat membantu memenuhi kebutuhan ibu bersalin juga membantu mengatasi rasa nyeri.

Topik lain pada fase *immediatly postpartum* adalah mobilisasi dini. Beberapa penelitian telah banyak membuktikan bahwa mobilisasi dini memberikan manfaat yang besar bagi ibu nifas. Penelitian mahdiyah (Mahdiyah 2013) membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini dengan penurunan tinggi fundus uteri pada ibu postpartum. Mobilisasi dini juga memberikan manfaat pada penyembuhan luka perineum bagi ibu yang melahirkan normal dan luka post operasi sectio caesarea. Hal ini telah dibuktikan bahwa terdapat hubungan antara mobilisasi dini dengan penyembuhan luka perineum pada ibu postpartum (Dewi, Ratnawati 2011). Penelitian dari mustakim telah membuktikan bahwa mobilisasi dini dinyatakan efektif dalam mencegah terjadinya infeksi luka pada ibu postpartum dengan sectio caesarea (Mustakim 2009). Mobilisasi dini penting untuk disampaikan oleh petugas kesehatan disamping karena manfaatnya yang positif bagi ibu nifas, juga karena keberagaman

budaya yang terjadi di Indonesia. Beberapa masyarakat terkadang masih menganut budaya tertentu dan berkembang dalam keluarga seperti keyakinan bahwa ibu nifas tidak diperbolehkan bergerak karena akan membuat luka penyembuhannya menjadi lama, akan menambah rasa sakit pada ibu, dan masih banyak lagi kepercayaan masyarakat yang salah terkait mobilisasi dini. Perawat perlu meluruskan anggapan tersebut dengan pendekatan melalui keluarga sebagai sumber dukungan utama ibu nifas. Edukasi yang diberikan akan efektif jika keluarga saling mendukung dan memahami pentingnya melakukan perawatan pada ibu nifas salah satunya mobilisasi dini khususnya pada fase 0-24 jam pertama melahirkan.

Fase selanjutnya yang dilalui ibu nifas adalah *early postpartum*. Topik edukasi pada fase *early postpartum* (>24 jam-1 minggu pertama) meliputi: perawatan payudara, pijat oksitosin, tehnik menyusui yang benar, kebutuhan istirahat, senam nifas, ASI eksklusif, perawatan perineum, personal hygiene, dan perawatan BBL (memandikan, perawatan tali pusat, nutrisi masa menyusui, mengganti popok). Berdasarkan hasil uji coba pada ibu nifas dan keluarga di Ruang Dahlia RSD dr. Soebandi Jember dan di wilayah Puskesmas Kaliwates Jember terkait perawatan diri pada fase *early postpartum* didapatkan  $p$  value 0,00. Hasil tersebut menunjukkan bahwa topik edukasi yang diberikan pada fase ini efektif dapat diberikan pada ibu nifas dan keluarga. pentingnya kompetensi ibu dalam merawat diri dan bayinya adalah salah satu faktor penting untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Fase *early postpartum* adalah periode di mana ibu seharusnya telah mampu untuk merawat diri dan bayinya. Melalui dukungan keluarga tentunya kompetensi ini akan lebih mudah dimiliki oleh ibu nifas. Perawatan diri pada ibu nifas meliputi perawatan payudara, pijat oksitosin, tehnik menyusui yang benar, kebutuhan istirahat, senam nifas, ASI eksklusif, perawatan perineum, dan personal hygiene. Perawatan diri yang sedikit dilakukan adalah senam nifas, istirahat dan tidur, asupan energi dan protein, dan memiliki pantangan makan sehingga direkomendasikan untuk memberikan edukasi secara optimal bagi ibu nifas dan keluarga terkait topik edukasi tersebut.

Topik pertama yang perlu disampaikan oleh petugas kesehatan adalah



perawatan payudara pada ibu nifas. Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum (Bobak, LM., Lowdermilk, D.L., & Jensen 2005). Tindakan ini dilakukan dengan tujuan untuk 1) Memelihara kebersihan payudara; 2) Melenturkan dan menguatkan puting susu; 3) Mengeluarkan puting susu yang masuk kedalam atau daftar; 4) Mempersiapkan produksi ASI; 5) Mencengah pembundungan ASI; 6) Meningkatkan hygiene payudara; 7) Meningkatkan produksi ASI; 8) Melenturkan dan menguatkan puting payudara. Hal tersebut telah dilakukan penelitian oleh Astari & Djuminah (2008) yang membuktikan bahwa ada hubungan antara perawatan payudara masa antenatal dengan kecepatan sekresi ASI (Djuminah 2008). Hasil uji korelasi menunjukkan perawatan payudara akan menyebabkan sekresi ASI pada ibu postpartum cenderung lebih cepat atau kurang dari 24 jam dengan peluang 11 kali lebih cepat dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan perawatan payudara. Hal ini juga

didukung oleh penelitian Masnila (Masnila 2013) yang membuktikan bahwa ada hubungan perawatan payudara dengan produksi ASI pada ibu postpartum. Selain itu pentingnya perawatan payudara ini ternyata mampu meningkatkan kualitas kolostrum. Hal tersebut telah dibuktikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kandungan protein dalam kolostrum sebelum dan sesudah perawatan payudara (Machmudah, Khayati 2013). Melalui dukungan keluarga, kegiatan perawatan payudara pada ibu nifas mampu dilakukan dengan baik karena edukasi yang diberikan akan langsung dipraktikkan oleh ibu dengan didukung oleh keluarga khususnya suami dalam pelaksanaannya sehingga ibu mampu melakukan perawatan payudara dengan benar dan rutin sehingga memberikan manfaat yang baik bagi produksi ASI ibu nifas.

Pijat oksitosin merupakan topik edukasi selanjutnya yang perlu disampaikan pada ibu nifas dan keluarga. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Bobak, LM., Lowdermilk,

D.L., & Jensen 2005). Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya masalah, baik pada ibu maupun pada bayinya, salah satunya yaitu produksi ASI yang kurang. Untuk memperlancar produksi ASI dapat dilakukan dengan merangsang reflek oksitosin yaitu dengan pijat oksitosin. Penelitian Suryani & Astuti (2013) membuktikan bahwa pijat oksitosin efektif meningkatkan produksi ASI pada ibu nifas. Hal ini sesuai dengan pedoman Depkes (Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2007) bahwa pijat stimulasi oksitosin untuk ibu menyusui berfungsi untuk merangsang hormon oksitosin agar dapat memperlancar ASI dan meningkatkan kenyamanan ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, dan mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit. Mengingat gerakan dalam melakukan pijat oksitosin ini adalah di vertebrae (tulang belakang) maka lebih optimal jika dibantu oleh orang lain. Petugas kesehatan dapat melakukan pijat oksitosin pada ibu sambil mengajarkan pada ibu dan keluarga cara dan titik yang harus dilakukan pemijatan sehingga keluarga sebagai pendamping utama bagi ibu nifas dapat memberikan tindakan pemijatan baik ketika di rumah sakit maupun saat di rumah agar produksi ASI lancar dan proses menyusui dapat berjalan dengan optimal.

Proses menyusui akan berjalan optimal jika kondisi fisik dan psikologis ibu dalam keadaan baik. Selain itu produksi ASI juga merupakan faktor penting keberhasilan proses menyusui. Namun produksi ASI yang banyak jika tidak dilakukan dengan teknik menyusui yang benar juga akan menghambat proses menyusui. Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan sehingga proses menyusui optimal karena posisi ibu dan bayi ketika menyusui dapat memberikan rangsangan pengeluaran ASI dan bayi dapat menghisap puting dengan benar. Mengajari ibu bagaimana teknik menyusui yang benar adalah tugas dari petugas kesehatan dengan mengoptimalkan dukungan keluarga sebagai *social support* utama bagi ibu nifas. Posisi menyusui yang salah dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi seperti puting menjadi lecet karena perlekatan tidak sempurna sehingga membuat ibu enggan menyusui, produksi ASI tidak lancar yang

menyebabkan proses menyusui terhambat, dan bayi sering menangis karena tidak merasa kenyang setelah disusui. Hal tersebut dapat menjadi masalah ketidakberhasilan ibu dalam menyusui sehingga edukasi yang optimal diperlukan agar ibu mampu dan kompeten dalam menyusui bayi. Dukungan keluarga sangat penting di sini karena petugas kesehatan tidak selalu berada di samping ibu untuk mengamati apakah posisi menyusui sudah benar. Keluarga adalah individu yang selalu berada di samping ibu sehingga bisa diberdayakan untuk mengingatkan dan membantu ibu melakukan teknik menyusui yang benar.

Masa nifas adalah masa yang cukup melelahkan bagi ibu dan keluarga karena adanya anggota keluarga baru yaitu bayi. Tahap perkembangan keluarga dengan anak kecil menurut Calgary adalah tahap ketiga. Pada tahap ini orang dewasa menjadi pengasuh untuk bayinya. Pengalaman keluarga dapat mempengaruhi pembentukan keluarga baru. Tahap ini merupakan tahap terjadinya transisi dari peran individu menjadi orang tua dan mulai membentuk sistem yang permanen. Peran tersebut pada mulanya sulit karena perasaan ketidakadekuatan menjadi orangtua baru, kurangnya bantuan dari keluarga dan teman-teman, dan para profesional perawatan kesehatan yang bersifat membantu dan sering terbangun tengah malam oleh bayi yang berlangsung 3 hingga 4 minggu. Ibu merasa lelah secara psikologis dan fisiologis. Ia sering merasakan beban tugas sebagai ibu rumah tangga dan mungkin juga bekerja selain merawat bayi. Ketika periode tersebut ibu membutuhkan istirahat yang cukup agar terhindar dari stress fisik maupun psikologis. Petugas kesehatan penting menyampaikan kebutuhan istirahat dan tidur selama fase *early postpartum* karena kebutuhan ini adalah kebutuhan utama bagi ibu. Kegunaan atau fungsi dari tidur yang cukup bagi ibu nifas yaitu regenerasi sel-sel tubuh yang rusak menjadi baru, memperlancar produksi hormon pertumbuhan tubuh, mengistirahatkan tubuh yang lelah akibat aktivitas seharian, meningkatkan kekebalan tubuh dari serangan penyakit, menambah konsentrasi dan kemampuan fisik. Dengan kondisi fisik dan psikologis yang baik, ASI akan diproduksi dengan baik sehingga proses menyusui akan berjalan dengan lancar.

Produksi ASI dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor selain pijat oksitosin, perawatan payudara, teknik menyusui yang benar, cukup istirahat. Faktor lain yang juga mempengaruhi produksi ASI yaitu nutrisi yang baik dan benar untuk ibu menyusui. Hal ini penting disampaikan karena ternyata pengetahuan ibu terkait nutrisi masa menyusui masih tergolong kurang. Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa pengetahuan ibu menyusui tentang asupan nutrisi cukup, hal ini disebabkan masih kurangnya informasi dan penyuluhan dari tenaga kesehatan tentang asupan nutrisi yang baik (Maisyarah 2011). Disarankan kepada petugas kesehatan agar memberikan pemahaman tentang pentingnya memberikan informasi mengenai asupan nutrisi yang baik. Hal tersebut juga disebabkan masih banyaknya budaya pantang makan bagi ibu nifas yang berkembang di masyarakat sehingga kebutuhan nutrisi kadang belum tercukupi. Petugas kesehatan penting untuk menyampaikan nutrisi bagi ibu nifas karena menjadi salah satu faktor kelancaran produksi ASI dan meningkatkan kesehatan ibu nifas serta bayinya. Dukungan keluarga sangat dominan di sini karena keluarga yang biasanya menyiapkan makanan bagi ibu nifas yang tinggal di tengah-tengah keluarga. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Bila pemberian ASI berhasil baik, maka berat badan bayi akan meningkat, integritas kulit baik, tonus otot serta kebiasaan makan yang memuaskan.

Topik penting lainnya adalah ASI eksklusif yang perlu disampaikan pada ibu dan keluarga. keberhasilan ASI eksklusif ini sangat bergantung pada sikap ibu dan dukungan keluarga. Berdasarkan Penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara sikap ibu dengan pemberian ASI eksklusif (Wenas. W, Malonda, N.S, Bolang. A, Kapantow 2010). Hasil penelitian menyatakan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan keberhasilan pemberian ASI eksklusif (Rahmawati, Bahar, B, & Salam 2013). ASI Eksklusif adalah air susu ibu yang diberikan untuk bayi sejak baru lahir sampai 6 bulan tanpa makanan pendamping dan minuman lainnya seperti air, air gula, teh, dan sebagainya. Makanan terbaik bagi bayi adalah ASI sampai usia 6 bulan. Hal ini penting disampaikan oleh petugas kesehatan pada ibu dan keluarga. terkadang masih banyak kepercayaan di masyarakat

bahwa bayi harus diberikan makanan tambahan seperti pisang, minuman manis, dan makanan tambahan agar gizinya baik. Padahal pencernaan bayi masih belum mampu bekerja optimal sehingga tidak jarang ditemukan kejadian penyakit pencernaan yang dialami bayi karena perilaku ibu dan keluarga yang salah dalam memberikan makanan pada bayi. Pentingnya ASI eksklusif bagi bayi adalah untuk meningkatkan status kesehatan bayi karena ASI adalah makanan paling aman dan paling baik bagi bayi, memberikan banyak manfaat bagi bayi juga bagi ibu.

Perawatan diri bagi ibu yang juga penting disampaikan yaitu senam nifas. Senam nifas merupakan latihan gerak yang dilakukan secepat mungkin setelah melahirkan supaya otot-otot yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali kepada kondisi normal seperti semula. Senam nifas dapat di mulai 6 jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinue. Senam nifas ini telah terbukti memberikan banyak manfaat bagi ibu nifas. Hasil Penelitian menyatakan bahwa senam nifas efektif menurunkan involusi uterus pada ibu nifas (Puspitaningrum 2012). Penurunan involusi uterus yang berlangsung cepat akan mencegah risiko perdarahan akibat bendungan uterus pasca melahirkan. Senam nifas membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul yang mengalami trauma serta mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut ke bentuk normal; membantu menormalkan sendi-sendi yang menjadi longgar diakibatkan kehamilan; menghasilkan manfaat psikologis, dan menambah kemampuan menghadapi stress dan bersantai sehingga mengurangi depresi pasca persalinan (Bobak, LM., Lowdermilk, D.L., & Jensen 2005).

Selain senam nifas, perawatan diri ibu nifas yang lainnya yaitu perawatan perineum dan personal hygiene. Luka di perineum pasti akan dialami oleh ibu pasca melahirkan. Jika tidak dijaga dengan baik akan menimbulkan infeksi yang saat ini menjadi penyebab kematian nomer 1 di dunia. Untuk mengatasi masalah infeksi pada masa nifas, ibu penting diajari bagaimana merawat perineum dan melakukan perawatan diri dengan benar. Perawatan perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyehatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu

yang dalam masa antara kelahiran placenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil. Tujuan perawatan perineum adalah mencegah terjadinya infeksi sehubungan dengan penyembuhan jaringan (Hamilton 2000). Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal, ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptik dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan ke belakang.

Selain topik mengenai perawatan diri ibu nifas, topik edukasi mengenai perawatan bayi baru lahir juga penting disampaikan pada fase *early postpartum*. Melalui uji coba model pada ibu nifas dan keluarga di Ruang Dahlia RSD dr. Soebandi Jember dan di wilayah Puskesmas Kaliwates Jember terkait persepsi ibu nifas dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir pada fase *early postpartum* didapatkan *p value* 0,00. Perawatan BBL terdiri dari memandikan, mengganti popok, dan perawatan tali pusat. Peneliti berpendapat bahwa perawatan bayi adalah tanggungjawab dari seorang ibu. Perawatan bayi yang dilakukan oleh ibu akan menimbulkan kedekatan antara ibu dan bayi baik secara fisik maupun psikologis. Kompetensi ibu dalam melakukan perawatan bayi akan lebih optimal dengan adanya pendampingan keluarga sebagai pendukung. Hasil penelitian menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan keterampilan ibu dalam perawatan bayi adalah dukungan keluarga (Rohani 2013). Menurut Friedman (2003) keluarga merupakan *social support* utama bagi ibu ketika menjalani masa nifas khususnya dalam melakukan perawatan bayi baru lahir. Keluarga yang saling mendukung akan mengurangi stressor ibu ketika belum terampil melakukan perawatan bayi sehingga ibu akan tetap termotivasi untuk belajar dan menjadi terampil dalam melakukan perawatan bayi.

Setelah melewati fase *early postpartum* maka tahap selanjutnya adalah *late postpartum* (> 1 minggu- 6/8 minggu). Melalui ujicoba model tentang perawatan bayi pada fase *early postpartum* dan fase *late postpartum*

diperoleh p value 0,00. Hal ini berarti topik edukasi pada fase ini bisa disampaikan pada ibu dan keluarga untuk mengoptimalkan kompetensi ibu dalam melakukan perawatan diri dan bayinya selama fase ini. Topik edukasi meliputi kontrasepsi, seksualitas, imunisasi bayi, mengenal perilaku bayi, tumbang bayi dan keamanan bayi. Proses pemberian edukasi tersebut dengan melibatkan keluarga sebagai *social support*. Melalui pelibatan keluarga diharapkan ibu mempunyai kompetensi yang optimal dalam fase ini. Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa pengetahuan ibu berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam perawatan bayi seperti imunisasi, tumbuh kembang bayi, dan mengenai keamanan bayi (Nurapriyanti & Indah 2009). Pengetahuan ibu yang optimal melalui edukasi, akan semakin kuat jika didukung oleh keluarga. Fase 1-8 minggu pasca melahirkan adalah tahapan dimana ibu dan keluarga telah siap untuk menjadi sebuah keluarga baru dengan kelahiran bayi. Kesiapan secara fisik dan psikologis harus sudah dimiliki oleh ibu dan keluarga sehingga mampu dalam melakukan perawatan diri maupun bayi selama tahap ini. Friedman (2003) menjelaskan bahwa keluarga yang kokoh dan saling mendukung satu sama lain akan menghasilkan sebuah hubungan yang harmonis dan timbul rasa kasih sayang antar anggota keluarga.

Melalui edukasi postnatal yang disesuaikan dengan tahapan masa nifas maka ibu dan keluarga akan mempunyai kompetensi yang baik dalam melakukan perawatan diri dan bayinya. Adanya dukungan dari keluarga menjadikan komitmen yang kuat dalam sebuah keluarga yang baru melewati masa melahirkan dan siap menyongsong tahapan baru yaitu mempunyai bayi sehingga tugas perkembangan keluarga akan terpenuhi diantaranya mempersiapkan menjadi orang tua, membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga), memberikan ASI sebagai kebutuhan dasar bayi, memberikan berbagai kebutuhan anak, pasangan kembali melakukan adaptasi karena kehadiran anggota keluarga baru dan menyesuaikan dengan kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, dan memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua

dan kakek nenek (L.M & Maureen 2009). Dengan demikian selain tugas perkembangan keluarga terpenuhi, keterampilan ibu dalam melakukan perawatan diri dan bayi akan berkontribusi besar dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di masa mendatang.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Model Edukasi Postnatal dengan pendekatan *Family Centered Maternity Care* efektif digunakan sebagai strategi optimalisasi *competent mothering* bagi ibu nifas dengan melibatkan keluarga secara langsung. Namun sampai dengan akhir penelitian masih perlu melakukan penyempurnaan modul dan booklet sebagai mediana.

### Saran

Model edukasi postnatal dengan pendekatan FCMC dapat dipalikasikan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan persepsi ibu nifas dan keluarga dalam mengoptimalkan perannya dalam merawat diri dan merawat bayi yang dilahirkan. Keluarga sebagai *social support* utama bagi ibu nifas disarankan untuk terlibat aktif dalam proses edukasi postnatal maupun dalam proses perawatan ibu dan bayinya selama periode postpartum. Diperlukan kebijakan pada system pelayanan kesehatan untuk implementasi model ini terkait dengan jumlah sumber daya manusia, serta sarana dan prasarana untuk edukasi.

## KEPUSTAKAAN

- Bobak, LM., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M., 2005. *Alih Bahasa \* Wijayarini, M.A). Buku Ajar Keperawatan Maternitas* 4th ed., Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007. *Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar*, Jakarta: Depkes.
- Dewi, Ratnawati, & B., 2011. *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Kecepatan Kesembuhan Luka Perineum pada Ibu Post Partum di Seluruh Wilayah Kerja Puskesmas Singosari Kabupaten Malang*. FK Universitas Brawijaya Malang.
- Djuminah, A.&, 2008. *Hubungan Perawatan Payudara Masa Antenatal dengan Kecepatan Sekresi ASI Post Partum*

- Primipara*. FK Brawijaya.
- Friedman, M.M., B. & J., 2003. *Family nursing: Research, Theory, and Practice* 5th ed., Connecticut: Appleton & Lange.
- Hamilton, P., 2000. *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas 7*. Alih Ba., Jakarta: EGC.
- L.M, W. & Maureen, L., 2009. *Nurses And Families : A Guide To Family Assesment And Intervention* 5th ed., Philadelphia: FA Davis Company.
- Machmudah, Khayati, & I., 2013. *Peningkatan Kualitas Kolostrum pada Ibu Postpartum Yang Dilakukan Pijat Payudara dengan Metode Oketani*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Mahdiyah, D., 2013. Hubungan Mobilisasi Dini dengan Penurunan Tinggi Fundus Uteri pada Ibu Postpartum di BLUD RS H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. *Jurnal Akademi Kebidanan Sari Mulia Banjarmasin*, 11(11).
- Maisyarah, S., 2011. *Pengetahuan Ibu Menyusui Tentang Asupan Nutrisi di Klinik Nurhasanah Medan*. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Masnila, 2013. Hubungan Perawatan Payudara terhadap Produksi ASI pada Ibu Post Partum di Rumah Bersalin Tutun Sehati Tanjung Morawa 2013. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 9(1).
- Mustakim, 2009. *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Kejadian Infeksi Luka pada Ibu Post Partum dengan Sectio Caesaria*. Universitas Muhammadiyah Jember.
- Nurapriyanti & Indah, 2009. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian Imunisasi Campak Pada Bayi di Kec Pancoran Mas Depok*. FKM UI.
- Pillittery, A., 2003. *Maternal and Child Health Nursing, Care Of The Childbearing And Childbearing Family* Fourth Edi., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puspitaningrum, N., 2012. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Pelaksanaan Senam Nifas dengan Kecepatan Proses Involusi Uterus*.
- Rahmawati, Bahar, B, & Salam, A., 2013. *Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Peran Petugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone*. FKM Universitas Hasanuddin Makassa.
- RI, D., 2007. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MS) di Indonesia*, Jakarta: Depkes.
- Rohani, S., 2013. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan dan Keterampilan Ibu dalam Perawatan Bayi di Ruang Nifas RSUD Lanto DG Pasewang Kab. Janeponto. *Jurnal Stikes Nani Hasanuddin Makassar.*, 3(5).
- Saifuddin, A., 2004. *Buku panduan Praktis pelayanan Komplikasi perinatal dan Neonatal.*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo.
- Sulistiyawati, A., 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas.*, Jakarta: Salemba Medika.
- Wenas. W, Malonda, N.S, Bolang. A, Kapantow, N., 2010. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Ibu Menyusui dengan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Tompaso Kecamatan Tompaso*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Wiknjosastro, H., 2005. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

# PENAMBAHAN BESAR SUDUT INKLINASI *INSOLE* SEPATU KERJA MENURUNKAN KADAR GLUKOSA DARAH PUASA DAN HbA1c

(*Insole Inclination of Work Shoes Decrease Fasting Blood Glucose and HbA1c Level*)

Herdianty Kusuma<sup>\*</sup>, Ahmad Abdullah<sup>\*</sup>, Bambang Purwanto<sup>\*\*</sup>, Suhartatik<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Olahraga Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

<sup>\*\*</sup>Departemen Ilmu Faal Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

<sup>\*\*\*</sup>Departemen Biokimia Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Jl. Prof. Dr. Moestopo 47, Surabaya, 60131

Email: kusuma.herdianty@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Lari *downhill* dapat memperbaiki ekspresi Glut-1 otot dan kadar glukosa darah puasa mencit. Kontraksi eksentrik pada lari *downhill* juga ditemukan pada kegiatan keseharian seperti menuruni tangga dan berjalan jinjit. Kegiatan menuruni tangga dan berjalan jinjit tidak mudah dilakukan berulang, tunggal, stabil dan universal, sehingga posisi jinjit pada kegiatan menuruni tangga digantikan dengan pemakaian *insole* pada sepatu yang digunakan untuk beraktivitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh penggunaan *insole* sepatu terhadap kadar glukosa darah puasa dan HbA1c. **Metode:** Penelitian ini menggunakan *experimental pre and post tes design* dengan subyek wanita pekerja sebanyak 12 orang di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga selama 2 minggu dan dilakukan tes sebanyak tiga kali. Subjek diambil darah sebelum pemakaian *insole* sepatu dan setelah pemakaian *insole* sepatu. *Insole* sepatu yang dipakai memiliki perbedaan inklinasi 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup>. Setiap subjek menggunakan *insole* sepatu selama 1 minggu. **Hasil:** Data hasil penelitian menunjukkan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c subjek yang memakai *insole* sepatu lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c subjek yang memakai *insole* 10<sup>0</sup> memiliki nilai  $p < 0,05$ . **Diskusi:** Pemakaian *insole* sepatu menyebabkan penurunan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c.

**Kata kunci:** *insole* sepatu, glukosa darah puasa (GDP), HbA1c, diabetes, eksentrik.

## ABSTRACT

**Introduction:** Running downhill improved the expression of glucose transporter 1 (Glut 1) and fasting blood glucose in mouse. Eccentric contraction during running downhill found daily in activity such as down stairs and walking on tiptoe. Descend the stairs and walking on tiptoe are not easy to repeated, single, stable and universal, so that we purposed to replace it with additional insole in shoes for daily activity. The aim of this research was to investigate the effect of the additional shoe insole on fasting blood glucose and HbA1c. **Method:** This research using experimental pre and post test design with 12 subject female staff at Medical Faculty of Airlangga University for two weeks and the test was performed in three times. The blood was taken before and after using shoe insole. The shoe insole inclination designed into 5<sup>0</sup> and 10<sup>0</sup>. All subjects used the shoe insole for a week. **Result:** The result research showed the fasting blood glucose and HbA1c on subject that use shoe insole lower than control group. The fasting blood glucose and HbA1c on subject that use shoe insole 10<sup>0</sup> has value  $p < 0,05$ . **Discussion:** Application of shoe insole lead to reduce the fasting blood glucose and HbA1c.

**Keywords:** shoe insole, fasting blood glucose, HbA1c, diabetes, eccentric.

## PENDAHULUAN

Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin (Hall 2015). Perbandingan diabetes mellitus pada orang dewasa dengan usia 20 sampai 79 tahun di dunia mencapai 6,4% pada tahun 2010 dan akan meningkat menjadi 7,7% pada tahun 2030 (Shaw dalam Muktabhant et al. 2012). Oleh karena itu diperlukan upaya untuk mengobati penderita diabetes mellitus, salah satunya dengan melakukan aktivitas fisik untuk meningkatkan sensitivitas terhadap insulin.

Salah satu aktivitas kontraksi eksentrik dapat terjadi saat lari menuruni bukit (lari *downhill*) yang diketahui dapat memperbaiki ekspresi Glut-1 otot dan kadar glukosa darah puasa pada mencit. Pada aktivitas keseharian kontraksi eksentrik ternyata juga terjadi saat berjalan menuruni tangga dan berjalan jinjit, tetapi aktivitas seperti ini tidak selalu dilakukan apalagi dalam waktu yang lama. Untuk mengetahui pengaruh kontraksi eksentrik dalam aktivitas keseharian maka posisi jinjit sambil menuruni tangga digantikan dengan memakai *insole* sepatu.

*Insole* sepatu adalah bagian dalam dari sepatu yang terletak di bawah kaki yang

merupakan titik kontak antara kaki dengan tanah. Pada kondisi diabetes, *insole* sepatu dapat digunakan untuk memberikan kenyamanan dan melindungi kaki dari mikro trauma (Uccioli & Giacomozzi 2009).

Pemakaian *insole* sepatu didesain untuk menghasilkan kontraksi eksentrik dalam waktu yang cukup lama yaitu saat aktivitas bekerja. *Insole* sepatu ini memiliki ketinggian 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup> pada bagian belakang. Ketinggian sudut menyebabkan *unloading* lebih cepat pada bagian belakang kaki saat berjalan dan memuat beban lebih besar pada ujung metatarsal. Di sisi lain, peningkatan ketinggian *insole* sepatu dapat menyebabkan pemendekan pada tendon Achilles yang dapat mengurangi daya ledak dari otot kaki. Oleh karena itu ketinggian *insole* sepatu yang umum adalah sekitar 1,5-3cm dari tanah (Rossi dalam Uccioli & Giacomozzi 2009).

Kontraksi eksentrik merupakan kontraksi yang terjadi ketika serabut otot mengalami perubahan panjang. Kontraksi ini merupakan lawan dari kontraksi konsentrik sehingga disebut juga kontraksi negatif. Pemakaian energi selama kontraksi eksentrik ini membutuhkan oksigen dan cadangan energi lebih sedikit dibanding kontraksi konsentrik, sehingga untuk aktivitas seperti berlari atau berjalan menuruni bukit mampu memperbaiki daya tahan otot lebih efektif karena kelelahan otot terjadi lebih lambat (Kisner & Colby 2007).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemakaian *insole* model aktivitas eksentrik terhadap kadar glukosa darah puasa dan HbA1c. Kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c merupakan pemeriksaan untuk mengetahui seseorang memiliki riwayat penyakit diabetes atau tidak. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengambil sampel darah. Berdasarkan kriteria dari *American Diabetes Association* (ADA) kadar glukosa darah puasa (GDP) 126 mg/dl atau lebih didiagnosa sebagai diabetes mellitus tipe 2 (WHO dalam Veghari et al. 2014). Nilai HbA1c pada orang non diabetes antara 20-42 mmol/mol atau setara dengan 4-6 %. Sedangkan pada orang diabetes nilainya sedikit lebih tinggi dibanding nilai tersebut (Diabetes Federation of Ireland 2010).

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental dengan menggunakan *pre and*

*post test design* yang akan membandingkan efek penggunaan *insole* 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup> terhadap kadar glukosa darah (GDP) dan HbA1c.

Bahan yang dipakai dalam penelitian ini adalah *insole* sepatu dengan ketinggian 5<sup>0</sup>, sepatu standart dengan ketinggian *insole* 5<sup>0</sup> dan sampel darah subyek untuk mengetahui kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c.



Gambar 1. *Insole* sepatu 5 derajat

Subyek penelitian adalah karyawan wanita di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga non diabetes mellitus sebanyak 12 orang yang bersedia menandatangani *inform consent*. Setelah dilakukan pengukuran berupa tinggi badan, berat badan, lingkar perut dan ukuran sepatu subyek dilakukan *pre test* dengan cara pengambilan darah melalui intra vena oleh analis yang berpengalaman setelah subyek berpuasa selama 10 jam. Kemudian subyek dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu kelompok kontrol, kelompok pemakaian *insole* 5<sup>0</sup> dan kelompok pemakaian *insole* 10<sup>0</sup>. Kelompok kontrol merupakan kelompok sebelum diberikan perlakuan berupa pemakaian *insole* 5<sup>0</sup> maupun 10<sup>0</sup>. Pemakaian *insole* 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup> ini pada masing-masing kelompok dilakukan selama 5 hari kerja.

Proses penelitian ini dilakukan pada bulan Mei-Juni 2015 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Setelah dilakukan *pre test* subyek menggunakan sepatu standar dengan ketinggian sudut *insole* sepatu 5<sup>0</sup> selama 5 hari kerja. Kemudian pada hari ke tujuh dilakukan tes kedua. Setelah itu subyek diberi tambahan *insole* sepatu 5<sup>0</sup> sehingga ketinggian *insole* menjadi 10<sup>0</sup> selama 5 hari kerja. Kemudian pada hari ke empat belas dilakukan tes ketiga. Setiap selesai melakukan tes, sampel darah dibawa ke laboratorium untuk diketahui kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c.



Gambar 2. Aplikasi insole sepatu tambahan ke dalam sepatu kerja



Gambar 3. Sepatu kerja dengan *insole* tambahan

Selama penelitian pola makan pada subyek dikendalikan dan dilakukan pemantauan kondisi subyek selama beraktivitas menggunakan *insole* sepatu. Dari 12 subyek terdapat 4 subyek yang *drop out* karena tidak mampu melanjutkan penelitian.

## HASIL

Setelah dilakukan analisis data diketahui hasil uji normalitas pada kadar glukosa darah puasa kelompok kontrol nilai  $p=0,05$ , kelompok pemakaian *insole* sepatu 5 derajat nilai  $p=0,96$  dan kelompok pemakaian *insole* sepatu 10 derajat nilai  $p=0,266$ . Sedangkan hasil uji normalitas pada kadar HbA1c kelompok kontrol nilai  $p=0,59$ , kelompok pemakaian *insole* 5 derajat  $p=0,748$  dan kelompok pemakaian *insole* sepatu 10 derajat  $p=0,60$ . Dari semua hasil tersebut disimpulkan nilai  $p>0,05$ , maka semua data tersebut adalah normal. Kemudian dilakukan analisis data uji beda menggunakan *one way anova* diketahui kadar glukosa darah puasa (GDP) memiliki nilai  $p=0,005$ , sedangkan HbA1c memiliki nilai  $p=0,022$ . Hal tersebut menunjukkan terdapat penurunan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c yang bermakna antara sebelum dan setelah pemakaian *insole* sepatu. Penurunan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c antara pemakaian *insole* sepatu 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup>

menunjukkan hasil yang lebih bermakna pada pemakaian *insole* sepatu 10<sup>0</sup>.

Tabel 1. Rerata dan standar deviasi kadar GDP pada kelompok kontrol, kelompok pemakaian *insole* 5<sup>0</sup> dan kelompok pemakaian *insole* 10<sup>0</sup>

Kelompok	Rerata ± SD
Kontrol	80,5 ± 14,313 <sup>a</sup>
Insole 5 <sup>0</sup>	76 ± 13,79 <sup>a</sup>
Insole 10 <sup>0</sup>	59,38 ± 6,52 <sup>b</sup>

Pada tabel tersebut *superscript* yang berbeda menunjukkan nilai  $p<0,05$  yang berarti bahwa kelompok *insole* sepatu 10<sup>0</sup> lebih bermakna terhadap penurunan kadar glukosa darah puasa (GDP).

Tabel 2. Uji beda kadar GDP antar kelompok

Kelompok	Pembandingan	Nilai p
Kontrol	Insole 5 derajat	0,464
	Insole 10 derajat	0,002*
Insole 5 derajat	Insole 10 derajat	0,012*

Berdasarkan data antara kelompok kontrol dengan kelompok *insole* 5<sup>0</sup> tidak memiliki perbedaan yang bermakna ( $p=0,464$ ), tetapi antara kelompok kontrol dengan kelompok *insole* 10<sup>0</sup> terdapat perbedaan bermakna ( $p=0,002$ ). Sedangkan antara kelompok *insole* 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup> terdapat perbedaan yang bermakna ( $p=0,012$ ). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada kelompok pemakaian *insole* 10<sup>0</sup>

Tabel 3. Rerata dan standar deviasi kadar HbA1c pada kelompok kontrol, kelompok pemakaian *insole* 5<sup>0</sup> dan kelompok pemakaian *insole* 10<sup>0</sup>

Kelompok	Rerata ± SD
Kontrol	5,337 ± 0,4926 <sup>a</sup>
Insole 5 <sup>0</sup>	4,862 ± 0,4719 <sup>a</sup>
Insole 10 <sup>0</sup>	4,650 ± 0,4209 <sup>b</sup>

Pada tabel tersebut *superscript* yang berbeda menunjukkan nilai  $p<0,05$  yang



berarti bahwa kelompok *insole* sepatu 10<sup>0</sup> lebih bermakna terhadap penurunan kadar HbA1c.

Tabel 4. Uji beda kadar HbA1c antar kelompok

Kelompok	Pembanding	Nilai p
Kontrol	Insole 5 derajat	0,053
	Insole 10 derajat	0,007*
Insole 5 derajat	Insole 10 derajat	0,369

\*Nilai p < 0,05 menunjukkan perbedaan yang bermakna

Berdasarkan data antara kelompok kontrol dengan kelompok *insole* 5<sup>0</sup> tidak memiliki perbedaan yang bermakna (p=0,053), tetapi antara kelompok kontrol dengan kelompok *insole* 10<sup>0</sup> terdapat perbedaan bermakna (p=0,007). Sedangkan antara kelompok *insole* 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup> tidak terdapat perbedaan yang bermakna (p=0,369). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada kelompok pemakaian *insole* 10<sup>0</sup> terhadap penurunan kadar HbA1c.

## PEMBAHASAN

Pemakaian *insole* sepatu model aktivitas eksentrik terbukti dapat menurunkan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c secara bermakna pada wanita pekerja di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Penggunaan *insole* sepatu yang tinggi dapat mengurangi daya dorong dari ibu jari kaki, sehingga gerakan kaki saat berjalan lebih efisien daripada berjalan tanpa alas kaki atau dengan sepatu datar (Rossi dalam Uccioli & Giacomozzi 2009). Hal inilah yang menjadi dasar untuk menerapkan aktivitas kontraksi eksentrik.

Kontraksi eksentrik merupakan kontraksi yang sering terjadi dalam aktivitas keseharian. Pada pemakaian *insole* sepatu selama aktivitas kerja kontraksi eksentrik terjadi karena otot berkontraksi sedangkan gaya dari luar berusaha untuk memanjangkan otot, sehingga kontraksi ini juga dapat digunakan untuk latihan meningkatkan kekuatan (Cluett 2014). Kontraksi eksentrik memiliki peran dalam meningkatkan performa. Saat terjadi kontraksi eksentrik tenaga maksimal yang dihasilkan tidak memberikan efek terhadap kecepatan pemanjangan otot,

sedangkan pada kontraksi konsentrik meskipun otot memendek lebih cepat tetapi tenaga yang digunakan kurang maksimal. Sehingga tenaga yang lebih besar dihasilkan dari kontraksi eksentrik. Kontraksi eksentrik juga berperan dalam efisiensi mekanis dan penghematan energi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Komi, yang membandingkan penggunaan energi terhadap performa kerja, diketahui bahwa kerja akan lebih ekonomis jika diberikan gerakan yang meliputi siklus pemanjangan dan pemendekan (kontraksi eksentrik) dibandingkan hanya kontraksi konsentrik saja. Selanjutnya kemampuan otot untuk menyerap energi selama kontraksi eksentrik dapat digunakan untuk menghentikan gerakan dan memungkinkan melindungi komponen penting seperti tulang, kartilago dan ligamen dari kerusakan (Enoka 1996).

Penggunaan *insole* sepatu model aktivitas eksentrik yang digunakan dalam aktivitas kerja dapat berperan dalam meningkatkan performa, efisiensi dalam hal mekanis dan menghemat energi. Selain itu dapat menstimulasi kontraksi eksentrik dinamik pada otot *gastrocnemius*. Sehingga dapat membantu meningkatkan ekspresi dan kinerja Glut-1 dalam membantu ambilan glukosa.

Gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein pada diabetes mellitus dapat membaik yang ditandai dengan penurunan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c (Price & Wilson 2006).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Pemakaian *insole* sepatu 5<sup>0</sup> dan 10<sup>0</sup> memberikan pengaruh terhadap penurunan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c. Meskipun kedua model *insole* sepatu tersebut memberikan penurunan yang bermakna, tetapi model *insole* sepatu 10<sup>0</sup> diketahui memberikan hasil yang lebih baik. Dengan demikian kontraksi eksentrik dengan memakai *insole* sepatu model aktivitas eksentrik terbukti dapat menurunkan kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c, sehingga model ini dapat diterapkan untuk penderita diabetes mellitus.

### Saran

Pada penelitian selanjutnya disarankan pemakaian *insole* sepatu model aktivitas eksentrik dapat diterapkan pada penderita

diabetes mellitus untuk mengetahui efek terhadap kadar glukosa darah puasa (GDP) dan HbA1c.

#### KEPUSTAKAAN

- 'Diabetes Federation of Ireland', 2010. *Diabetes Federation of Ireland Annual Report 2010*, Available at: <https://www.diabetes.ie/wp-content/uploads/2014/11/Annual-Report-2010-with-lay-summary-appendix.pdf>.
- Cluett, J., 2014. Eccentric Contraction. Available at: <http://orthopedics.about.com/cs/sprainsstrains/g/eccentric.htm>.
- Enoka, R.M., 1996. Eccentric contractions require unique activation strategies by the nervous system. *Journal of applied physiology (Bethesda, Md. : 1985)*, 81(6), pp.2339–2346.
- Hall, J.E., 2015. *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*, Elsevier Health Sciences. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=krLSCQAAQBAJ>.
- Kisner, C. & Colby, L.A., 2007. *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques*, F.A. Davis. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=phtnQgAACAAJ>.
- Muktabhant, B. et al., 2012. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4, p.CD007145.
- Price, S.A. & Wilson, L.M., 2006. *Buku Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6 Volume 2* 6th ed., EGC.
- Uccioli, L. & Giacomozzi, C., 2009. Biomechanics and choosing footwear for the diabetic foot. *The Diabetic Foot Journal*, 12(4), p.11. Available at: <http://www.diabeticfootjournal.co.uk/journal-content/view/biomechanics-and-choosing-footwear-for-the-diabetic-foot/?preview>.
- Veghari, G. et al., 2014. The association of fasting blood glucose (FBG) and waist circumference in northern adults in Iran: a population based study. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 13, p.2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3937214/>.

# EKSPRESI HSP 70 DAN EKSPRESI RESEPTOR OPIOID MU PADA PENURUNAN NYERI TERAPI BEKAM BASAH

(*Expression of HSP 70 and Mu Opioid Receptors Decrease Pain on Wet Cupping Therapy*)

Imam Subadi\*, Hening Laswati\*, Harjanto JM\*\*

\*Departemen Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

\*\*Departemen Ilmu Faal Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Email: isubadi\_roesdam@yahoo.co.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Terapi bekam basah banyak digunakan untuk mengurangi nyeri, namun mekanisme penurunan nyeri terapi bekam basah belum jelas. Peregangan dan tusukan pada terapi bekam basah menimbulkan stres pada sel. Sel yang mengalami stres mengekspresikan HSP 70 dan reseptor opioid mu. Penelitian ini bertujuan membuktikan korelasi peningkatan ekspresi HSP 70 dan peningkatan reseptor opioid mu pasca terapi bekam basah. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah penelitian eksperimental dengan rancangan *randomized control group post test only design*. Dua puluh empat tikus jenis Wistar (*Rattus norvegicus*) secara random dibagi menjadi tiga kelompok yang masing-masing terdiri dari 8 ekor tikus yaitu kelompok kontrol negatif (tikus normal), kelompok induksi nyeri dengan Complete Freund's Adjuvant (CFA) saja (kontrol positif) dan kelompok yang diberi induksi nyeri dan terapi bekam basah (10 tusukan dan tekanan negatif: - 200 mmHg, 5 menit). Sampel diambil dari kulit dan dilakukan pemeriksaan imunohistokimia dengan antibodi monoklonal anti reseptor opioid mu. Waktu reaksi ambang nyeri diukur memakai *hot-plate*. Data dianalisa dengan Anova oneway dan Pearson Correlation dengan menggunakan SPSS versi 17. **Hasil:** Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan ekspresi HSP 70 ( $20,25 \pm 3,53$ ;  $p < 0,05$ ) dibandingkan kelompok kontrol positif ( $10,50 \pm 2,44$ ;  $p < 0,05$ ) dan peningkatan ekspresi reseptor opioid mu ( $21,00 \pm 6,34$ ;  $p < 0,05$ ) dibandingkan kelompok kontrol positif ( $4,25 \pm 3,58$ ;  $p < 0,05$ ). Terdapat peningkatan waktu reaksi ambang nyeri ( $22,81 \pm 6,34$ ;  $p < 0,05$ ) dibandingkan kontrol positif ( $11,78 \pm 3,56$ ). Terdapat korelasi antara peningkatan ekspresi HSP 70 dan peningkatan reseptor opioid mu ( $\beta = 0,893$ ;  $p = 0,000$ ) dan ada korelasi antara peningkatan reseptor opioid mu dengan waktu reaksi ambang nyeri ( $\beta = 0,713$ ;  $p = 0,002$ ). **Diskusi:** Terapi bekam basah meningkatkan ekspresi HSP 70, reseptor opioid mu dan waktu reaksi ambang nyeri.

**Kata Kunci:** Ekspresi HSP 70, Ekspresi Opioid, Penurunan Nyeri, Bekam Basah

## ABSTRACT

**Introduction:** *Wet cupping therapy widely used to reduce the pain, but the mechanisms of pain reduction on wet cupping therapy is unclear. Stretching and punctures on wet cupping therapy cause stress on the cell. Cells that are stressed express HSP 70 and mu opioid receptors. This study aims to prove the correlation increased expression of HSP 70 and an increase in post-mu opioid receptor wet cupping therapy. Methods:* The study is an experimental research design with randomized control group post-test only design. Twenty-four rats type Wistar (*Rattus norvegicus*) were randomly divided into three groups, each consisting of eight mice are negative control group (normal mice), group induction of pain with Complete Freund's Adjuvant (CFA) alone (positive control) and group by induction of pain and bekam basah therapy (10 puncture and negative pressure: - 200 mmHg, 5 minutes). Samples were taken from the skin and immunohistochemical examination with the monoclonal antibody anti mu opioid receptors. The reaction time pain threshold measured using a hot-plate. Data were analyzed by oneway ANOVA and Pearson Correlation using SPSS version 17. **Results:** This study shows that there is an increased expression of HSP 70 ( $P < 0,05$ ) compared to the positive control group ( $p < 0,05$ ) and increased expression of mu opioid receptors ( $p < 0,05$ ) compared to the positive control group ( $p < 0,05$ ). There is an increased pain threshold reaction time ( $p < 0,05$ ) compared to the positive controls ( $11,78 \pm 3,56$ ). There is a correlation between an increased expression of HSP 70 and an increase in mu opioid receptor ( $\beta = 0,893$ ;  $p = 0,000$ ) and there was a correlation between the increase in mu opioid receptor with a reaction time of pain threshold ( $\beta = 0,713$ ;  $p = 0,002$ ). **Discussion:** *Wet cupping therapy increase HSP 70 expression, opioid mu receptor, and decrease pain level.*

**Keywords:** HSP 70, mu opioid receptors, wet cupping therapy

## PENDAHULUAN

Bangsa Indonesia mempunyai berbagai terapi alternatif, salah satu dari terapi alternatif tersebut adalah terapi bekam. Masyarakat menggunakan terapi bekam untuk menyembuhkan sakit kepala, pegal linu, nyeri sendi, rematik, masuk angin (Kasmui 2012). Terapi bekam dikenal dua macam metode yaitu terapi bekam kering dan terapi bekam basah. Terapi bekam kering

adalah metode terapi dimana kulit dilakukan pengekupan atau pemberian tekanan negatif tanpa tusukan, sedangkan terapi bekam basah adalah metoda terapi dimana darah dikeluarkan dari tubuh melalui permukaan kulit dengan cara penusukan pada kulit kemudian dilakukan pengekupan. Masyarakat menggunakan terapi bekam kering untuk nyeri yang ringan, sedangkan terapi bekam basah digunakan bila nyeri berat.

Meskipun telah dikenal manusia sejak ribuan tahun yang lalu, sampai saat ini penelitian terapi bekam sangat terbatas (DK 2010) Pada dekade terakhir dilaporkan terapi bekam basah efektif untuk menurunkan nyeri kepala (Ahmadi et al. 2008), *brachialgia parasthetica nocturna* (Lutdke, et al. 2006), *carpal tunnel syndrome* (Michalsen et al. 2009) nyeri punggung bawah (Farhadi et al, 2009). Mekanisme penurunan nyeri inflamasi terapi bekam basah sampai saat ini belum jelas.

Nyeri merupakan keluhan utama yang paling sering dijumpai dalam praktek dokter sehari-hari (Smith BH 1999) Penelitian tentang nyeri di 15 negara di Eropa dilaporkan bahwa prevalensi nyeri kronis adalah sebesar 19% (Breivik et al. 2006) Prevalensi nyeri kronis di Amerika Serikat sebesar 30,7% (Johanes et al. 2010) , sedangkan di Hong Kong sebesar 34,9% (Wong dan Feilding 2011). Menurut *World Health Organization* (WHO), prevalensi nyeri kronis di negara sedang berkembang 41 % (Croft et al. 2010). Survei pada 4683 orang desa dan 1071 orang kota di Jawa Tengah, didapatkan angka kejadian nyeri 23,6% di desa dan 31,3% di kota (Darmawan et al., 1992).

Dampak nyeri kronis mengganggu kehidupan sehari-hari. Nyeri kronis berdampak pada gangguan tidur, aktifitas olah raga, berjalan, melakukan pekerjaan rumah tangga, menghadiri kegiatan sosial, kehidupan seksual dan kemandirian pola hidup ( Breivik et al., 2006), kualitas hidup (Katz 2002) dan pekerjaan (Smith et al. 2001). Di Amerika Serikat, dampak ekonomi nyeri kronis diperkirakan senilai 61, 2 milyar dollar Amerika setiap tahun yang disebabkan waktu produktif yang hilang (Reyes-Gibby C 2008).

Saat ini penanganan nyeri kronis meliputi terapi farmakologi, non farmakologi dan terapi intervensi. Pemberian NSAIDs berkepanjangan menimbulkan komplikasi (Brattwall et al., 2010). Gejala yang muncul akibat komplikasi NSAIDs antara lain dispepsia, tukak lambung, dan perdarahan lambung ( Fujimori et al. 2010).

Analgesik opioid adalah obat yang paling efektif dan sering digunakan untuk mengurangi nyeri sedang sampai berat. Salah satu opioid endogen adalah  $\beta$ -endorfin yang paling utama dikode oleh *proopiomelanocortin* (POMC) (Koneru. A et al. 2009). Opioid menghambat produksi L-glutamat di terminal sentral aferen primer pada kornu dorsal medula spinalis dan juga menghambat

timbulnya potensial aksi pada terminal perifer aferen primer sehingga transmisi saraf tidak terjadi yang berakibat nyeri menurun. Hipotesa penelitian ini adalah penurunan nyeri inflamasi disebabkan ekspresi reseptor opioid mu, mengingat sel yang mengalami stres merangsang hipofise mengekspresikan proopiomelanocortin yang memicu  $\beta$ -endorfin. Reseptor utama  $\beta$ -endorfin adalah reseptor opioid mu.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimental dengan rancangan penelitian *post test only control group design*. Kelaikan etik diperoleh dari Fakultas Kedokteran Hewan Universitas Airlangga. Dua puluh empat tikus putih jenis Wistar (*Rattus norvegicus*) secara random dibagi menjadi tiga kelompok yang masing-masing kelompok terdiri dari 8 ekor tikus putih. Kelompok pertama adalah kelompok kontrol negatif yaitu tikus yang tidak mendapat apa-apa. Kelompok kedua adalah kelompok kontrol positif yaitu tikus yang hanya mendapat induksi nyeri Complete Freund's Adjuvant (CFA), sedangkan kelompok ketiga adalah kelompok perlakuan yaitu selain diinduksi nyeri juga dilakukan terapi bekam basah. Penelitian dilakukan di beberapa laboratorium yang berbeda. Pembuatan jaringan model dilakukan di Laboratorium Departemen Farmakognisi dan Sitokimia Fakultas Farmasi Universitas Airlangga. Pembuatan preparat dan foto dilakukan di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Pewarnaan teknik imunohistokimia dan penghitungan dilakukan di Laboratorium Biomolekuler dan Biokimia Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Model hewan nyeri inflamasi yaitu tikus putih diinjeksi 100  $\mu$ L CFA pada permukaan plantar kaki ipsilateral. Empat puluh delapan jam setelah induksi nyeri, model hewan nyeri inflamasi yang terjadi dilakukan terapi bekam kering pada kelompok perlakuan. Terapi bekam basah adalah pemberian tusukan dengan lancet kemudian diberi tekanan negatif sebesar - 200 mmHg pada kulit punggung bilateral selama 5 menit. Dua puluh empat jam setelah terapi bekam basah, hewan coba dikorbankan dan diambil jaringan medula spinalis.

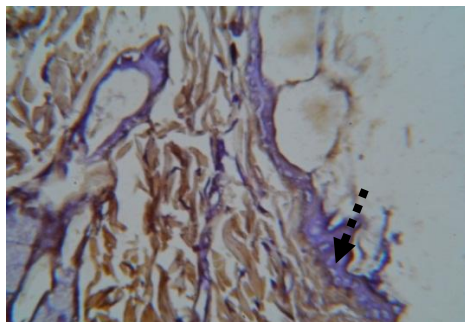
Ekspresi reseptor opioid mu adalah penilaian positif dengan teknik imunohistokimia menggunakan

antibodi monoklonal anti reseptor opioid mu. Penilaian dilakukan secara kuantitatif visual dengan mikroskop cahaya dengan pembesaran 1000 kali terhadap sel saraf di medula spinalis yang mengekspresikan reseptor opioid mu. Penghitungan dilakukan terhadap sel saraf yang imunoreaktif tercat coklat pada sitoplasma sel saraf pada dua puluh lapangan pandang yang berbeda. Hasil setiap perhitungan ditulis pada lembar kerja dan diambil nilai rata-rata per lapang pandang. Parameter nyeri diukur memakai alat *hot plate* (Ugo Basile) dengan suhu 51 °C berdasarkan waktu reaksi ambang nyeri yaitu waktu mulai kaki tikus menginjak *hot plate* sampai tikus menjilat kaki atau melompat. Data dianalisa dengan menggunakan *Anova Oneway*, *Brown-Forsythe*, *Gomes-Howell* dan *Pearson Correlation*.

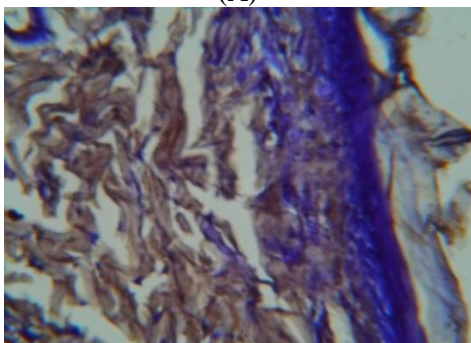
## HASIL

### Ekspresi HSP 70

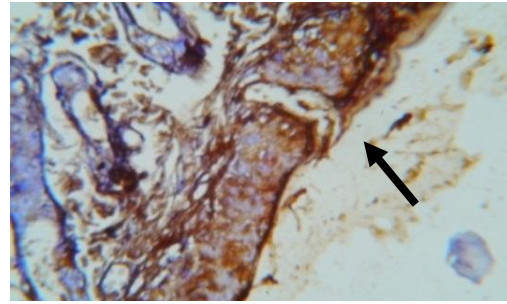
Hasil pemeriksaan preparat dengan teknik imunohistokimia menunjukkan peningkatan jumlah sel keratinosit yang mengekspresi HSP 70, ditandai dengan reaksi warna coklat terhadap antibodi anti HSP 70 pada kelompok terapi bekam basah dibandingkan kelompok kontrol (gambar 1).



(A)



(B)



(C)

Gambar 1. Sayatan jaringan kulit tikus putih dengan menggunakan antibodi monoklonal anti HSP 70 pada kelompok kontrol negatif (A), kelompok kontrol positif (B) dan kelompok terapi bekam basah (C).

Pembesaran 400 x dengan mikroskop cahaya dan kamera Merk Olympic. Negatif : sel keratinosit tidak memberikan reaksi warna coklat. Positif : sel keratinosit memberi reaksi warna coklat terhadap antibodi monoklonal anti  $\beta$ -endorfin.

..... : Negatif

————— : Positif

Hasil penghitungan sel keratinosit yang mengekspresikan HSP 70 pada kelompok kontrol negatif, kelompok kontrol positif, kelompok terapi bekam kering dan kelompok terapi bekam basah ditunjukkan pada tabel 1.

Tabel 1. Rerata dan simpang baku ekspresi HSP 70 pada sel keratinosit masing-masing kelompok.

Kelompok	HSP 70 (jml. sel/ lap. pandang/ pemb.1000x)				Anova Oneway (p)
	X	SD	Min	Maks	
Kontrol negatif	5,62 <sup>a</sup>	1,84	3	8	p < 0,001
Kontrol positif	10,50 <sup>b</sup>	2,44	6	14	
Terapi bekam basah	20,25 <sup>c</sup>	3,53	13	24	

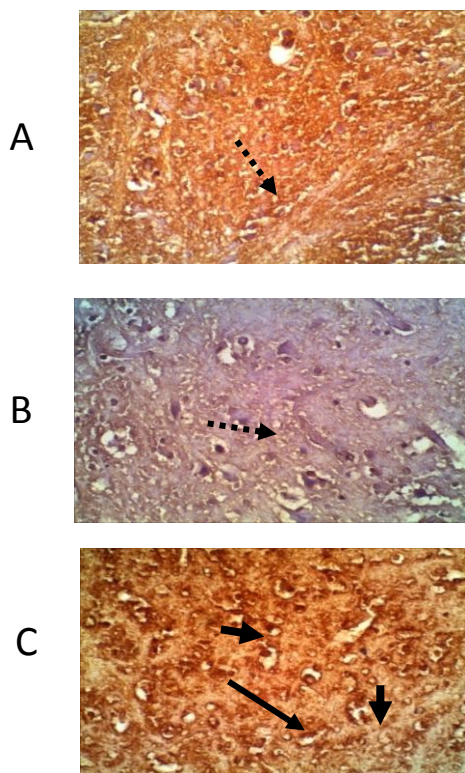
Keterangan : Signifikan pada  $\alpha = 0,05$ . *Superscript* yang berbeda menunjukkan ada perbedaan antar kelompok (berdasarkan LSD).

Uji normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov ekspresi HSP 70 pada semua kelompok menunjukkan data berdistribusi normal ( $p > 0,05$ ). Uji homogenitas dengan *Levene's test* menunjukkan ekspresi HSP 70 antar kelompok mempunyai variansi yang homogen ( $p > 0,05$ ). Pengujian dengan *Anova Oneway* antar kelompok perlakuan

menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $p < 0,05$ ). Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan terapi bekam basah meningkatkan ekspresi HSP 70 dibandingkan kontrol.

### Ekspresi Reseptor Opioid Mu

Hasil pemeriksaan preparat dengan teknik imunohistokimia menunjukkan peningkatan jumlah sel saraf di medula spinalis yang mengekspresi reseptor opioid mu yang memberi reaksi warna coklat terhadap antibodi anti reseptor opioid mu pada kelompok terapi bekam basah dibandingkan kelompok kontrol (gambar 2).



Gambar 2. Sayatan jaringan medula spinalis tikus putih dengan menggunakan antibodi monoklonal anti reseptor opioid mu pada kelompok kontrol negatif (A), kelompok kontrol positif (B) dan kelompok terapi bekam basah (C).

Pembesaran 400 x dengan mikroskop cahaya dan kamera Merk Olympic. Negatif : sel keratinosit tidak memberikan reaksi warna coklat. Positif : sel keratinosit memberi reaksi warna coklat terhadap antibodi monoklonal anti  $\beta$ -endorfin.

.....➔ Negatif      ➔ Positif

Uji normalitas dengan dengan Kolmogorov-Smirnov ekspresi reseptor opioid mu pada semua kelompok menunjukkan data berdistribusi normal ( $p > 0,05$ ). Uji homogenitas dengan *Levene's test* menunjukkan ekspresi reseptor opioid mu antar kelompok mempunyai varians yang homogen ( $p > 0,05$ ). Pengujian dengan *Anova Oneway* antar kelompok perlakuan menunjukkan perbedaan yang signifikan ( $p < 0,05$ ).

Hasil uji LSD menunjukkan bahwa ada perbedaan antara kelompok kontrol negatif dan kelompok kontrol positif. Antara kelompok terapi bekam basah terdapat perbedaan yang bermakna dengan kelompok kontrol positif.

Tabel 2. Rerata dan simpang baku ekspresi reseptor opioid mu pada sel saraf masing-masing kelompok.

Kelompok	Reseptor opioid mu (jml. sel/ lap. pandang/ pemb.1000x)				Anova Oneway (p)
	X	SD	Min	Maks	
Kontrol negatif	10,62 <sup>a</sup>	3,92	3	16	p < 0,001
Kontrol positif	4,25 <sup>b</sup>	3,58	7,5	18	
Terapi bekam basah	21,00 <sup>c</sup>	6,34	14,30	30	

### Waktu Reaksi Ambang Nyeri

Uji normalitas dengan dengan Kolmogorov-Smirnov waktu reaksi ambang nyeri pada semua kelompok menunjukkan data berdistribusi normal ( $p > 0,05$ ). Uji homogenitas dengan *Levene's test* menunjukkan waktu reaksi ambang nyeri antar kelompok mempunyai variansi yang tidak homogen ( $p < 0,05$ ). Karena *Levene's test* menunjukkan hasil yang tidak homogen maka dilakukan uji *Brown-Forsythe*. Uji *Brown-Forsythe* menunjukkan hasil yang signifikan ( $p < 0,05$ ) sehingga perhitungan antar kelompok digunakan uji *Games-Howell*. Hasil uji *Games-Howell* menunjukkan tidak ada perbedaan antara kelompok kontrol negatif dan kontrol positif ( $p = 0,764$ ). Terdapat perbedaan antara kelompok kontrol negatif dan terapi bekam basah (0,002). Terdapat perbedaan antara kelompok kontrol positif dan terapi bekam basah (0,003). Berdasarkan analisis data di atas terapi bekam basah meningkatkan waktu reaksi ambang nyeri.

### Korelasi ekspresi HSP 70, reseptor opioid mu dan waktu reaksi ambang nyeri

Uji korelasi Pearson menunjukkan terdapat korelasi antara ekspresi HSP 70 dan

ekspresi reseptor opioid mu ( $\beta = 0,687$ ;  $p = 0,000$ ). Terdapat korelasi antara ekspresi reseptor opioid mu dengan waktu reaksi ambang nyeri ( $\beta = 0,617$ ;  $p = 0,001$ ).

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan terapi bekam basah meningkatkan ekspresi HSP 70, reseptor opioid mu dan waktu reaksi ambang nyeri. Pada penelitian ini terapi bekam basah meningkatkan waktu reaksi ambang nyeri yang artinya bahwa hewan coba lebih tahan terhadap paparan panas. Penelitian efek terapi bekam basah pada hewan coba belum pernah ada. Penelitian pada manusia menunjukkan bahwa terapi bekam basah efektif untuk menurunkan nyeri kepala (Ahmadi et al. 2008), *brachialgia parasthetica nocturna* (Ludtke et al. 2006), *carpal tunnel syndrome* (Michalsen. A et al. 2009), nyeri punggung bawah (Farhadi et al. 2009). Peningkatan ekspresi HSP 70 berhubungan dengan peningkatan ekspresi  $\beta$ -endorfin.

Tusukan pada kulit menyebabkan membran sel keratinosit rusak. Kerusakan jaringan akibat tusukan menimbulkan reaksi inflamasi yaitu pengeluaran mediator-mediator inflamasi antara lain bradikinin, prostaglandin, leukotrien, serotonin, histamin, substansi P, tromboksan, platelet-activating factor (PAF), adenosin dan adenosine triphosphat (ATP), proton dan radikal bebas (Dougherly dan Raja, 2011). Shah dan kawan-kawan menunjukkan bahwa prostaglandin E2 memicu ekspresi HSP 70.

Pada mamalia, aktivasi *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis merupakan respon endokrin utama terhadap stres dan ditandai peningkatan *corticotropin releasing hormon* (CRH). Pada sel *corticotrophs* hipofise, CRH berikatan dengan reseptor CRHR1 menstimulasi transkripsi gen *proopiomelanocortin* (POMC). *Proopiomelanocortin* merupakan progenitor *adrenocortropic hormone* (ACTH) dan  $\beta$ -endorfin (Slominski et al., 2000). Meer dan kawan-kawan (1996) melakukan penelitian pada tikus yang diinduksi IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  dan IL-6 dan dilaporkan bahwa IL-1 $\beta$ , IL-6 dan TNF- $\alpha$  memicu ekspresi CRH, dimana IL-1 $\beta$  lebih kuat memicu ekspresi CRH dibandingkan IL-6 dan TNF- $\alpha$ . Hasil penelitian melaporkan bahwa induksi NF $\kappa$ B pada sel *corticotrophs* hipofise memicu gen POMC melalui CRH (Karalis et al. 2004). Hasil penelitian didapatkan bahwa bahwa NF $\kappa$ B secara langsung mengikat gen POMC untuk menstimulasi

transkripsi POMC (Jang PG, Namkoong C, Kang GM, Hur MW, Kim SW, Kim GH, Kang Y, Jeon MJ, Kim EH, Lee MS, Karin M, Baik JH, Park JY, Lee KU 2010). Hasil penelitian didapatkan bahwa induksi IL-1 $\beta$  pada sel hipofise menstimulasi ekspresi  $\beta$ -endorfin namun tergantung dosis dan waktu (Fagarasan, et al. 1989). Pada 12 jam pasca induksi IL-1 $\beta$  tidak terjadi sekresi  $\beta$ -endorfin, baru setelah 24 jam  $\beta$ -endorfin tersekresi. Pada dosis 1pM IL-1 $\beta$  tidak terjadi sekresi  $\beta$ -endorfin, sedangkan dosis 1nM IL-1 $\beta$  terjadi sekresi  $\beta$ -endorfin (Fagarasan et al. 1989). Hasil penelitian dilaporkan bahwa  $\beta$ -endorfin mengaktifkan reseptor opioid mu (Gharagozlou P et al. 2006).

Pada uji korelasi Pearson menunjukkan adanya korelasi antara peningkatan ekspresi HSP 70 dengan peningkatan reseptor opioid mu. Peneliti menduga regangan dan tusukan menyebabkan HSP 70 terekspresi sehingga memicu ekspresi reseptor opioid mu. Pada uji korelasi juga ditunjukkan adanya korelasi antara peningkatan ekspresi reseptor opioid mu dengan waktu reaksi ambang nyeri.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Terjadi peningkatan ekspresi HSP 70 dan reseptor opioid mu pada terapi bekam basah. Terdapat korelasi antara peningkatan ekspresi HSP 70 dan peningkatan ekspresi reseptor opioid mu. Terdapat korelasi antara peningkatan reseptor opioid mu dengan peningkatan waktu reaksi ambang nyeri.

### Saran

Terapi bekam basah dapat digunakan sebagai alternatif terapi untuk menurunkan tingkat nyeri, namun uji coba pada manusia masih perlu diteliti lebih lanjut.

## KEPUSTAKAAN

- A, A., DC, S. & M, R., 2008. The efficacy of Wet-Cupping in the treatment of Tension and Migraine Headache. *The American Journal of Chinese Medicine*, pp.37–44.
- A, K., S, S. & S, R., 2009. Endogenous Opioids: Their Physiological Role and Receptors. *Global Journal of Pharmacology*, p.3( 3): 149–153.
- A, M. et al., 2009. Effects of Traditional Cupping Therapy in Patients with Carpal Tunnel Syndrome. *The Journal of Pain*,

- p.10: 1–8.
- BH, S. et al., 2001. *The Impact of Chronic Pain in the Community. Family Practice*,
- CB, J. et al., 2010. The Prevalence of Chronic Pain in United States Adult: Result of Internet-Based Survey. *The Journal of Pain*, p.11: 1230–1239.
- DK, O., 2010. Hijama, or cupping. Greek Medicine.net. Available at: [http://www.greekmedicine.net/therapies/Hijam\\_or\\_Cupping.html](http://www.greekmedicine.net/therapies/Hijam_or_Cupping.html) [Accessed November 10, 2013].
- Gharagozlou P et al., 2006. Characterization of Endogenous Peptides at Mu, Delta and Kappa Opioid Receptors. In *Proceedings of the Western Pharmacology Society*. p. 49: 109–113.
- H, B. et al., Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, pp.287–333.
- J, D. et al., *Epidemiology of rheumatic disease in rural and urban populations in Indonesia : a World Health Organization League Against Rheumatism COPCORD study, stage 1, phase 2. Annals of the Rheumatism Diseases*,
- Jang PG, Namkoong C, Kang GM, Hur MW, Kim SW, Kim GH, Kang Y, Jeon MJ, Kim EH, Lee MS, Karin M, Baik JH, Park JY, Lee KU, K.Y. and K.M., 2010. NF-kB Activation in Hypothalamic Pro-opiomelanocortin Neurons Is Essential in Illness- and Leptin-Induced Anorexia. *The Journal of Biological Chemistry*, p.285(13): 9706–97115.
- K, F. et al., 2009. The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran. *Complementary Therapies in Medicine*. , p.17: 9–15.
- Kasmui, 2012. Bekam Pengobatan menurut Sunnah Nabi. Available at: [http://www.archive.org/details/BEKAM\\_Pengobatan\\_Menurut\\_Sunnah\\_Nabi](http://www.archive.org/details/BEKAM_Pengobatan_Menurut_Sunnah_Nabi).
- KP, K. et al., 2004. NF-kB Participates in the Corticotropin-releasing, Hormone-induced Regulation of the Pituitary Proopiomelanocortin Gene. *The Journal of Biological Chemistry*, p.279(12): 10837–10840.
- MO, F., R, E. & J, A., 1989. Interleukin-1 potentiates the secretion of  $\beta$ -endorphin induced by secretagogues in amouse pituitary cell line (AtT-20). In *Proceedings of the National Academy of Science*. p. 86: 2070–2073.
- N, K., 2002. The Impact of Pain Management on Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, p.24: S38–S47.
- P, C., FM, B. & D, W., 2010. *The global occurrence of chronic pain. In: Croft P, Blyth FM and Windt D eds, Chronic Pain Epidemiology*, Oxford University Press.
- R, L. et al., 2006. *Brachialgia paraesthetica nocturna can be relieved by wet cupping. Complementary Therapies in Medicine*,
- Reyes-Gibby C, T.-V.I. and C.R., 2008. *Epidemiology of chronic pain: classical to molecular approaches to understanding the epidemiology of pain. In (Wilson PR, Watson PJ, Haythornthwaite JA and Jensen TS, eds). Chronic Pa., London: Hodder Arnold*, pp.
- S, F., K, G. & C, S., 2010. *A review of Anti-Inflammatory Drug-Induces Gastrointestinal Injury. Pharmaceuticals*,
- Smith BH, H.J. and C.W., 1999. *Chronic pain in primary care. Famiy Practice*,
- WS, W. & R, F., 2011. Prevalence and Characteristics of Chronic Pain in the General Population of Hong Kong. *The Journal of Pain*, p.12: 236–245.



## PROFIL EKG PASIEN HIPERTENSI DI POLIKLINIK JANTUNG

*(ECG Profile of Hypertension patients in Outpatient Cardiac Unit)*

Fira Soraya\*, Elyana Asnar STP\*\*, Muhammad Aminuddin\*\*\*

\*Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, Surabaya

\*\*Departemen Faal Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, Surabaya

\*\*\*SMF Kardiologi Dan Kedokteran Vaskular, RSUD Dr. Soetomo, Surabaya

Email: firasorayaemail@gmail.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Sebanyak 31,7% penduduk Indonesia memiliki hipertensi. Hipertensi dapat mengakibatkan perubahan pada anatomi dan atau fungsi jantung yang dapat menyebabkan morbiditas dan atau mortalitas. Perubahan itu sendiri dapat dideteksi dengan elektrokardiografi (EKG). Berdasarkan alasan tersebut, tujuan dari studi ini adalah mengetahui profil EKG pasien hipertensi di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Metode:** Studi ini merupakan penelitian deskriptif observasional. Sampel penelitian didapatkan melalui data primer dan data sekunder dengan menggunakan teknik sampel total selama periode 1-31 Maret 2015. Data yang terkumpul diolah berdasarkan jenis kelamin, usia dan ada tidaknya hipertrofi ventrikel kiri jantung. **Hasil:** Terdapat 140 pasien hipertensi selama periode 1-31 Maret 2015. Prevalensi hipertensi didapatkan sama antara pria dan wanita. Prevalensi rentang usia tertinggi pasien hipertensi adalah usia 51-60 tahun. Dua Hasil EKG menunjukkan hipertrofi ventrikel kiri, dimana kedua hasil tersebut terdapat pada pria usia 55 tahun dan 61 tahun, dan 138 hasil EKG menunjukkan selain hipertrofi ventrikel kiri, seperti aritmia dan fibrilasi atrial. **Diskusi:** Hasil yang diperoleh dan telah diolah menunjukkan hasil yang sama antara pria dan wanita, dimana menurut beberapa penelitian yang telah ada terdapat perbedaan antara pria dan wanita. Hal ini kemungkinan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor.

**Kata kunci:** hipertensi, EKG, hipertrofi ventrikel kiri

### ABSTRACT

**Introduction:** It covers 31.7% of people with hypertension in Indonesia. Hypertension can cause changes in the anatomy and/or function of the heart, that may cause morbidity and/or mortality. The changes itself can be diagnosed with electrocardiography (ECG). Based on that background, the objective of this study is to recognize the ECG profile of hypertension patients in Cardiology Outpatient Clinic RSUD Dr. Soetomo Surabaya. **Method:** The design of this study was observational descriptive study. The samples were obtained through primary and secondary data from patients' medical history within the period of 1st until 31st March. The collected data was managed based on gender, age and the present of left ventricular hypertrophy. **Result:** There were 140 hypertension patients throughout this study period. The prevalence of hypertension was the same between men and women. The highest prevalence of hypertension was in age 51 to 60. Two ECG results showed left ventricular hypertrophy and 138 ECG results showed other than left ventricular hypertrophy, such as arrhythmia and atrial fibrillation. **Discussion:** The results show that there is no different between men and women, where other previous researches show that the result is different between men and women. This can be caused by many factors.

**Keywords:** hypertension, ECG, left ventricular hypertrophy

### PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global. Data WHO menunjukkan bahwa dari 57 juta kematian yang terjadi di dunia pada tahun 2008, sebanyak 36 juta kematian disebabkan oleh PTM. Penyakit tidak menular tersebut antara lain adalah penyakit jantung, stroke, kanker, penyakit pernapasan kronis, penyakit pencernaan dan diabetes. Salah satu penyakit tidak menular yang cukup memengaruhi angka kesakitan dan angka kematian adalah penyakit kardiovaskular (PKV). Tahun 2008 diestimasikan 17,3 juta kematian yang terjadi di negara maju dan negara berkembang disebabkan oleh PKV, dengan sekitar 80% kematian terjadi di negara berpendapatan rendah dan sedang. Tahun

2009, penyakit jantung menduduki peringkat tertinggi sebagai penyakit penyebab kematian. Di Indonesia, penyebab kematian terbanyak adalah penyakit kardiovaskular, yaitu sebesar 30% dan disusul dengan penyakit menular, maternal, perinatal dan gizi sebesar 28%.

Riskesdas pada tahun 2007 menyatakan bahwa salah satu PTM yang memiliki prevalensi cukup tinggi di Indonesia adalah hipertensi, yakni 31,7%. Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di negara maju maupun negara berkembang. Hasil pencatatan dan pelaporan rumah sakit (SIRS, Sistem Informasi Rumah Sakit) menunjukkan bahwa di Indonesia hipertensi menjadi kasus baru terbanyak PTM penyebab rawat jalan di rumah sakit, baik pada

tahun 2009 (3,66%) maupun 2010 (3,13%). Hipertensi menempati urutan pertama jumlah kasus PTM penyebab rawat inap di rumah sakit, baik pada tahun 2009 (4,19%) maupun 2010 (4,39%). Case Fatality Rate (CFR) hipertensi di rumah sakit di Indonesia mengalami peningkatan 0,5% pada tahun 2010. Tingkat kefatalan (CFR) hipertensi di rumah sakit di Indonesia pada tahun 2009 sebesar 3%, sedangkan pada tahun 2010 sebesar 3,5%. Seseorang dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg (JNC-7 2003). Hipertensi bersama dengan obesitas, hiperlipidemia, dan hiperglikemia, yang dikenal dengan istilah sindrom metabolik, dapat meningkatkan risiko PKV.

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kerusakan pada organ jantung yang penting baik bagi pria maupun wanita. Penelitian-penelitian terbaru melaporkan bahwa hipertrofi ventrikel kiri adalah perubahan tersering yang terjadi pada jantung akibat hipertensi dan dapat dideteksi melalui perekaman jantung dengan elektrokardiografi (EKG). Tujuan dari penelitian ini secara umum adalah mengetahui profil EKG pasien hipertensi di Unit Rawat Jalan Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 1-31 Maret 2015, terhitung 22 hari kerja. Selain itu penulis juga ingin mengetahui distribusi jenis kelamin dan usia pada pasien hipertensi di Unit Rawat Jalan Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 1-31 Maret 2015, terhitung 22 hari kerja.

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian potong lintang (*cross-sectional*) dengan menggunakan studi deskriptif observasional. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil dari rekam medik pasien, yaitu riwayat hipertensi, usia dan jenis kelamin pasien, serta data primer yaitu gambaran EKG terakhir pasien dan tekanan darah pasien saat itu yang diambil oleh dokter yang menangani pasien hipertensi di Unit Rawat Jalan Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 1-31 Maret 2015 dalam rentang waktu antara pukul 11.30-14.00 WIB. Data pasien yang diambil kemudian diolah dan dianalisis sesuai dengan kebutuhan penulis, seperti menggunakan uji Uji Signifikansi Mann

Whitney U untuk mengetahui adakah perbedaan yang bermakna antara hipertensi pada pria dan wanita. Variabel yang diteliti mencakup gambaran EKG pasien hipertensi, jenis kelamin dan usia pasien hipertensi.

## HASIL

Penelitian ini dilakukan di Unit Rawat Jalan Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada periode 1 – 31 Maret 2015, terhitung 22 hari kerja dan dalam rentang waktu antara pukul 11.30-14.00 WIB. Selama penelitian didapatkan 140 subjek kasus pasien hipertensi yang dilakukan perekaman EKG di hari yang sama dengan pengambilan data pasien.

Tabel 1. Distribusi jenis kelamin dan usia pasien hipertensi

Usia	Pria	Wanita	Frekuensi (n=140 pasien)
21-30	1	3	4
31-40	0	4	4
41-50			
41-44	2	3	5
45-50	8	13	21
51-60	22	26	48
61-70	26	15	41
71-80	9	6	15
81-90	1	1	2
Total	69	71	140

Distribusi jenis kelamin pasien hipertensi pada penelitian ini adalah pasien wanita (71 pasien atau mencakup 50,72% dari total pasien) berjumlah lebih banyak daripada pasien pria (69 pasien atau mencakup 49,28% dari total pasien). Distribusi usia pasien hipertensi pada penelitian ini yang terbanyak adalah pada rentang usia 51-60 tahun, yakni 48 pasien atau mencakup 34,29% dari total pasien dan jumlah terendah adalah rentang usia 81-90 tahun sebanyak 2 pasien atau mencakup 1,43% dari total pasien. Rentang usia 21-30 tahun sebanyak 4 pasien atau mencakup 2,86% dari total pasien, rentang usia 31-40 tahun sebanyak 4 pasien atau mencakup 2,86% dari total pasien, rentang usia 41-50 tahun sebanyak 26 pasien atau mencakup 18,57% dari total pasien, rentang usia 61-70 tahun sebanyak 41 pasien atau

mencakup 29,28% dari total pasien, dan rentang usia 71-80 tahun sebanyak 15 pasien atau mencakup 10,71% dari total pasien. Selanjutnya, untuk memudahkan pembahasan distribusi usia pasien hipertensi dibagi menjadi dua kelompok, yaitu <45 tahun dan  $\geq 45$  tahun. Usia <45 tahun sebanyak 13 pasien (9,29%) dan  $\geq 45$  tahun sebanyak 127 pasien (90,71%). Wanita usia <45 tahun lebih banyak menderita hipertensi dibanding dengan pria usia <45 tahun, sedangkan  $\geq 45$  tahun jumlah wanita dan pria yang menderita hipertensi hampir sama. Data TDS dan TDD pria dan wanita pada sampel penelitian ini kemudian diuji dengan *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* dan disimpulkan bahwa data tidak terdistribusi normal. Kemudian dilanjutkan dengan uji Mann Whitney U untuk menentukan tekanan darah pria dan wanita memiliki perbedaan yang signifikan atau tidak. Disimpulkan bahwa tekanan darah pria dan wanita memiliki perbedaan yang tidak signifikan atau dapat disimpulkan bahwa prevalensi tekanan darah pria dan wanita adalah sama. Hitungan rumus dapat dilihat pada lampiran III.

Tabel 2. Distribusi gambaran EKG pasien hipertensi

Gambaran EKG	Frekuensi (n=140 gambaran)
Hipertrofi ventrikel kiri	2
Bukan hipertrofi ventrikel kiri	138

Distribusi gambaran EKG pada penelitian ini mencakup hipertrofi ventrikel kiri dan selain hipertrofi ventrikel kiri. Gambaran EKG yang terbanyak adalah bukan hipertrofi ventrikel kiri, yakni sebesar 138 gambaran atau mencakup 98,57% dari total gambaran, dimana 138 gambaran tersebut terdiri dari gambaran EKG normal, aritmia, atrial fibrilasi dan gambaran-gambaran lain selain hipertrofi ventrikel kiri. Gambaran hipertrofi ventrikel kiri sebanyak 2 gambaran atau mencakup 1,43% dari total gambaran, di mana hal yang khas ditemukan dalam kedua gambaran EKG tersebut yang menunjukkan gambaran hipertrofi ventrikel kiri adalah jumlah gelombang S pada lead V1 dengan gelombang R pada lead V5/V6 (dipilih yang lebih tinggi) >35mm, hal ini sesuai dengan

kriteria Sokolow-Lyon untuk hipertrofi ventrikel kiri.

Pasien yang memiliki gambaran hipertrofi ventrikel kiri tersebut berusia 55 tahun dan 61 tahun. Pasien yang berusia 55 tahun memiliki tekanan darah 140/100 mmHg dengan riwayat mengetahui hipertensi 5 tahun dan pasien 61 tahun memiliki tekanan darah 145/98 mmHg dengan riwayat mengetahui hipertensi 10 tahun. Hal tersebut mendukung terjadinya hipertrofi ventrikel kiri. Data mengenai tekanan darah seluruh sampel dapat dilihat pada lampiran II.

Tabel 3. Distribusi riwayat diketahuinya hipertensi pasien hipertensi

Riwayat Diketahuinya Hipertensi	Frekuensi (n=140 pasien)
Tidak mengetahui / lupa	43
Mengetahui	
0-3 tahun	29
4-6 tahun	53
7-9 tahun	9
10-12 tahun	6

Pasien hipertensi yang mengetahui bahwa ia menderita hipertensi sebelumnya lebih banyak daripada pasien yang tidak mengetahui atau lupa bahwa ia menderita hipertensi sebelumnya. Sebanyak 43 pasien atau mencakup 30,71% dari total pasien mengaku tidak tahu atau lupa bahwa ia menderita hipertensi sebelumnya dan terdapat 97 pasien mengetahui bahwa ia menderita hipertensi sebelumnya atau mencakup 69,29% dari total pasien. Riwayat mengetahui memiliki hipertensi terdistribusi menjadi 4 kelompok, yaitu telah mengetahui memiliki hipertensi selama 0-3 tahun sebanyak 29 pasien atau mencakup 20,71% dari total pasien, telah mengetahui memiliki hipertensi selama 4-6 tahun sebanyak 53 pasien atau mencakup 37,86% dari total pasien, telah mengetahui memiliki hipertensi selama 7-9 tahun sebanyak 9 pasien atau mencakup 6,43% dari total pasien dan telah mengetahui memiliki hipertensi selama 10-12 tahun sebanyak 6 pasien atau mencakup 4,29% dari total pasien.

## PEMBAHASAN

Melalui uji perbedaan Mann Whitney U disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tekanan darah sistolik dan diastolik yang menjadi komponen dalam perhitungan

hipertensi yang signifikan antara wanita dengan pria. Hal ini dapat disebabkan perbedaan jumlah wanita dan pria yang menjadi subjek penelitian ini tidak terlalu jauh berbeda. Selain itu, banyak dari subjek penelitian yang merupakan pasien lama atau telah lama mengetahui bahwa ia memiliki hipertensi sehingga dapat diasumsikan bahwa telah ada pengontrolan akan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik sehingga tidak ditemukan perbedaan yang signifikan atau dapat disimpulkan bahwa prevalensi tekanan darah pria dan wanita adalah sama.

Berdasarkan data yang telah diolah, rentang usia yang paling banyak menderita hipertensi adalah pasien yang berusia 51-60 tahun yakni sebanyak 48 pasien (34,29%). Rentang usia 61-70 tahun menempati urutan kedua dengan jumlah 41 pasien (29,28%) dan rentang umur 41-50 tahun menempati urutan ketiga dengan jumlah 26 pasien (18,57%). Selanjutnya, untuk memudahkan pembahasan distribusi usia pasien hipertensi dibagi menjadi dua kelompok, yaitu <45 tahun dan  $\geq$ 45 tahun. Usia <45 tahun sebanyak 13 pasien (9,29%) terdiri dari 3 pasien pria dan 10 pasien wanita dan  $\geq$ 45 tahun sebanyak 127 pasien (90,71%) terdiri dari 66 pasien pria dan 61 pasien wanita.

Pasien hipertensi akan meningkat prevalensinya seiring dengan penambahan usia (Rampal et al. 2008) Di Pulau Jawa, prevalensi pasien hipertensi terbanyak adalah rentang usia  $\geq$ 45 tahun (Setiawan 2006) Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh (Pradono n.d, 2010). Prevalensi pasien hipertensi di daerah perkotaan lebih tinggi pada rentang usia  $\geq$ 45 tahun. Perubahan struktur pada pembuluh darah besar yang disebabkan oleh peningkatan tekanan darah sistolik dan mengakibatkan lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku akan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi (Muhammadun 2010). Seiring dengan pertambahan usia, pembuluh darah akan menjadi lebih kaku dan menurunkan elastisitas pembuluh darah tersebut. Pembuluh darah yang menjadi lebih kaku dan menurunnya elastisitas memaksa darah pada setiap denyut jantung untuk melalui lumen yang sempit daripada biasanya (Susalit 2001). Hal ini yang menyebabkan pada usia

pertengahan (>40 tahun), risiko untuk terjadi hipertensi meningkat (Krummel 2004).

Berdasarkan data dan gambaran EKG pasien hipertensi terdapat 2 pasien dengan hipertrofi ventrikel kiri, di mana kedua pasien tersebut adalah pria. Kedua pasien pria yang memiliki gambaran hipertrofi ventrikel kiri pada rekaman EKG berusia 55 tahun dan 61 tahun. Prevalensi gambaran EKG hipertrofi ventrikel kiri meningkat sesuai dengan peningkatan umur, sedikit lebih dominan pada pria dan 1 dari 10 orang dalam rentang usia 30-62 tahun diduga memiliki hipertrofi ventrikel kiri selama 12 tahun (Kannel 1983). Hal tersebut sesuai dengan hasil yang didapat dalam penelitian ini, dimana terdapat 2 pasien pria berusia 55 tahun dan 61 tahun yang memiliki gambaran EKG hipertrofi ventrikel kiri. Hal yang khas ditemukan dalam gambaran EKG kedua pasien tersebut yang menunjukkan gambaran hipertrofi ventrikel kiri adalah jumlah gelombang S pada lead V1 dengan gelombang R pada lead V5/V6 (dipilih yang lebih tinggi) >35mm, hal ini sesuai dengan kriteria (Sokolow, M. dan Lyon 1949) untuk hipertrofi ventrikel kiri.

Hanya didapatkan dua gambaran hipertrofi ventrikel kiri dapat disebabkan karena banyak dari pasien yang terdiagnosa hipertrofi ventrikel kiri tidak dilakukan perekaman EKG di hari yang sama dengan penulis mengambil data sehingga rekaman EKG tersebut tidak terdata. Selain itu, jika pada pasien terdapat hipertrofi/pembesaran ventrikel kiri dan ventrikel kanan dengan besar vektor yang sama di mana akan menghasilkan resultan = 0 maka gambaran EKG yang muncul adalah gambaran EKG normal, sehingga hipertrofi ventrikel kiri tidak dapat terbaca (Aminuddin, 2015).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Berdasarkan data pada penelitian ini, jumlah pasien hipertensi secara statistik ditemukan sama pada pria dan wanita, dengan penderita hipertensi paling banyak didapatkan pada rentang usia 51-60 tahun. Hal tersebut bertentangan dengan berbagai hasil penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa terdapat perbedaan antara pria dan wanita.

### Saran

Diperlukan penelitian serupa dengan jumlah subjek penelitian yang lebih banyak dengan lama waktu penelitian lebih panjang serta dengan menggunakan gambaran EKG pasien hipertensi yang lebih dikembangkan, tidak hanya hipertrofi ventrikel kiri saja, mengingat banyak perubahan yang dapat terjadi pada jantung dikarenakan oleh hipertensi.

### KEPUSTAKAAN

JNC-7, 2003. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA*, pp.2560–2571.

Kannel, W.B., 1983. Prevalence and natural history of electrocardiographic left ventricular hypertrophy. *The American Journal of Medicine*, 75(3), p.hal. 4–11.

Krummel, D.A., 2004. *Medical nutrition therapy in hypertension, dalam: Mahan, L. K. dan Escott-Stump* (eds). 200., USA:

Saunders Co.

Muhammadun, A.S., 2010. *Hidup bersama hipertensi*, Yogyakarta: iN-Books.

Pradono, J., Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya hipertensi di daerah perkotaan (analisis data riskesdas 2007). *Gizi Indonesia*, 33(1), p.hal. 59–66.

Rampal, L. et al., 2008. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Malaysia: a national study of 16,440 subjects. *Public Health*, 122(1), p.hal. 11–18.

Setiawan, Z., 2006. Prevalensi dan determinan hipertensi di Pulau Jawa tahun 2004. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 1(2).

Sokolow, M. dan Lyon, T.P., 1949. The ventricular complex in left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar precordial and limbs leads. *American Heart Journal*, 37(2), p.hal. 161–186.

Susalit, E., 2001. *Hipertensi primer dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Ed. 3 Vol., Jakarta: Balai Penerbit FK-UI.

# MODEL KESEHATAN KESELAMATAN KERJA BERBASIS AGRICULTURAL NURSING: STUDI ANALISIS MASALAH KESEHATAN PETANI

*(Occupational Health Nursing Model-Based Agricultural Nursing: A Study Analyzes of Farmers Health Problem)*

Tantut Susanto\*, Retno Purwandari\*\*, Emi Wuri Wuryaningsih\*\*\*

\*Departemen Keperawatan Keluarga dan Komunitas, PSIK Universitas Jember.

\*\*Departemen Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan, PSIK Universitas Jember.

\*\*\*Departemen Keperawatan Jiwa, PSIK Universitas Jember.

Email: tantut\_s.psik@unej.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Mayoritas tenaga kerja Indonesia di daerah pedesaan bekerja di sektor pertanian yang berisiko untuk masalah kesehatan yang berkaitan dengan interaksi petani dan lingkungan. Hal ini diperlukan untuk mendekati keselamatan kesehatan berdasarkan pada perawatan kesehatan primer untuk mencegah dan mengurangi risiko kecelakaan atau penyakit. Studi ini mengidentifikasi masalah kesehatan petani dan faktor mereka untuk mengembangkan kerja keperawatan pertanian berbasis model keperawatan kesehatan di daerah pedesaan Jember. **Metode:** Penelitian cross-sectional dari 169 petani dilakukan untuk menyelidiki sosiodemografi, gaya hidup, lingkungan hidup dan bekerja, status kesehatan dan masalah kesehatan. Data yang dikumpulkan oleh kuesioner diberikan diri, penilaian fisik, dan tes darah. Analisis deskriptif dan komparatif meliputi tes chi-square dan analisis regresi logistik dan multinomial digunakan untuk menilai hubungan antara faktor kehadiran masalah kesehatan. **Hasil:** Ada perbedaan antara sosiodemografi, lingkungan hidup dan bekerja dan masalah kesehatan petani ( $p < 0,05$ ). Hampir 37,9% dari petani adalah penyakit. Di antara 28,5% dari berat badan dan 9,5% dari kelebihan berat badan yang berhubungan dengan usia, minum kopi, dan kelebihan sehari-hari bekerja. 62,6% dari anemia yang berhubungan dengan gender dan kebiasaan merokok. Sementara itu, 45,2% hipertensi sistolik dan 35,8% hipertensi diastolik yang disebabkan oleh bekerja overload. Selanjutnya, 50,3% dari nyeri pada bergabung dan tulang yang berhubungan dengan usia dan reses bekerja. **Diskusi:** Masalah kesehatan petani ditandai masalah gizi, anemia, hipertensi, dan rasa sakit yang terkait dengan lingkungan sosiodemografi biologis, psikologis, dan bekerja. Model keperawatan pertanian bisa mengembangkan untuk assesment faktor terkait yang dirumuskan diagnosa masalah kesehatan pada petani di daerah pedesaan.

**Kata kunci:** keperawatan pertanian; keperawatan kesehatan kerja; petani; masalah kesehatan

## ABSTRACT

**Introduction:** The majority of Indonesian labor force at rural area works in the agricultural sector that risk for health problems related to interaction of farmer and environment. It is necessary to approach health care safety based on primary health care for to prevent and reduce the risks of accidents or illness. This study identifies farmer's health problem and their factors for developing occupational health nursing model-based agricultural nursing at rural area of Jember. **Methods:** A cross-sectional study of 169 farmers was done to investigate sociodemographic, lifestyles, environment of living and worked, health status and health problem. Data collected by the self administered questionnaire, physical assessment, and blood test. The descriptive and comparative analyses include chi-square tests and logistic and multinomial regression analyses were used to assess the relationships between factors to the presence of health problems. **Results:** There was differences between sociodemographic, environment of living and worked and the health problems of farmers ( $p < 0.05$ ). Almost 37.9% of farmers is illness. Among 28.5% of underweight and 9.5% of overweight that related to age, drink of coffee, and excess day of work. 62.6% of anemia that related to gender and smoking habit. Meanwhile, 45.2% of systolic hypertension and 35.8% diastolic hypertension that caused by worked of overload. Furthermore, 50.3% of pain on joint and bone related to age and recess of worked. **Discussion:** The health problems of farmers was characterized of nutritional problem, anemia, hypertension, and pain that related to sociodemographic environment of biologic, psychologic, and worked. Agricultural nursing model could be develop for assesment of related factors that formulated diagnoses of health problems on farmers at rural area.

**Keywords:** agricultural nursing; occupational health nursing; farmer; health problem

## PENDAHULUAN

Hasil survei BPS Kabupaten Jember dominasi penggunaan lahan adalah kegiatan pertanian yakni seluas 5.099,283 Ha atau 51,47% dari total luas wilayah (Badan Pusat Statistik, 2014). Pertanian dilihat sebagai suatu yang potensial dalam kontribusinya terhadap perekonomian di Indonesia dan juga dinilai dapat memiliki berbagai macam risiko

kesehatan dalam pelaksanaan, hal tersebut dikarenakan pekerjaan petani masih belum memiliki standart Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3).

Laporan *International Labor Organisation* (ILO), 6.000 kasus K3 fatal terjadi setiap harinya dan setiap 100.000 tenaga kerja terdapat 20 orang terkena kasus K3 fatal di Indonesia. Kerugian yang harus ditanggung akibat kecelakaan

kerja di negara berkembang mencapai 4% dari *Gross National Product* (GNP) (Depnakertrans, 2012). Sementara itu, rata-rata 2,2 juta orang meninggal per tahun akibat sakit atau kecelakaan yang berkaitan dengan pekerjaan mereka (Suardi, 2005).

Pekerja sektor informal di Indonesia dilaporkan terkena berbagai masalah kesehatan seperti malnutrisi, penyakit akibat parasit (misalnya cacingan), asma, alergi kulit, kanker, keracunan bahan kimia, keracunan makanan, gangguan otot dan tulang, gangguan saluran pernafasan, penyakit kelenjar getah bening, dan penyakit darah. Risiko bahaya yang dihadapi di tempat kerja antara lain meliputi kebisingan, vibrasi, radiasi panas, kurangnya pencahayaan, pemasangan alat berbahaya tanpa menggunakan Alat Perlindungan Diri (APD) untuk aspek keselamatan, menghirup debu dan terkena bahan kimia berbahaya, serta ergonomik yang buruk (Markkanen, 2004).

K3 dinilai dapat mengurangi resiko munculnya Penyakit Akibat Kerja (PAK). Program K3 di terapkan dalam bentuk Unit Kesehatan Kerja (UKK) di setiap puskesmas (Zaenal, et al., 2008) dengan mengenali hal-hal yang berpotensi menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta tindakan antisipatif terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja (Lestari, 2007). Pendekatan Perawatan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (PK3) berbasis agricultural nursing di puskesmas bertujuan untuk peningkatan pelayanan kesehatan kerja untuk lebih diarahkan pada partisipasi masyarakat. Pendekatan ini diharapkan dapat memenuhi kebutuhan untuk membentuk atau mendirikan unit perawatan kesehatan primer dalam masyarakat melalui pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif melalui pendekatan asuhan keperawatan di komunitas dengan pendekatan pada kelompok khusus pekerja. Berdasarkan paparan tersebut diatas, penelitian ini bertujuan untuk: 1) mengidentifikasi faktor-faktor yang mengakibatkan masalah kesehatan petani; 2) mengidentifikasi prevalensi masalah kesehatan petani; dan 3) menyusun model perawatan kesehatan keselamatan kerja berbasis agricultural nursing yang difokuskan pada pengkajian faktor dan masalah kesehatan di area rural Kabupaten Jember.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan desain studi cross-sectional pada 169 petani di dua wilayah

kerja puskesmas dengan dominasi sektor pertanian di daerah rural yang menerapkan UKK dengan binaan kelompok tani di Kabupaten Jember. Penelitian ini berlangsung selama 3 bulan (Juni-Agustus 2015). Sampel diambil secara multi stage random sampling. Penelitian ini merupakan penelitian multi tahun, dimana pada tahun pertama ini peneliti berfokus pada identifikasi faktor dan masalah sehingga dapat dirancang model perawatan K3 dengan menekankan pada pengkajian dan masalah. Data penelitian dikur dengan menggunakan kuesioner untuk mengukur setiap variabel yang mempengaruhi permasalahan kesehatan petani dan masalah penyakit yang ditimbulkannya.

Data sosial demografi (umur, jenis kelamin, suku, dan pendidikan), gaya hidup (merokok, minum kopi, dan makanan berlemak), lingkungan tempat tinggal (kondisi rumah, ventilasi dan sirkulasi, keadaan air, MCK, dan lingkungan sekitar), lingkungan psikologis (lama tinggal dan kenyamanan tinggal), dan lingkungan dan keadaan di tempat kerja petani (lama kerja, istirahat, hari kerja, beban kerja, APD, posisi kerja atau ergonomis) diukur dengan menggunakan kuesioner.

Status sehat sakit diukur dengan melakukan pengkajian fisik langsung. Masalah kesehatan terkait status nutrisi diukur melalui tinggi badan ( $m^2$ ) dan berat badan (kg) dengan menggunakan timbangan digital dari Omron yang kemudian dikonversi menjadi indeks masa tubuh (IMT). Hasil IMT diklasifikasikan untuk menentukan status nutrisi (*underweight*: IMT kurang dari 18.5; Normal: IMT 18.5-24.9; *Overweight*: IMT 25-27; dan *Obesity*: IMT lebih dari 27; kemudian, *overweight* and *obesity* dikelompokkan menjadi satu yaitu *overweight*.

Pengukuran tekanan darah dilakukan untuk mengidentifikasi hipertensi baik sistolik dan diastolik dengan menggunakan tensi meter air raksa dari Omron. Pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik (mmHg) dikategorikan berdasarkan JNC VII untuk menentukan status hipertensi, yaitu: Hipertensi Sistolik (normal <120 mmHg; pre hipertensi 120-139 mmHg; hipertensi *stage I* 140-159 mmHg dan hipertensi *stage II* >160 mmHg). Hipertensi diastolik (normal < 80 mmHg; pre hipertensi 80-89 mmHg; hipertensi *stage I* 90-99 mmHg dan hipertensi *stage II* >100 mmHg).

Pengukuran kadar Hb dilakukan untuk mengetahui status anemia diukur dengan

Hemocue. Anemia dikategorikan berdasarkan hasil pengukuran kadar Hb (Anemia: Hb kurang dari 12 gr/dl dan normal jika Hb lebih dari 12 gr/dl). Pemeriksaan fisik sendi dan tulang ekstremitas atas dan bawah serta tulang belakang dilakukan untuk mengetahui nyeri tulang dan sendi. Hasil pengukuran dikategorikan nyeri apabila mengalami keluhan nyeri pada tulang dan sendi kurang lebih 1 minggu terakhir atau tidak.

Peralatan pengukuran berat badan dan tinggi badan, tekanan darah, dan kadar Hb telah dilakukan uji kalibrasi terlebih dahulu sebelum digunakan. Adapun kriteria sampel penelitian ini adalah petani yang berusia lebih dari 17 tahun, bekerja sebagai petani minimal satu tahun di wilayah kerja puskesmas penelitian berlangsung dan terdaftar sebagai anggota kelompok tani serta bersedia menjadi responden. Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan terlebih dahulu menjelaskan tujuan penelitian kepada partisipan dan dilanjutkan dengan pemberian inform consent apabila bersedia menjadi partisipan.

Pengambilan data dilakukan di balai kelompok tani di lingkungan terdekat partisipan. Setelah responden bersedia kemudian diberikan kuesioner untuk responden isi terkait dengan data sosial demografi, gaya hidup, karakteristik lingkungan tempat tinggal dan lingkungan pekerjaan. Setelah responden selesai mengisi kuesioner dilakukan pemeriksaan fisik, dan pengukuran tinggi badan dan berat badan, tekanan darah, dan kadar Hb di ruangan pemeriksaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Pengambilan data dari awal sampai selesai dibutuhkan waktu kurang lebih 30 menit untuk setiap responden. Dalam penelitian ini telah mendapatkan ijin dari Lembaga Penelitian Universitas Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dengan tetap mempertahankan prinsip etika penelitian terkait dengan kejujuran, kerahasiaan, dan keteradilan, dan kemanfaatan penelitian.

Data dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat berupa statistik deskriptif, seperti frekuensi dan prosentase digunakan untuk menganalisis data kategorik, sedangkan mean dan standard deviasi digunakan untuk menganalisis data kontinyu, sehingga dapat diketahui prevalensi masalah kesehatan petani. Analisis bivariat berupa analisis komparatif digunakan uji chi-square tests dalam mengidentifikasi variabel yang berhubungan dengan kesehatan petani. Analisis multivariat digunakan analisis regresi logistik dan multinomial untuk menggambarkan

model perawatan kesehatan kerja (pengkajian dan diagnosis atau masalah kesehatan).

## HASIL

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data prevalensi masalah kesehatan beserta dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan munculnya masalah kesehatan. Petani yang mengalami gizi kurus adalah 28.5% dengan karakteristik usia lebih dari 60 tahun (43.1%) dan mengkonsumsi kopi (60.8%) yang berhubungan dengan jumlah hari kerja yang lebih dari lima hari per minggu (58.8%) dan karakteristik lingkungan fisik yang tidak sehat. Petani yang mengalami gizi lebih adalah 9.5% dengan usia 41-59 tahun (58.8%) yang berhubungan dengan jumlah hari kerja yang kurang dari 5 hari per minggunya (76.5%).

Petani yang mengalami anemia adalah 62.6% dengan jenis kelamin laki-laki (81.3%) dan merokok (46.8%) yang berhubungan dengan jumlah hari kerja yang lebih dari 5 hari per minggu (64.3%) dan posisi atau sikap kerja yang tidak ergonomi (57.1%). Permasalahan tekanan darah atau hipertensi sistolik adalah pre hipertensi sistolik (20.1%) dan hipertensi sistolik grade 1 dan 2 (25.1) serta hipertensi diastolik grade 1 dan 2 (35.8%) yang berkaitan dengan gaya hidup merokok (55.6%), makanan berlemak (55.6%) dan tinggi garam (60%) serta berhubungan dengan beban atau stress kerja (58.3%) dan tidak menggunakan APD (64.4%).

Petani yang mengalami nyeri persendian dan tulang sebanyak 50.3% yang berhubungan dengan usia antara 41-59 tahun (44.4%), istirahat kerja yang kurang dari 30 menit tiap bekerja (70%) dan posisi kerja yang tidak ergonomis (54.4%). Petani yang mengalami sakit sebesar 39.7% dengan karakteristik tidak bersekolah (53.5%) dan merokok (56.3%) serta berhubungan dengan lingkungan kerja seperti stress kerja (57.7%) dan lingkungan tempat tinggal yang tidak sehat, seperti kualitas air minum yang tidak sehat (88.7%).

Didapatkan data bahwa faktor risiko dan faktor pencegah masalah gizi kurang dan lebih, anemia, nyeri tulang dan sendi, serta status sakit pada petani. Hasil regresi multinomial (status gizi normal sebagai reference) memperlihatkan bahwa petani yang berusia lebih dari 60 tahun berisiko 3.57 kali (1:0.28) dan yang berusia 40 – 60 tahun berisiko 4 kali (1:0.25) serta mengkonsumsi kopi berisiko



2.78 kali (1:0.36) untuk mengalami gizi kurus. Sementara itu, petani yang beristirahat lebih dari 30 menit setiap bekerja berisiko 14.28 kali (1:0.07) dan bekerja kurang dari 5 hari per minggu berisiko 16.67 kali (1:0.06) mengalami gizi lebih.

Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa Petani yang berusia 40-60 tahun berisiko 0.39 dan berjenis kelamin laki-laki berisiko 0.10 lebih rendah mengalami anemia. Model ini memprediksi sebesar 68.2% untuk terjadinya anemia padapetani. Tabel 3 juga memperlihatkan bahwa petani yang berusia lebih dari 60 tahun berisiko 2.48 dan yang berusia 40-60 tahun berisiko 2.41 serta yang beristirahat kurang dari 30 menit selama bekerja akan mengalami nyeri sendi dan tulang. Model ini memprediksi sebesar 63.7% petani untuk mengalami nyeri sendi dan tulang. Selain itu, petani akan berisiko mengalami permasalahan kesehatan atau status kesehatan sakit sebesar 4 kali pada petani yang tidak sekolah tetapi hal ini dapat dicegah apabila petani tidak mengalami stress kerja maka akan berisiko sebesar 0.54 kali lebih rendah untuk mengalami sakit.

Model perawatan kesehatan keselamatan kerja berbasis agricultural nursing yang merupakan sintesis dari Model tersebut menunjukkan komponen pengkajian dan masalah kesehatan (diagnosis masalah) petani. Pengkajian digambarkan adanya faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit petani, kemudian masalah kesehatan digambarkan dengan munculnya masalah gizi (kurus dan lebih), anemia, hipertensi, nyeri tulang dan sendi. Masalah petani tersebut digambarkan dengan adanya karakteristik penyebab yang berhubungan dengan munculnya permasalahan, baik pada faktor sosioal demografi, gaya hidup, lingkungan kerja, dan lingkungan tempat tinggal.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan petani dan kemudian mencoba menyusun suatu model perawatan kesehatan dan keselamatan kerja berbasis agricultural nursing. Hasil penelitian menunjukkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan petani sehingga mengakibatkan masalah gizi, anemia, hipertensi, dan nyeri pada tulang dan persendian. Prevalensi gizi kurang pada penelitian ini lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka

nasional yaitu 8.7% (Ministry of Health Indonesia, 2013). Hal ini berkaitan dengan usia lanjut (KS & TY, 2004) pada petani dan riwayat mengkonsumsi kopi (Susanti, et al., 2011) yang akan mempengaruhi penyerapan makanan didalam lambung sehingga memicu terjadinya gizi kurang. Masalah kesehatan lingkungan dan sanitasi juga mengakibatkan masalah gizi kurang pada petani, hal tersebut relevan dengan studi bahwa agen bakteri dan virus pada lingkungan akan berpengaruh masalah kecacingan yang berdampak pada gizi kurang (Markkanen, 2004). Hal ini sangat menggambarkan keadaan daerah rural pertanian di Indonesia yang mengalami masalah gizi kurang akibat kesenjangan standar hidup, keadaan sosial ekonomi, dan gaya hidup yang akan memengaruhi kesehatan petani.

Masalah gizi lebih padapenelitian ini lebih rendah dari angka nasional yaitu gizi lebih 13.5% dan obesitas 15.4% (Ministry of Health Indonesia, 2013). Petani yang mengalami gizi lebih dikarenakan kurangnya jumlah hari kerja tiap minggunya. Permasalahan gizi lebih umumnya berkaitan dengan kurangnya aktivitas fisik dan akan berdampak pada penyakit kronis (Silva, et al., 2014). Petani lebih berisiko mengalami gizi kurang daripada gizi lebih yang menggambarkan tingginya jam kerja yang tidak diimbangi dengan peningkatan konsumsi nutrisi pada petani di daerah rural. Hal ini akan berdampak pada produktivitas kerja petani (Jurakic, et al., 2014) dan mengarah pada status sehat sakit petani.

Petani berjenis kelamin laki-laki dan memiliki riwayat merokok berisiko untuk mengalami anemia. Hal ini sesuai dengan riset sebelumnya bahwa, lelaki berisiko menderita masalah kesehatan akibat tuntutan sosial ekonomi (Kaleta, et al., 2012), Prevalensi anemia pada petani dalam penelitian ini lebih tinggi dari angka nasional yaitu 20% (Ministry of Health Indonesia, 2013). Kondisi anaemia defisiensi zat besi dalam penelitian ini diakibatkan karena faktor merokok dan beban kerja yang terlalu tinggi, hal ini mengakibatkan penurunan ikatan oksigen dan Fe karena adanya zat rokok didalam darah sehingga mengganggu transpor oksigen dalam darah kemudian berdampak pada kelelahan yang muncul pada petani dan ditunjang dengan beban kerja petani yang terlalu tinggi.

Petani yang berusia lebih tua mengalami nyeri sendi dan tulang, karena pada masa lansia umumnya muncul penyakit metabolik degeneratif yang ditandai dengan berkurangnya massa tulang dan risiko patah tulang yang mengakibatkan hilangnya mobilitas sendi (Rafiah, et al., 2014). Hal ini relevan dengan studi sebelumnya bahwa pekerja di pertambangan menderita sakit terutama di punggung bawah, tangan, lutut, pergelangan tangan, bahu, dan leher (Das, 2014). Masalah nyeri sendi pada petani diakibatkan posisi kerja yang tidak ergonomis dan masa istirahat dalam berkerja yang terlalu singkat (Tella, et al., 2013), karena petani bekerja dari pagi sampai malam tanpa waktu yang cukup untuk mengambil waktu istirahat akan mengakibatkan nyeri pada tulang dan sendi akibat penggunaan dan pemakaian masa otot dan tulang yang melebihi dari kapasitas kerja. Hal ini akan mengakibatkan nyeri punggung bawah setelah melebihi dari beban kerja (Gupta & Nandini, 2015).

Permasalahan hipertensi pada petani teridentifikasi pada petani dengan gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok, mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan garam. Hal ini sesuai dengan dengan riset sebelumnya bahwa empat faktor risiko terjadinya non communicable diseases adalah merokok, konsumsi alkohol, aktivitas fisik yang tidak memadai dan diet yang tidak sehat (Low, et al., 2015). Masalah hipertensi pada petani juga berhubungan dengan beban kerja dan stress kerja, dimana makin besar stress kerja akan menunjang tingkat kematian pada pekerja yang sudah berusia lanjut (Tobiasz-Adamczyk, et al., 2013). Hal ini dikarenakan stress kerja dan beban kerja pada petani yang tinggi akibat tuntutan pekerjaan dalam produktivitas pertanian dari bercocok tanam, memanen, dan menjual hasil pertanian mengakibatkan sistem cardiorespirasi bekerja lebih tinggi sehingga akan berdampak pada kenaikan tekanan darah. Sementara itu, pola hidup yang tidak sehat, seperti merokok dan makanan berlemak akan memicu terjadinya resistensi tahanan perifer dan berdampak pada kenaikan tekanan darah.

Faktor risiko utama status kesehatan petani yang sakit adalah pendidikan petani yang tidak sekolah. Hal ini berkaitan dengan rendahnya pengetahuan dan pemahaman petani terhadap program ketrampilan hidup sehat (PKHS). Karakteristik umum dari kondisi sakit

dalam penelitian ini ditandai dengan lingkungan sanitasi tempat tinggal yang tidak sehat seperti tipe rumah yang tidak permanen, ventilasi dan pencahayaan rumah, manajemen sampah dan MCK, serta kualitas air minum yang tidak sehat. Hal ini berkaitan dengan lingkungan sebagai media vektor penyakit yang akan berdampak baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap masalah kesehatan dan promosi kesehatan individu, kelompok, dan komunitas (Pender, et al., 2014). Hal ini memerlukan perhatian antara keseimbangan faktor petani, agen, lingkungan dan kesehatan dalam mencegah masalah kesehatan pada petani.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Model perawatan kesehatan dan keselamatan kerja berbasis *agricultural nursing* yang disusun dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan analisis faktor sosial demografi, gaya hidup, faktor lingkungan fisik, psikososial, dan lingkungan kerja yang disusun menjadi karakteristik untuk diidentifikasi dalam pengkajian keperawatan komunitas pada kelompok petani. Masalah kesehatan yang teridentifikasi beserta faktor penyebabnya dapat menjadi diagnosis atau masalah kesehatan kerja pada petani.

### Saran

Penelitian berikutnya perlu dilakukan uji coba model dengan melakukan beberapa intervensi keperawatan mandiri dan terapi modalitas kelompok sehingga dampak dari penerapan model perawatan kesehatan keselamatan kerja berbasis *agricultural nursing* ini dapat dievaluasi.

## KEPUSTAKAAN

- Badan Pusat Statistik, 2014. *Berita Resmi Statistik No. 33/05/Th.XV.7 Mei 2012*. [Online].
- Das, B., 2014. Assessment of Occupational Health Problems and Physiological Stress Among The Brick Field Workers of West Bengal, India. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3), pp. 413-425.
- Depnakertrans, 2012. *Pusat data dan Informasi Ketenagakerjaan Badan Penelitian, Pengembangan, dan*

- Informasi Kementerian Tenaga Kerja Dan Transmigrasi RI*. [Online] Available at: <http://pusdatinaker.go.id> [Accessed 2014].
- Gupta, G. & Nandini, N., 2015. Prevalence of Low Back Pain in Non Working Rural Housewives of Kanpur, India. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(2), pp. 313-320.
- Jurakic, D., Golubic, A., Pedisic, Z. & Pori, M., 2014. Patterns and Correlates of Physical Activity Among Middle-Aged Employees: A Population-Based, Cross-sectional Study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Volume 3, pp. 487-497.
- Kaletka, D., Makowiec-Dabrowska, T., Dziankowska-Zaborszczyk, E. & Fronczak, A., 2012. Prevalence and Socio-Demographic Correlated of Daily Cigarette Smoking in Poland: Results From The Global Adults Tobacco Survey (2009–2010). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), pp. 126-136.
- KS, Y. & TY, L., 2004. Sociodemographic Factors Associated with Nutrients Intake of Elderly in Korea. *Korean Journal Nutrition*, 37(3), pp. 210-222.
- Lestari, T., 2007. *Hubungan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Dengan Produktivitas Kerja Karyawan (Studi Kasus : Bagian Pengolahan Ptpn Viii Gunung Mas, Bogor)*. [Online] Available at: <http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/17179/H07tle.pdf> [Accessed 2014].
- Low, W.-Y., Lee, Y.-K. & Samy, A. L., 2015. Non Communicable Diseases in The Asia-Pacific Region: Prevalence, Risk Factors, and Community Based Prevention. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(1), pp. 20-26.
- Markkanen, P. K., 2004. *Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Indonesia (Health and Work Safety in Indonesia)*, Manila, Philippines: International Labour Organization, Subregional office for South-East Asia and the Pacific.
- Ministry of Health Indonesia, 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013/Riskesdas 2013 (Basic Health Research 2013)*, Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan.
- Pender, N., Carolyn, L. & Mary, A., 2014. *Health Promotion in Nursing Practice. 7rd edition*. Stamford: Appleton & Lange.
- Rafiah, S., Rieuwpassa, I. E., Bahrun, U. & Bahri, M., 2014. *Low density lipoprotein sebagai faktor prediktor terhadap penurunan densitas mineral tulang pada osteoporosis*. [Online].
- Silva, F. C. D. et al., 2014. Anthropometric Indicators of Obesity In Policeman: A Systematic Review of Observational Study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(6), pp. 891-901.
- Suardi, 2005. *Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja*. Jakarta: PPM.
- Susanti, A., Briawan, D. & Urip, V., 2011. Dyspepsia Risk Factors of University Students in Bogor Agricultural University. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 2(1), pp. 80-91.
- Tella, B. A., Sunday Rufus Akinwumi Akinbo, S. A. A. & Gbiri, C. A., 2013. Prevalence and Impacts of Low Back Pain among Peasant Farmers in South-West Nigeria. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(4), pp. 621-627.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P., Florek, M. & Brzyska, M., 2013. Job Stress and Mortality in Older Age. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), p. 349 – 362.
- Zaenal, A., Tri, W. & Ishandono, D., 2008. Hubungan Perilaku Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Dengan Dosis Radiasi Pada Pekerja Reaktor Kartini. *Jurnal STT Batan*, pp. 1-10.

# PERSEPSI ANAK DAN ORANG TUA TENTANG KUALITAS HIDUP ANAK PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE 1 (*The Type 1 Diabetic Children's Quality Of Life from Children and Parents Perspective*)

N.Agustini\*, Allenidekania\*, Mariam Effendi\*\*

\*Departemen keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

\*\*Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangun Kusumo

E-mail : tufahati@ui.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Jenis-1 Diabetes mellitus (T1D) manajemen adalah penting untuk meningkatkan kualitas hidup pada anak-anak penderita diabetes. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan membandingkan orang tua dan anak-anak perspektif dalam kualitas hidup terkait dengan T1D. Metode cross sectional digunakan untuk 35 anak-anak angka dua (berusia 8-18 tahun) dan orang tua mereka. Anak-anak telah terdaftar di atas rumah sakit rujukan di Indonesia. Mereka mengisi PedsQL® Modul Diabetes 3.2 dengan laporan diri. Data dianalisis dengan t-test. Karakteristik responden terdiri dari anak-anak dan orang tua usia, panjang menjadi diagnosis dengan T1D dan jumlah kunjungan dalam 6 bulan terakhir. Kualitas dimensi kehidupan diukur pada bulan lalu karena data yang dikumpulkan. Ini terdiri dari tanda dan gejala, penyakit dan terapi, perhatian manajemen T1D terkait komplikasi dan komunikasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak-anak usia rata-rata berusia 13,11 ± 2,85 tahun dibandingkan dengan orang tua (berusia 41,03 ± 8,34 tahun). Rata-rata lama menjadi diagnosis dengan T1D adalah 4,54 ± 2,87 tahun dan rata-rata jumlah kunjungan dalam 6 bulan terakhir adalah 5,8 ± 1,79. Total skor kualitas hidup dari perspektif orang tua dan anak-anak 64,41% ± 10,97 dan 63,09% ± 13,25. Selain itu, analisis t-test menemukan bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam perspektif orang tua dibandingkan dengan perspektif anak-anak mengenai kualitas hidup terkait dengan T1D. Kesimpulannya, anak-anak memiliki persepsi yang relatif lebih rendah dalam mengevaluasi kualitas hidup mereka di T1D dibandingkan dengan orang tua. Oleh karena itu, perlu bagi perawat untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi serta mekanisme yang berkaitan dengan manajemen T1D sehingga perawat dapat mengembangkan rencana keperawatan individu untuk meningkatkan kualitas anak-anak T1D tentang kehidupan mengatasi.

Keyword (s): Kualitas Hidup, Type-1 Diabetes mellitus, Orangtua, Anak-anak, Perspektif

## ABSTRACT

**Introduction:** Type-1 Diabetes mellitus (T1D) management is important to increase the quality of life in diabetic children. This research aimed to explore and to compare the parents and children perspective in the quality of life related to T1D. Cross sectional method was used to 35 dyad children (8-18 years old) and their parents. Children have been registered in top referral hospital in Indonesia. They filled the PedsQL® Module Diabetes 3.2 by self-report. Data were analyzed by t-test. The characteristic of respondents consist of the children and parents age, length of being diagnoses with T1D and the number of visit in the last 6 months. Quality of life dimensions were measured in the last month since data collected. It consists of sign and symptom, disease and therapy, T1D management concern related to complication and communication. The result showed that the children mean age was 13.11 ± 2.85 years old compared to parents (41.03 ± 8.34 years old). The average length of being diagnoses with T1D was 4.54 ± 2.87 years and the average number of visit in the last 6 months was 5.8 ± 1.79. Total score of quality of life from parents and children perspective were 64.41% ± 10.97 and 63.09% ± 13.25. Moreover, t-test analysis found that there was significant difference in parent perspective compared to the children perspective regarding quality of life related to T1D. In conclusion, children have relatively lower perception in evaluating their quality of life in T1D compared to the parents. Therefore, it is necessary for nurses to explore the influencing factors as well as coping mechanism related to T1D management so that nurses can develop individual nursing plan to increase the T1D children's quality of life.

Keywords: Quality of Life, Type-1 Diabetes mellitus, Parents, Children, Perspective

## PENDAHULUAN

DM tipe 1 sering ditemui pada masa kanak-kanak, remaja dan semua umur. Diabetes melitus tipe 1 merupakan salah satu penyakit kronis yang sampai saat ini belum dapat disembuhkan. Diabetes melitus yang tidak mendapat tatalaksana yang baik dapat menyebabkan beberapa komplikasi, baik komplikasi jangka pendek seperti hipoglikemi dan hiperglikemi ataupun

komplikasi jangka panjang berupa nefropati dan retinopati yang secara langsung akan mempengaruhi kualitas hidup (Hockenbery, M., J., & Wilson, 2013)

Penyakit kronik didefinisikan sebagai suatu kondisi yang memerlukan monitoring jangka panjang atau minimal selama 6 bulan dan memerlukan manajemen khusus untuk mengontrol gejala yang terjadi baik karena gangguan fisik, kognitif, psikososial maupun sosial (Bowden, V.R., &

Greenberg, 2010). Salah satu penyakit kronik yang saat ini menjadi perhatian serius dalam pelayanan kesehatan Indonesia adalah penyakit diabetes mellitus, khususnya diabetes mellitus tipe 1 (DM tipe 1).

Berdasarkan data dari Persi, kasus diabetes di Indonesia saat ini menduduki peringkat keempat terbanyak setelah Amerika Serikat, China dan India dengan jumlah penderita diabetes pada tahun 2003 adalah 13,7 juta orang dan pada tahun 2030 diperkirakan akan bertambah menjadi 20,1 juta penderita dengan tingkat prevalensi 14,7 persen untuk daerah urban dan 7,2 persen di rural, Sementara itu, berdasarkan laporan, kasus diabetes tipe-1 pada anak di awal tahun 1990, dalam kurun waktu satu tahun ditemukan sekitar 10 kasus. Sejak tahun 2000-an hampir setiap bulan terdapat kasus baru DM tipe 1 dan pada tahun 2009 setiap bulan terdapat lebih dari 2 kasus baru yang terdeteksi (Izn, 2011; Pulungan, 2009). Pengelolaan DM tipe-1 berdasarkan konsensus nasional adalah mengoptimalkan kualitas hidup penderita. Kompleksitas permasalahan yang terjadi pada anak DM tipe 1 dapat berakibat munculnya permasalahan gangguan fisik, psikologis maupun sosial yang dapat mengganggu aktivitas anak baik di rumah maupun di sekolah. Anak mungkin akan mengalami keterlambatan dalam mengikuti kegiatan di sekolah karena anak diharuskan istirahat di rumah. Anak juga mungkin mengalami stres dan rendah diri karena memerlukan pengobatan insulin sepanjang hidupnya. (IDAI, 2009).

Penelitian tentang kualitas hidup anak penderita diabetes tipe-1 di Indonesia masih jarang peneliti temukan, oleh karena itu penelitian ini sangat penting dilakukan sebagai bahan kajian yang komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak dengan diabetes tipe-1 beserta keluarganya.

## **BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*) yang mengukur variabel bebas dan terikat dalam satu waktu. Variabel bebas pada penelitian ini adalah kualitas hidup anak berdasarkan persepsi anak dan variabel terikat adalah kualitas hidup anak

berdasarkan persepsi orang tua. Hipotesis yang ingin ditegakan adalah tidak ada perbedaan skor kualitas hidup anak antara yang dipersepsikan anak dan yang dipersepsikan oleh orangtua.

Populasi pada penelitian ini adalah anak semua anak yang mengidap Diabetes mellitus tipe 1 dengan populasi terjangkaunya adalah anak usia sekolah dan remaja pengidap DM tipe 1 yang terdaftar di RS Cipto mangunkusumo. Sampel penelitian ini adalah sebagian anak dengan DM tipe 1 yang bersedia menjadi responden, yang dipilih secara konsekutif. Kriteria inklusi adalah anak usia sekolah dan remaja (8-18 tahun), pasien rawat jalan, bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, orangtua memberikan ijin mengikutkan anak dalam penelitian.

Jumlah sampel ditentukan berdasarkan rumus penelitian analitis numerik tidak berpasangan. Simpang baku untuk kelompok ibu adalah 12.5 dan kelompok remaja 18.5 didapatkan dari penelitian oleh Hillard (2010). Simpang baku gabungan didapatkan hasil 18.09, peneliti menetapkan bahwa tipe kesalahan 1 adalah 5% ( $Z\alpha=1.96$ ) dan kesalahan tipe 2 adalah 10% ( $Z\beta=12.82$ ) dan selisih minimal yang dianggap bermakna adalah 15 skor, maka jumlah sampel yang diperlukan dengan penambahan 10 % menjadi 35 anak penderita DM tipe-1 dan 35 orang tuanya.

Proses pengumpulan data yang peneliti lakukan meliputi beberapa tahapan yaitu uji etik penelitian didapatkan dari Fakultas Ilmu Kedokteran UI, perijinan penelitian dari RS Cipto Mangunkusumo, mendata pasien anak pengidap DM tipe 1 usia 8-18 tahun berdasarkan hari kontrol Senin dan Kamis, membuat daftar responden yang memenuhi kriteria inklusi, menghubungi orangtua dan anak yang memenuhi kriteria inklusi dan menjelaskan tujuan, manfaat penelitian dan kegiatan penelitian serta mendapatkan persetujuan berpartisipasi dalam penelitian, terakhir dilakukan pengambilan data dengan meminta anak dan orang tuanya untuk mengisi kuesioner, bagi anak yang kesulitan membaca peneliti membantu anak dalam mengisi kuesioner dengan cara membacakan kuesioner dan meminta anak memilih jawaban berdasarkan pilihan dari kuesioner yang dibacakan.

Alat ukur pada penelitian ini terdiri dari kuesioner A, mengukur karakteristik responden: usia, jenis kelamin, lama terdiagnosa, frekuensi kunjungan ke poli, pemantauan mandiri yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan tujuan penelitian.

Kuesioner B adalah *PedsQL™ Diabetes Module* yang dibuat oleh Varni (2003). Kuesioner ini dibagi menjadi 2 yaitu kuesioner B1 yang diisi oleh anak dan kuesioner B2 yang diisi oleh orang tua, berupa laporan orang tua tentang kualitas hidup anaknya. Kuesioner *PedsQL™ Diabetes Module* dibedakan berdasarkan usia dari anak pra sekolah sampai dengan dewasa. Pada penelitian ini kuesioner yang digunakan adalah kuesioner untuk anak usia 8-18 tahun dan orangtua dari anak usia 8-18 tahun. Pernyataan dalam kuesioner terdiri dari 33 item, dengan 5 pilihan respon secara Likert. Pilihan 0 (hampir tidak bermasalah), 1 (agak bermasalah), 2 (kadang bermasalah), 3 (sering bermasalah), dan 4 (hampir selalu bermasalah). Untuk analisis selanjutnya skor yang dipilih dibalik interpretasinya menjadi 0=100, 1=75, 2=50, 3=25 dan 4=0. Makin

tinggi skor maka kualitas hidup anak pengidap DM tipe 1 makin baik.

Alat ukur kualitas hidup anak dengan DM yang digunakan pada penelitian ini merupakan adaptasi dari alat ukur yang digunakan di luar Indonesia. Sebelum alat ukur ini digunakan, peneliti menerjemahkan dulu ke dalam bahasa Indonesia, kemudian hasil terjemahan direview oleh dua orang pakar bahasa Inggris untuk diterjemahkan kembali ke dalam bahasa Inggris, Berdasarkan hasil review secara makna kuesioner asli sudah memiliki makna yang sama dengan hasil terjemahan bahasa Indonesia, maka alat ukur yang sudah diterjemahkan tersebut dilakukan uji keterbacaan kepada 10 orang anak dengan DM tipe 1 dan orang tuanya. Hasil ujicoba didapatkan kesulitan pemahaman pada kuesioner harapan untuk pertanyaan nomor 5 orang tua dan kuesioner *PedsQL* nomor 5 dan 6 pada kolom pertanyaan pengobatan II, baik kuesioner yang diisi oleh anak maupun orang tua. Berdasarkan hasil ujicoba kemudian dilakukan revisi. Kuesioner yang telah direvisi kemudian digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini.

## HASIL

Tabel 1. Rerata responden berdasarkan karakteristik dan kualitas hidup anak

Variabel	Mean	SD	(Min-Max)
<b>Usia</b>			
Anak	13,11	2,85	(7-18)
Orang tua	41,03	8,34	(29-71)
<b>Lama terdiagnosa</b>	4,54	2,87	(1-11)
<b>Frekuensi kunjungan poli</b>	5,80	1,79	(2-12)
<b>Kualitas hidup</b>			
Penilaian anak	63,09	13,25	(28.79-87.88)
Penilaian orang tua	64,41	10,97	(37.12-82.88)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Anak berdasarkan Jenis Kelamin dan Pemantauan mandiri

Variabel	n	(%)
<b>Jenis kelamin anak</b>		
Laki-laki	9	(25,7)
Perempuan	26	(74,3)
<b>Pemantauan mandiri</b>		
Rutin	30	(85,7)
Tidak rutin	5	(14,3)

Tabel 3. Perbedaan rerata skor kualitas hidup anak berdasarkan penilaian oleh anak dan penilaian orang tua

Kualitas Hidup	Rerata	SD	Nilai p	Perbedaan rerata (IK95%)
Penilaian oleh anak	63,09	13,25	0,000	(28.79-87.88)
Penilaian oleh orang tua	64,41	10,97	0,000	(37.12-82.88)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia anak pada penelitian ini yaitu 13,11 tahun dengan usia terendah yaitu 7 tahun dan usia tertinggi yaitu 18 tahun dengan sebagian besar berjenis kelamin perempuan (74,3%) dan rutin dalam melakukan monitoring gula darah mandiri (85,7%). Rerata usia orang tua yang memiliki anak DM tipe 1 pada penelitian ini yaitu 41,03 tahun dengan usia terendah adalah 29 tahun dan usia tertinggi adalah 71 tahun (lihat table 1 dan 2).

Rerata skor kualitas hidup anak yang diukur oleh dirinya sendiri adalah 63,09, sedangkan yang dipersepsikan oleh orang tua adalah 64,41. dianalisis secara univariat dan bivariat (lihat table 1). Berdasarkan analisis secara bivariat didapatkan bahwa terdapat perbedaan bermakna skor kualitas hidup anak DM tipe-1 antara pengukuran yang dilakukan oleh diri anak sendiri dan yang dilakukan oleh orang tua dengan nilai  $p < 0,05$  (lihat tabel 3)

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor kualitas hidup anak yang dinilai oleh anak dan yang dipersepsikan oleh orang tua memiliki perbedaan yang bermakna ( $p = 0.00$ ). Nilai rata-rata skor kualitas hidup berdasarkan penilaian anak lebih rendah dari skor kualitas hidup anak yang dipersepsikan orang tua (63,09; 64,41).

Hasil penelitian skor kualitas hidup anak dalam penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Froisland (2012) dan Bas (2011). Penelitian Froisland menemukan bahwa skor kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja yang dinilai orang tua memiliki skor lebih rendah dari yang dinilai oleh anak dan Bas menjelaskan hasil penelitiannya menunjukkan bahwa penilaian skor kualitas hidup anak yang dinilai oleh anak maupun yang dipersepsikan oleh ibu memiliki skor yang sama secara bermakna.

Beberapa penelitian yang menjelaskan mengapa penilaian kualitas hidup dari orang tua lebih rendah daripada yang dilakukan oleh anak sendiri disebabkan oleh beberapa faktor, seperti: perasaan *distress* orangtua ketika anaknya didiagnosis DM tipe-1, ketakutan orang tua akan kejadian hipoglikemia pada anaknya (Whittemore, R.,

Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, 2012). Penelitian yang menunjukkan penilaian skor kualitas hidup anak DM tipe-1 oleh orang tua lebih tinggi dari penilaian oleh anak sendiri belum teliti temukan. Beberapa hal yang dapat dijadikan pertimbangan adalah status ekonomi dari responden (orang tua) dalam penelitian ini meskipun peneliti tidak analisis secara kuantitatif, namun berdasarkan wawancara dengan beberapa responden orang tua didapatkan informasi bahwa cek GD mandiri yang dilakukan di rumah tidak mengikuti jadwal dikarenakan keterbatasan ekonomi. Kurang patuhnya orang tua dalam melakukan cek gula darah di rumah menunjukkan kurangnya rasa kekhawatiran orang tua akan komplikasi yang dapat terjadi pada anak, sehingga penilaian orang tua terhadap kualitas hidup anak menjadi lebih tinggi dari penilaian yang dilakukan anak sendiri.

Faktor lain yang juga dapat berkontribusi dalam kualitas hidup anak yang lebih rendah dari yang dipersepsikan oleh orangtuanya adalah adanya hambatan anak dalam berkomunikasi dengan tenaga kesehatan dan munculnya gangguan emosional yang terjadi pada anak selama menderita penyakit diabetes tipe-1. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lowes et al., (2015) yang menyatakan bahwa kemampuan komunikasi yang baik oleh tenaga kesehatan memberikan pengalaman klinik positif yang mendorong pengambilan keputusan bersama, seperti kesempatan belajar, meningkatkan kepercayaan pasien untuk mengelola diabetes. Namun, ketika tenaga perawatan dan kesehatan menggunakan bahasa yang sulit (jargon) selama konsultasi klinik, anak-anak dan remaja dilaporkan merasa bingung dan frustrasi, dan melihat sedikit manfaat saat datang ke klinik. Keterampilan komunikasi yang buruk mengakibatkan anak dan remaja merasa tidak diperhatikan saat konsultasi, menjadi bingung tentang rejimen pengobatan, dan kehilangan kepercayaan dalam mengelola kondisi kesehatan mereka (Lowes et al., 2015).

Hambatan anak dalam berkomunikasi dengan tenaga kesehatan dan munculnya masalah emosional pada anak merupakan gambaran akan kualitas hidup anak yang tidak baik, hal ini peneliti temukan pada sebagian besar anak yang menjadi responden

dalam penelitian ini. Kualitas hidup berdasarkan alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini merupakan gambaran dari beberapa komponen penilaian yaitu seberapa sering anak mengalami gejala, bagaimana anak dalam mematuhi program terapi, seberapa sering anak mengalami kekhawatiran akan masalah yang akan timbul serta bagaimana kesiapan anak dalam melakukan komunikasi tentang penyakit yang dirasakan kepada tenaga kesehatannya.

Peneliti melakukan perubahan pada lembar jawaban yang semula dinyatakan dalam bentuk skala Likert 0-4 (tidak pernah, hampir tidak pernah, kadang-kadang, selalu, dan sering) menjadi 2 kategori, yaitu skala tidak pernah dan hampir tidak pernah peneliti kategorikan 2 (berkualitas) dan skala lainnya peneliti kategorikan menjadi 1 (tidak berkualitas). Berdasarkan perubahan skala ukur kemudian dilakukan analisis dari komponen-komponen kualitas hidup. Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa kualitas hidup untuk komponen gejala, khawatir akan masalah, dan komunikasi dengan tenaga kesehatan berdasarkan penilaian yang dilakukan anak sendiri dapat dikatakan tidak berkualitas. Kondisi ini dapat dilihat dari sebagian besar anak (>50%) menyatakan bahwa dalam 6 bulan terakhir kadang-kadang, selalu, atau sering mengalami timbulnya gejala, merasakan khawatir akan masalah, dan merasa mengalami kesulitan berkomunikasi dengan tenaga kesehatan tentang penyakit yang dideritanya.

Hasil penelitian ini menemukan bahwa kualitas hidup anak berdasarkan penilaian anak memiliki skor lebih rendah dari penilaian orang tua. Perbedaan penilaian ini dapat diartikan sebagai suatu disparitas antara realitas yang dirasakan anak dengan penilaian orang tua. Anak mungkin merasakan penderitaan akan sakitnya namun orang tua sebagai *support system* terdekat tidak melihat kondisi tersebut. Perawat perlu menggali lebih dalam tentang pengalaman anak selama menderita diabetes tipe-1 dan melakukan evaluasi terhadap pemahaman anak tentang penyakit, pengobatan dan

manajemen perawatan mandiri yang telah dilakukan anak dan orang tua.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat diambil kesimpulan bahwa jumlah responden yang terdiri dari 35 pasang anak penderita DM tipe-1 dan orang tuanya memiliki skor kualitas hidup yang berbeda, berdasarkan pengukuran yang dilakukan oleh anak dan orang tuanya, dengan penilaian orang tua terhadap skor kualitas hidup anak diabetes tipe-1 lebih tinggi daripada penilaian yang dilakukan oleh anak sendiri.

### Saran

Peneliti menyarankan agar dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup anak diabetes tipe-1, agar perawat dapat melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif.

## KEPUSTAKAAN

- Bowden, V.R., & Greenberg, C. S. (2010). *Children and their families: The continuum of care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hockenbery, M., J., & Wilson, D. (2013). *Wong's Essential of Pediatric Nursing*. Missouri: Elsevier Mosby.
- Izn. (2011). Perkembangan diabetes di Indonesia. Retrieved from <http://www.pdpersi.co.id>
- Pulungan, A. & H. (2009). Diabetes mellitus tipe-1: penyakit baru yang akan makin akrab dengan kita. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 59(10).
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, M. (2012). Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes. A Systematic Mixed-Studies Review. *The Diabetes Educator*, 38(4), 562–579.





# SELF MANAGEMENT PROGRAM MENINGKATKAN KOPING, NIAT DAN KEPATUHAN BEROBAT PASIEN PJK

*(Self Management Programme Improve Coping, Intention, and Medication Adherence in Patients with Coronary Heart Disease)*

Hanim Mufarokhah<sup>\*</sup>, Suhartono Taat Putra<sup>\*</sup>, Yulis Setiya Dewi<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup>Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Email: h4n.nimozaghi@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Manajemen penyakit jantung koroner (PJK) memerlukan pengobatan seumur hidup. Keberhasilan pengelolaan PJK membutuhkan koping efektif, niat dan kepatuhan berobat dari pasien PJK. Tujuan penelitian ini untuk menjelaskan perubahan koping, niat, dan kepatuhan minum obat pada pasien dengan PJK setelah memberikan program manajemen diri di RSUD Jombang berdasarkan Teori Perilaku Direncanakan. **Metode:** Desain penelitian adalah quasi eksperimental pretest-posttest group design dengan jumlah sampel 28 secara konsekutif sampling. Variabel independen yaitu self management program dan variabel dependen yaitu koping, niat, kepatuhan berobat. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner dengan mengukur tingkat koping, niat dan kepatuhan berobat. Uji statistik yang digunakan adalah mann whitney, wilcoxon signed rank dan t-test. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) program pengelolaan diri meningkatkan tingkat mengatasi pada pasien dengan PJK ( $p < 0,001$ ), 2) program manajemen diri meningkatkan tingkat niat pada pasien dengan PJK ( $p < 0,001$ ), 3) program manajemen diri meningkatkan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien dengan PJK ( $p < 0,001$ ). **Diskusi:** Untuk mengubah sebuah perilaku membutuhkan perbaikan tingkat koping dan niat. Hal ini sesuai dengan Teori Perilaku Direncanakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, dan niat.

**Kata kunci:** *self management program*, koping, niat, kepatuhan berobat, penyakit jantung koroner

## ABSTRACT

**Introduction:** Management coronary artery disease required lifelong treatment. The successful management of CHD requires effective coping, intention and medication adherence of CHD's patients. This study aimed to explain the changes of coping, intention, and medication adherence in patients with CHD after giving self management programme in RSUD Jombang based on Theory Planned Behavior. **Method:** This study used a quasi experimental pretest-posttest control group design and 28 respondents selected by consecutive sampling. Independent variable was self management programme while dependent variables were coping, intention, medication adherence. Data were collected by using questionnaires measuring coping level, intention and medication adherence. The statistical test used was Mann Whitney, Wilcoxon Signed Rank and t-Test. **Result:** The result showed that 1) self management programme improve the level of coping in patients with CHD ( $p < 0,001$ ), 2) self management programme improve the level of intention in patients with CHD ( $p < 0,001$ ), 3) self management programme improve the level of medication adherence in patients with CHD ( $p < 0,001$ ). **Discussion:** To change a behavior requires improvement of coping and intentions. This is in according to the Theory of Planned Behavior that behavior change is influenced by the attitude toward the behavior, subjective norm, perceived behavioral control and intention.

**Keywords:** *self management program, coping, intention, medication adherence, coronary heart disease*

## PENDAHULUAN

Ketidakpatuhan berobat sangat umum terjadi pada pasien penyakit jantung koroner (American Heart Association 2014). Pasien penyakit kronis yang tidak patuh dalam pengobatan pada akhirnya akan diikuti oleh berhenti melakukan pengobatan. Niat berobat ikut mempengaruhi ketidakpatuhan berobat. Pemberian informasi efektif oleh petugas kesehatan mempengaruhi kemampuan koping pasien penyakit jantung koroner untuk melakukan perawatan diri di rumah.

Sekitar 35% kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit jantung. Menurut

Federasi Jantung Dunia, angka kematian akibat penyakit jantung koroner di Asia Tenggara mencapai 1,8 juta kasus pada tahun 2014. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan prevalensi jantung koroner di Indonesia sebesar 0,5%, dan berdasarkan diagnosa dokter sebesar 1,5%. Prevalensi jantung koroner di Jawa Timur teridentifikasi 0,5% dan berdasarkan diagnosis dokter sebesar 1,5% (Riskesdas, 2013). Berdasarkan data awal diperoleh bahwa pada 2014 jumlah kasus PJK 511 dengan jumlah penduduk 1.217.997 dan prevalensi 0,05%.

Terjadi pertambahan jumlah kasus baru yaitu kasus pertama kali didiagnosis dan kontrol ke Poli RSUD Kabupaten Jombang pada setiap bulan di tahun 2014. Rerata sebanyak 47 kasus baru tiap bulan dalam kurung waktu Maret 2014-Februari 2015.

Fernandes *et.al* (2008) mengembangkan *self management program* pada penyakit jantung koroner dan menunjukkan keberhasilan berupa penerapan program berbasis pada perubahan sumber daya mandiri dengan memberikan pelatihan ketrampilan untuk memodifikasi faktor resiko kesehatan seperti merokok, aktifitas fisik, gaya hidup, dan asupan makanan yang dikonsumsi. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Poli RSUD Jombang menunjukan bahwa faktor ketidakpatuhan berobat pada pasien penyakit jantung koroner dipengaruhi perilaku acuh terhadap kesehatan dengan diperkuat informasi dan pengalaman kurang dalam pengelolaan penyakit jantung koroner. Faktor lain mempengaruhi ketidakpatuhan berobat adalah sikap menyembunyikan penyakit yang diderita dari keluarga atau teman terdekat, mengakibatkan dukungan sosial kurang dalam perawatan penyakit jantung koroner. Pemberian pendidikan kesehatan masih belum optimal dan upaya Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang terbatas melalui penyuluhan di puskesmas yang tidak dapat menjangkau semua pasien PJK di Kabupaten Jombang.

Berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) diharapkan perilaku terbentuk karena ada niat (*intention*) yang ditentukan oleh sikap, norma subjektif dan persepsi individu. Pemberian *self management program* yang berisi edukasi pengelolaan PJK diharapkan dapat membangun persepsi positif melalui *learning process* sehingga menghasilkan pemahaman untuk mengubah tingkat *awareness* pasien terhadap kesehatan dengan perubahan sikap dan norma subjektif pasien PJK dapat menghasilkan koping meningkat dan didukung niat berperilaku sehat tinggi maka terbentuk perilaku sehat yaitu kepatuhan berobat.

## BAHAN DAN METODE

Desain penelitian ini adalah *quasy experiment pre post test control group design*. Besar sampel diperoleh 28 responden (terbagi menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol). Teknik pengambilan sampel

menggunakan *nonprobability sampling* dengan metode *consecutive sampling*.

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien PJK di wilayah Kabupaten Jombang yang memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien baru didiagnosa oleh poli RSUD Jombang pada bulan November-Mei 2015 yang tidak kontrol rutin, umur 36-55 tahun, pendidikan minimal lulusan SD. Kriteria eksklusi diantaranya terdapat keterbatasan baik fisik, mental atau kognitif yang dapat mengganggu penelitian (gangguan penglihatan/buta, gangguan pendengaran/tuli, dan dimensia).

Variabel independen pada penelitian ini adalah *Self-Management Program* dan variabel dependen adalah koping, niat dan kepatuhan berobat. Pengumpulan data menggunakan kuesioner koping berdasarkan *Coping Strategies Inventory (CSI)* (Tobin 2001), kuesioner niat (*intention*) disusun berdasarkan *Theory of Planned Behaviour Questionnaire*, dan kuesioner kepatuhan berobat menggunakan memodifikasi instrument yang dikembangkan oleh Dr. Riegel (2007).

*Pre-test* dilakukan pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan mengukur koping, niat dan kepatuhan berobat. Peneliti memberikan intervensi *Self management program* pada kelompok perlakuan sebanyak 5 sesi (2x/minggu) selama 2,5 minggu. Tiap sesi dilakukan selama 30 menit. Intervensi dilakukan oleh peneliti sendiri sesuai dengan jadwal yang telah disepakati bersama responden. Metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi (tanya jawab) dan konseling yang dilakukan di rumah responden. Setelah semua sesi selesai dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan, satu minggu kemudian kedua kelompok diukur koping, niat dan kepatuhan berobat. Data yang diperoleh akan dianalisis menggunakan *Paired T test*, *Wilcoxon Signed Ranks Test* dan *Mann Whitney U Test* dengan nilai signifikansi 0,05.

## HASIL

Jumlah responden antara lak-laki dan perempuan pada tiap kelompok seimbang (50%). Mayoritas responden berstatus kawin (78,6%) pada kedua kelompok dengan pendidikan terakhir di perguruan tinggi (42,9%), status bekerja (50%), umur 46-55 tahun (64,3%), dan seluruh responden bermukim dengan keluarga.

Hasil uji statistik semua variabel data demografi antara kelompok kontrol dan perlakuan menunjukkan hasil  $p > 0,05$  artinya kelompok perlakuan dan kontrol tidak ada perbedaan atau homogen secara statistik. Dengan demikian, data demografi tidak mempengaruhi hasil penelitian antara kelompok perlakuan dan kontrol dalam penelitian ini.

Tabel. 1 Tabulasi frekuensi kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

Kategori	Perlakuan				Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Koping</b>								
Baik	0	0	13	92,9	0	0	1	7,1
Cukup	2	14,3	1	7,1	3	21,4	4	28,6
Kurang	12	85,7	0	0	11	78,6	9	64,3
<b>Niat</b>								
Baik	0	0	12	85,7	0	0	1	7,1
Cukup	1	7,1	0	0	3	21,4	4	28,6
Kurang	13	92,9	2	14,3	11	78,6	9	64,3
<b>Kepatuhan Berobat</b>								
Baik	1	7,1	12	85,7	0	0	1	7,1
Cukup	0	0	1	7,1	4	28,6	3	21,4
Kurang	13	92,9	1	7,1	10	71,4	10	71,4

Berdasarkan tabel.1 tingkat koping, niat dan kepatuhan berobat yang dimiliki kelompok perlakuan dan kontrol dalam kategori kurang, yaitu sebesar 85,7% dan 78,6% untuk tingkat koping, 92,9% dan 78,6% untuk tingkat niat, dan 92,9% dan 71,4% untuk tingkat kepatuhan berobat.

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa uji statistik *paired t test* yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai koping sebelum dan sesudah pemberian intervensi *self management program* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai  $p < 0,001$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai koping yang signifikan pada responden sebelum dan sesudah intervensi *self management program*.

Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *self management program* menggunakan *paired t test* didapatkan hasil bahwa  $p = 0,075$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti tidak terdapat perbedaan nilai koping yang signifikan. Hasil uji *independent t test* sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat koping penderita PJK di RSUD Jombang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai  $p = 0,772$ .

Tabel. 2 Tabulasi rekapitulasi hasil uji beda dari koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

Kategori	Perlakuan		Kontrol	
	Pre	Post	Pre	Post
	<b>Koping</b>			
Mean	25,5	83,29	25,93	27,36
SD	3,72	9,37	4,028	4,378
Paired t Test	$p < 0,001$		$p = 0,075$	
Mean	25,50		25,93	
SD	3,72		4,023	
Independent t Test	Koping (Pre) Perlakuan dan kontrol $p = 0,772$			
	<b>Niat</b>			
Mean			21,36	22,21
SD			4,181	4,475
Median	21,50	39,00		
Minimum	13	17		
Maximum	24	40		
Wilcoxon Signed Ranks Test	$p = 0,001$		Uji Paired t Test	$p = 0,165$
Mean	20,14		21,956	
SD	3,61		4,18	
Independent t Test	Niat (Pre) Perlakuan dan kontrol $p = 0,418$			
	<b>Kepatuhan Berobat</b>			
Mean			42,07	43,57
SD			8,775	9,163
Median	46,00	72,00		
Minimum	24	47		
Maximum	58	78		
Wilcoxon Signed Ranks Test	$p = 0,001$		Uji Paired t Test	$p = 0,260$
Mean	46		45	
Minimum	24		24	
Maximum	58		58	
Mann Whiltey	Kepatuhan Berobat (Pre) Perlakuan dan kontrol $p = 0,946$			

Uji statistik *wilcoxon signed rank test* yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai niat sebelum dan sesudah pemberian intervensi *self management program* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai  $p = 0,001$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai niat yang signifikan pada responden sebelum dan sesudah intervensi *self management program*. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *self management program* menggunakan *paired t test* didapatkan hasil bahwa  $p = 0,165$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti tidak terdapat perbedaan nilai niat yang signifikan. Hasil uji *independent t test* sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat niat penderita PJK di RSUD Jombang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai  $p = 0,418$ .

Uji statistik *wilcoxon signed rank test* yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai kepatuhan berobat sebelum dan sesudah pemberian intervensi *self management program* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai  $p = 0,001$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai kepatuhan berobat yang signifikan pada responden sebelum dan sesudah intervensi *self*

*managemen program*. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *self management program* menggunakan *paired t test* didapatkan hasil bahwa  $p = 0,260$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti tidak terdapat perbedaan nilai kepatuhan berobat yang signifikan. Hasil uji *mann whitney u test* sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai  $p = 0,926$ . Secara keseluruhan dinyatakan bahwa setelah pemberian *self management program* terjadi perbaikan tingkat koping, niat, dan kepatuhan berobat yang signifikan pada kelompok perlakuan dan tidak signifikan pada kelompok kontrol.

Tabel. 3 Tabulasi rekapitulasi hasil uji delta kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

Kategori	Perlakuan	Kontrol
<b>Koping</b>		
Median	56,50	1,43
Minimum	43	-2
Maximum	69	8
<b>Mann Whitney</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	
<b>Niat</b>		
Mean	15,00	0,86
SD	5,68	2,18
<b>Independent t Test</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	
<b>Kepatuhan Berobat</b>		
Mean	25,57	1,50
SD	7,00	4,77
<b>Independent t Test</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	

Analisis perbandingan efektifitas *self management program* terhadap perubahan nilai koping pada kedua kelompok dianalisis menggunakan *mann whitney test*, niat dan kepatuhan berobat pada kedua kelompok masing-masing dianalisis menggunakan *independent t test*, didapatkan hasil  $p < 0,001$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti terdapat perbedaan nilai koping, niat dan kepatuhan berobat antara kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil uji statistik yang dilakukan dapat menjawab dan menerima hipotesis pada penelitian ini yaitu *self managemen program* meningkatkan koping, niat, dan kepatuhan berobat penderita penyakit jantung koroner.

## PEMBAHASAN

Distribusi jumlah responden berdasarkan tingkat koping sebelum intervensi *self management program* di RSUD Jombang

menunjukkan mayoritas mempunyai koping yang kurang, dan tidak ada responden yang memiliki tingkat koping baik. Fakta tersebut sesuai dengan teori bahwa koping tidak efektif dapat timbul dari pengalaman yang baru, belum pernah dicoba dan tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentangnya (Kaplan dan Sadock, 2007). Pasien PJK yang menjadi responden dalam penelitian ini merupakan pasien baru didiagnosa PJK oleh RSUD Jombang antara 1-6 bulan. Semua responden mempunyai pengetahuan kurang tentang perawatan PJK.

Berdasarkan teori *planned behavior* dapat dijelaskan proses yang terjadi bahwa setelah pemberian intervensi *self management program* mengakibatkan responden kelompok perlakuan meyakini segi positif dan negatif dari perilaku sehat berdasarkan *self management program* sehingga terbentuk sikap dan reaksi suka dengan metode *self management program* untuk pengelolaan PJK di rumah (*behavioral belief*) karena mereka menilai bahwa metode ini sangat bermanfaat (*outcome evaluation*). Keluarga responden juga mendampingi dan mendukung metode pengelolaan penyakit PJK berdasarkan *self management program* selama pemberian intervensi. Hal ini dapat mempengaruhi responden untuk menerima informasi yang diberikan oleh peneliti (*normative belief*) sehingga dimungkinkan meningkatkan motivasi responden untuk mematuhi cara pengelolaan PJK berdasarkan *self management program* (*motivation to comply*). Responden yang mengalami perbaikan koping merupakan individu yang mempercayai pengobatan secara medis (*controllability*) mengakibatkan ada persepsi responden bahwa mereka mampu untuk melaksanakan pengelolaan PJK di rumah seumur hidup (*perceived belief*). Dengan demikian, hasil penelitian ini sesuai dengan teori TPB.

Distribusi jumlah responden berdasarkan tingkat niat berobat sebelum intervensi *self management program* di RSUD Jombang menunjukkan mayoritas mempunyai niat berobat kurang, dan tidak ada responden yang memiliki tingkat niat berobat baik. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana memilih untuk melakukan perilaku dengan mendapat dukungan dari orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya (Ajzen 2006), dengan demikian penelitian ini sesuai

bahwa dari sikap positif yang tidak dimiliki responden yang dibuktikan hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki koping kurang mengakibatkan niat berperilaku sehat responden kurang.

Penilaian tingkat niat berobat pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang signifikan dan peningkatan nilai niat berobat dialami oleh semua responden setelah diberi intervensi *self management program*. Dengan demikian pasien PJK yang telah mendapat intervensi *self management program* lebih memiliki intensi atau niat berobat lebih tinggi.

Persepsi kontrol (*control perception*) mempengaruhi niat terhadap perilaku, sehingga persepsi kontrol mempunyai dua fungsi, yaitu 1) sebagai motivator yang secara tidak langsung mempengaruhi perilaku melalui niat, 2) merefleksikan kontrol perilaku nyata dan berhubungan dengan perilaku tanpa melalui niat. Norma subyektif diartikan sebagai faktor sosial yang menunjukkan tekanan sosial yang dirasakan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku berobat (Dharmmesta 1998). Dalam penelitian ini, norma subyektif adalah kelompok referensi berupa keluarga, petugas kesehatan, teman, peneliti (pihak yang memberikan intervensi) yang mampu mendorong pasien PJK mempunyai niat untuk berobat dalam arti melakukan pola hidup bagi penyakit PJK. Sehingga responden yang mendapatkan intervensi *self management program* mengalami mayoritas mengalami peningkatan niat berobat yang signifikan.

Dalam penelitian ini terdapat 2 responden yang memiliki niat kurang meskipun sudah diberikan intervensi *self management program* dikarenakan karakteristik individu yang terkesan kurang percaya dengan pengobatan kimiawi dari dokter sehingga responden ini selalu mengkonsumsi obat herbal dan itupun tidak teratur karena responden ini berpendapat bahwa sesuatu yang berlebihan akan membahayakan tubuhnya, meskipun sudah diberikan konseling dengan berdiskusi bersama namun tetap tidak membawa hasil positif untuk meningkatkan niat berobat. Responden yang tetap memiliki niat kurang memiliki karakteristik individu yang terkesan tidak mau menerima pendapat/ informasi orang lain meskipun sudah dibuktikan secara ilmiah. Responden ini berpendapat bahwa selama ini merasa baik dengan pola hidup yang dijalani. Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian

empiris yang menjelaskan bahwa norma subyektif berpengaruh terhadap niat (Dharmmesta 1998). Norma subyektif terbentuk dari keyakinan normatif dan kemauan untuk menuruti kemauan orang lain yang dianggap penting. Keyakinan normatif berkaitan dengan kondisi bahwa individu setuju atau tidak setuju dengan pelaksanaan perilaku (Dharmmesta 1998).

Pada saat sebelum diberikan intervensi berupa *self management program*, mayoritas responden memiliki kepatuhan berobat kurang. Responden dalam penelitian ini tergolong baru (1-6 bulan) sehingga pengalaman, pengetahuan dan pemahaman tentang konsekuensi yang diakibatkan oleh penyakit jantung koroner masih sangat minim. Sumber daya keluarga para responden yang meliputi penghasilan dan keadaan ekonomi mempengaruhi tingkat kepatuhan berobat karena responden merasa biaya yang dikeluarkan untuk kontrol rutin, kontrol tekanan darah dan kolesterol, harga obat yang tidak tersedia di apotek BPJS juga menjadi pertimbangan pasien PJK dimana sebagian besar responden mempunyai kondisi ekonomi sederhana. Sumber daya masyarakat meliputi jumlah tenaga kesehatan yang memberikan penyuluhan kesehatan di Poli RSUD RSUD Jombang masih minim, serta penyuluhan kesehatan juga belum aktif secara optimal. Dengan demikian tingkat kepedulian akan kesehatan dalam menunjang pengobatan dan perawatan PJK kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian (Purwanto 1999) yang menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan berobat.

Penilaian tingkat kepatuhan berobat pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang signifikan dan peningkatan nilai kepatuhan berobat dialami oleh semua responden setelah diberi intervensi *self management program*. Pada kelompok perlakuan terdapat 2 responden yang tidak mengalami perubahan tingkat kepatuhan berobat yaitu satu responden yang tetap memiliki kepatuhan berobat kurang dan responden yang sejak awal sudah memiliki tingkat kepatuhan berobat baik, serta terdapat satu responden yang memiliki tingkat kepatuhan berobat cukup, dan yang tersisa mengalami perubahan tingkat kepatuhan berobat kurang ke tingkat kepatuhan berobat baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siu et al. (2007) bahwa *self management program*

meningkatkan kepatuhan berobat yang dimiliki oleh seseorang dengan penyakit kronis. Pada responden yang mendapatkan intervensi *self management program* terjadi penerimaan informasi berupa edukasi mengakibatkan terjadi perbaikan persepsi responden tentang PJK melalui *learning process* sehingga menimbulkan pemahaman. Pemahaman tentang informasi yang diberikan peneliti dapat diterima secara maksimal karena dilakukan di rumah dengan situasi kondisi yang nyaman, serta diperkuat dengan teknik konseling dan diskusi akan mempermudah memberikan *feedback* yang jelas. Andersen pada tahun 1968 mengembangkan teori bahwa salah satu komponen predisposisi terbentuknya kepatuhan berobat pasien dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan tekad untuk sembuh dari penyakit yang diderita. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ley dan Spelman pada tahun 1967 dikutip dalam Barlow et al. (2002) bahwa kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan klien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan dan ada kaitan erat antara kepuasan konsultasi dengan kepatuhan.

Responden yang memiliki keluarga yang juga sangat peduli akan kesehatan memberikan kontribusi yang sangat positif dalam mendukung kepatuhan berobat pasien PJK. Kontribusi keluarga dalam biaya dibuktikan dengan beberapa keluarga responden yang membelikan alat pengukur tekanan darah, kolesterol, glukosa darah, dan asam urat, serta beberapa responden yang memberikan perhatian lebih dengan tidak memperlumahkan keuangan meskipun kondisi keuangan tidak baik karena dari mereka mempunyai prinsip kesehatan adalah segalanya dan uang masih bisa dicari. Kemampuan mengelola diet terutama istri dari pasien PJK sangat berpengaruh dalam pengelolaan kepatuhan diet pasien PJK, yaitu memisahkan antara diet untuk pasien PJK dengan anggota keluarga lainnya. Fakta yang ditemukan dalam penelitian sesuai dengan penelitian Becker et al. (2001) bahwa dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien. Barlow (2002) menyatakan bahwa keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota yang sakit, serta menentukan

keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan.

Keyakinan, sikap dan kepribadian juga menentukan kepatuhan berobat dengan dibuktikan bahwa pasien PJK yang tidak mempunyai keyakinan dalam pengobatan secara medis maka berakibat pada katidakpatuhan berobat meskipun sudah diberikan intervensi. Responden yang tidak mengalami perbaikan kepatuhan berobat merupakan responden yang juga tidak mengalami peningkaan niat dan koping. Ketidakyakinan individu tentang informasi yang diberikan peneliti dalam bentuk *self management program* mengakibatkan sikap untuk tidak melakukan perilaku sehat yang diajarkan dalam pengelolaan PJK sehingga tidak mempunyai motivasi mengikuti pandangan peneliti sebagai pemberi informasi. Informasi yang diberikan peneliti dalam *self management program* tidak dapat mengubah persepsi dua responden tersebut sehingga niat untuk patuh berobat tidak ada. Berdasarkan teori Planned Behavior bahwa perilaku yang dimiliki individu ditentukan oleh keyakinan, sikap, norma subyektif, persepsi dan niat (Ajzen 2005).

## **SIMPULAN & SARAN**

### **Simpulan**

Pemberian *self management program* dapat meningkatkan tingkat koping pasien penyakit jantung koroner menjadi baik secara signifikan. Perbaikan juga terjadi pada niat dan kepatuhan berobat pasien penyakit jantung koroner di RSUD Jombang menjadi pada level baik.

### **Saran**

Pemberian pelatihan pada perawat rumah sakit, Puskesmas, maupun kader kesehatan di desa tentang intervensi *self management program* pada pasien PJK dengan cara menyiapkan modul pelatihan oleh tim manajemen rumah sakit sangat diperlukan. *Self management program* juga dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam pengelolaan penyakit kronis/ menahun selama perawatan di rumah dalam bidang keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas melalui penyuluhan kesehatan pada saat *discharge planning* pasien di rumah sakit, pada saat kontrol baik di poli maupun pada saat penyuluhan di desa/ kelurahan dalam

lingkup komunitas yang dilakukan oleh perawat rumah sakit, Puskesmas, maupun kader kesehatan di desa yang telah terlatih.

#### **KEPUSTAKAAN**

- Ajzen, I., 2005. *Attitudes, personality, and behavior*, New York: Open University Press.
- Ajzen, I., 2006. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp.179–211.
- Association, A.H., 2014. Guidelines for the management of patients with unstable angina/non–st-elevation myocardial infarction-executive summary. *Journal American College of Cardiology*, 63(22), pp.57–185.
- Barlow, J. et al., 2002. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48, pp.177–187.
- Becker, B.E., Huselid, M.A. & Ulrich, D., 2001. *The human resource scorecard: linking, people, strategy and performance*, Boston: Havard Business School Press.
- Dharmmesta, B.S., 1998. Theoy of planned behaviour dalam penelitian sikap, niat dan perilaku konsumen. *Kelola*, 18(vii), pp.85–103.
- Purwanto, H., 1999. *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Riegel, B., 2007. *Self-care of heart failure index: School of Nursing*, Philadelphia: Clair M Fagin.
- Siu, A.H.M. et al., 2007. Evaluation of the chronic disease self management program in a Chinese population. *Patient Education and Counseling*, 65, pp.42–50.
- Tobin, D.L., 2001. *Coping strategies inventory*, New Orleans: Southeastern Psychological Association.



# PERILAKU IBU DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN ASAH, ASIH DAN ASUH ANAK DENGAN LEUKEMIA

*(Mother's Behaviour In Meeting The Needs Of Stimulation, Emotion And Physical Children With Leukemia)*

Praba Diyan Rachmawati\*, IGM Reza Gunadi Ranuh\*\*, Yuni Sufyanti Arief\*

\* Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Mulyorejo Kampus C Unair Surabaya

\*\* RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Email: diyanatha@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Anak-anak dengan leukemia memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Perawatan dan pengobatan jangka panjang, efek samping dari pengobatan dan gejala dari penyakit leukemia akan berdampak pada kualitas hidup anak dengan leukemia. Orang tua memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan dasar anak akan Asah, Asih dan Asuh. Terpenuhinya kebutuhan dasar anak dengan baik, kualitas hidup anak dengan leukemia akan meningkat. **Metode:** Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik. Populasi adalah ibu dari anak-anak leukemia di ruang hematologi anak, dilakukan pada selama 1 bulan tahun 2014. pengambilan sampel berturut-turut digunakan dalam penelitian ini. Sampel sejumlah 20 ibu yang memenuhi kriteria inklusi, variabel independen adalah karakteristik ibu, sumber efikasi diri, perawatan berpusat keluarga, efikasi diri orang tua dan variabel dependen adalah perilaku ibu dan kualitas hidup anak. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan PLS (*Partial Least Square*). **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber efikasi diri berpengaruh terhadap efikasi diri, Efikasi diri dan karakteristik ibu berpengaruh langsung pada perilaku ibu. Perawatan berpusat keluarga tidak dapat secara langsung mempengaruhi perilaku ibu. **Diskusi:** Dapat disimpulkan bahwa model perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan asah, asih dan anak dengan leukemia dapat dibentuk dari karakteristik ibu, sumber efikasi diri dan Efikasi diri orang tua. Efikasi diri orangtua dapat ditingkatkan terutama dengan meningkatkan mekanisme koping dan pengalaman orang lain.

**Kata kunci:** stimulasi, emosi, perilaku fisik ibu, anak-anak leukemia kualitas hidup

## ABSTRACT

**Introduction:** Children with leukemia have a poor quality of live. A long term periode of care, treatment, side effect of treatment and the symptom of the leukemia disease will have an impact on leukemia children quality of life. Parents have an important role in meeting the basic needs of the child by stimulation, emotion and physical. With the fulfillment of the basic needs of children, the quality of life of children with leukemia will increase. **Method:** Design used in this study was an observational analytic. The population was mother of leukemia children. Conducted a month on 2014. Consecutive sampling was used in this study. Sample were 20 mother who met in inclusion criteria. Independent variables were mother's characteristics, self efficacy source, family centre care, Parental Self efficacy and dependent variables were mother's behaviour and child quality of life. Data was collected using questionnaire and analyzed using PLS (*Partial Least Square*) Regression. **Result:** Result showed that sources of self-efficacy influence on self-efficacy, self efficacy and mother's characteristics directly affects the mother's behaviour. Family centered care can't directly affect mother's behaviour. **Discussion:** It can be concluded that mother's behaviour model in stimulating, loving and physical caring children with leukemia can be formed from mother's characteristics, self efficacy source and Parental self efficacy. Parental self efficacy can be increased especially by improving coping mechanisms and vicarious experience.

**Keyword:** stimulation, emotion, physical, mother's behaviour, leukemia children quality of life

## PENDAHULUAN

Anak dengan leukemia yang menjalani masa perawatan dan pengobatan juga memiliki keinginan serta kebutuhan untuk beraktivitas, melakukan hal yang sama dengan anak normal pada umumnya sesuai dengan tumbuh kembangnya. Pengobatan yang lama serta efek samping yang dirasakan oleh anak yang menjalani pengobatan leukemia dalam jangka waktu lama akan berdampak pada kualitas hidup anak baik dari segi fisik, emosional maupun sosial (Umiati, M., Rakhmawati, W., Simangunsong, B., Lukitowati, Fauzi, E.,

Setiawan, E. 2013; Eiser, C. Richard, E., Stride, C. 2005). Orang tua akan merasa bersalah, marah, lelah dan stres dalam menghadapi kondisi tersebut, oleh karena itu penyakit leukemia pada anak akan memberikan pengaruh dalam beberapa hal yang dialami orang tua yaitu dalam hal psikologis, emosi, ekonomi dan sosial (Jones, B 2012; Mussato 2006). Berbagai situasi ini menyebabkan orang tua anak dengan penyakit leukemia merasakan kesedihan yang berulang, mendalam dan permanen (Eakes 1995). Hal ini akan berpengaruh terhadap perilaku orang tua. Penelitian yang dilakukan di ruang Bona 1 dan Bona 2 RSUD Dr. Soetomo menunjukkan

bahwa 64,3 % orang tua memberikan perawatan pada anak leukemia yang menjalani kemoterapi dengan kategori sedang dan 7,1 % menunjukkan perawatan yang kurang (Quraniati 2013). Hasil pengamatan tentang kualitas perawatan orang tua di ruang hematologi anak RSUD Dr. Soetomo didapatkan 50% orang tua kurang dalam melakukan upaya stimulasi perkembangan anak, orang tua jarang bermain bersama anak serta memilih permainan yang tidak sesuai dengan kebutuhan perkembangan. Selain itu beberapa orang tua anak dengan kanker di Instalasi Rawat Inap (IRNA) anak RSUD Dr. Soetomo kurang memperhatikan kondisi emosi anak akibat penyakit dan pengobatan jangka panjang yang dijalani. Diperlukan upaya perawat dalam penerapan *Family Centre Care* (FCC) sebagai filosofi keperawatan anak untuk melibatkan dan memampukan orang tua sebagai upaya meningkatkan kualitas perawatan orang tua melalui optimalisasi pemenuhan kebutuhan dasar anak Asah, Asih dan Asuh (3A). Hal ini sejalan dengan misi IRNA Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya yaitu menerapkan asah, asih dan asuh dengan melibatkan orang tua (*Care with Parent*). Namun sampai saat ini perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan asah, asih dan asuh untuk meningkatkan kualitas hidup anak dengan leukemia belum dapat dijelaskan.

Kualitas hidup anak akan menurun karena nyeri yang dirasakan, kehilangan aktivitas sehari-hari yang menyenangkan serta ketakutan akan masa depan, begitu pula pada orang tua, orang tua akan merasakan depresi dan kecemasan yang tinggi serta mengalami penurunan kualitas hidup yang signifikan bila dibandingkan dengan populasi orang tua anak normal (Eiser, C. Richard, E., Stride, C. 2005). Stres dan berbagai permasalahan psikologis yang dialami orang tua menurunkan *Parental Self Efficacy* (PSE) (Guimond, A. B., Wilcox, M. J., Lamorey 2008; Hastings, R. P., & Brown 2002). *Self efficacy* berpengaruh terhadap perilaku seseorang *Parental Self Efficacy* (PSE) (Peterson, S. J., Bredow, T 2004) sehingga akan berpengaruh pada kualitas orang tua dalam memberikan perawatan terhadap anak (Jones, T. L., & Prinz 2005). merupakan hal yang dapat digali dari orang tua dimana orang tua merasa berkompoten dan percaya diri akan kemampuan, ketrampilan serta pengetahuan dirinya untuk merawat anak

dengan penyakit kronis ketika anak harus menjalani penyakit dan perawatan dalam jangka waktu yang lama (Guimond, A. B., Wilcox, M. J., Lamorey 2008). *Self efficacy* ini dapat merubah perilaku seseorang (Bandura 1977; Peterson, S. J., Bredow, T 2004) dengan adanya kekuatan dan keyakinan akan sebuah harapan bahwa diri seseorang mampu menghadapi akan terwujud suatu perilaku yang positif. Hal ini dapat diterapkan pada kondisi penyakit kronis yang dialami oleh anak, dimana menunjukkan bahwa efikasi diri orang tua merupakan mediator untuk meningkatkan kualitas perawatan orang tua secara optimal untuk meningkatkan kualitas hidup anak.

Irmawati, M., Irwanto, Cahyadi (2012) menyebutkan bahwa target pelaksanaan tenaga kesehatan dalam penanganan penyakit kronis tidak hanya diprioritaskan dari segi pengobatan saja, tetapi juga perawatan. Salah satu tujuan perawatan dari anak dengan penyakit kronis adalah mengoptimalkan tumbuh kembang anak baik dalam perkembangan fisik, kognitif maupun psikososial. Orang tua memiliki peranan penting dalam memenuhi kebutuhan dasar anak untuk dapat bertumbuh dan berkembang, yaitu dengan Asah, Asih dan Asuh (3A). Kebutuhan dasar anak akan asah merupakan pemenuhan kebutuhan stimulasi anak, asih adalah pemenuhan kebutuhan anak akan emosi atau kasih sayang sedangkan asuh adalah pemenuhan kebutuhan fisik anak (Soetjningsih 2005). Terpenuhinya kebutuhan dasar anak maka kualitas hidup anak terutama anak dengan leukemia akan meningkat.

Perawat dalam upaya meningkatkan kualitas hidup anak memiliki peranan juga untuk menggali kekuatan yang ada dalam orang tua, meningkatkan kepercayaan diri orang tua dan kemampuan untuk merawat anak dengan kondisi penyakit kronis (Soetjningsih 2005). Perilaku merawat anak dengan prinsip asah, asih dan asuh orang tua terhadap anak dengan leukemia ditentukan oleh bagaimana *self efficacy* orang tua. Berawal dari pemikiran dan fenomena tersebut diatas dirasa perlu adanya pengembangan suatu model perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan Asah, Asih, Asuh (3A) untuk meningkatkan kualitas hidup anak leukemia. Kerangka penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah dengan pendekatan teori keperawatan *middle range Self Efficacy* Barbara (Peterson, S. J., Bredow, T 2004) melalui pemenuhan kebutuhan dasar

anak Asah, Asih, Asuh (3A) (Soetjiningsih 2005).

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *eksplanatif observational* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi terjangkau seluruh ibu dengan anak terdiagnosa leukemia yang sedang di rawat di ruang Hematologi anak RSUD Dr. Soetomo, Sampel penelitian adalah Ibu dengan anak terdiagnosa leukemia yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu Ibu bisa membaca dan menulis, Ibu yang sedang menunggu anak selama di rawat di rumah sakit, Ibu dengan anak leukemia yang terdiagnosa  $\geq 4$  minggu dan Ibu dengan anak leukemia yang berusia 6-12 tahun

Teknik pengambilan sampel yang digunakan *non probability sampling*, yaitu *consecutive sampling* dimana penetapan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu (Nursalam 2013). Kurun waktu yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah 1 bulan. Variabel independen dalam penelitian ini adalah sumber *self efficacy* (*performance accomplishment, vicarious experience, verbal persuasion*, mekanisme koping), karakteristik personal ibu (usia, tingkat pendidikan, lama merawat anak, kualitas hidup ibu, kesedihan kronis ibu, kecerdasan emosional ibu), dan *parental self efficacy*. Penelitian dilaksanakan selama 1 bulan pada tahun 2014.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan analisis bivariate, dimana dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi dan dengan *Partial Least Square* (PLS), dimana digunakan untuk menguji model hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistic t (*t-test*). Jika dalam pengujian ini diperoleh t-value  $>1,96$  (alpha 5%) berarti pengujian significant, dan jika nilai t value  $<1,96$  (alpha 5%) berarti hasil tidak signifikan.

## HASIL

Sebagian besar responden yang tidak memiliki *performance accomplishments* memiliki tingkat *self efficacy* yang rendah yaitu sebanyak 7 orang (35%). Sebanyak 35% responden memiliki persuasi verbal yang baik dan berada pada tingkatan *parental self efficacy* yang rendah. Lebih

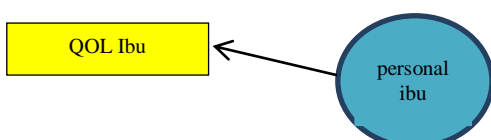
dari separuh responden (55%) memiliki mekanisme koping yang negatif dengan tingkat *self efficacy* yang rendah.

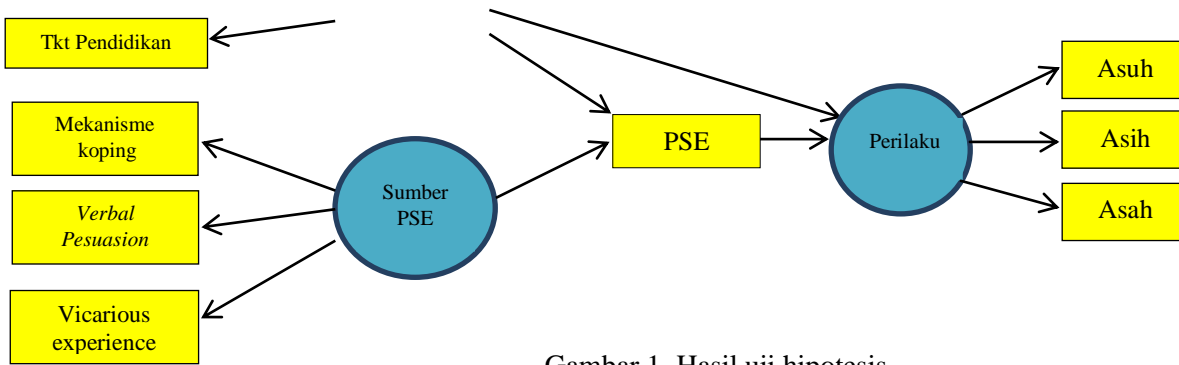
Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar berada pada rentang usia 20-40 tahun sebanyak 70%, dari jumlah tersebut 50% responden memiliki *self efficacy* dalam kategori yang rendah. Indikator pendidikan menunjukkan bahwa pendidikan responden sebagian besar adalah berpendidikan rendah memiliki *self efficacy* dalam kategori yang rendah yaitu sebanyak 8 ibu (40%).

Pada indikator lama orang tua merawat anak dengan leukemia diketahui bahwa sebagian besar orang tua merawat anak dengan leukemia selama 1-3 bulan, dari jumlah tersebut 30 % berada pada tingkat *self efficacy* yang rendah. Indikator kesedihan kronis yang dirasakan orang tua menunjukkan bahwa 55% orang tua yang mengalami kesedihan kronis dalam tingkatan sedang memiliki tingkat *self efficacy* yang rendah. Pada indikator kualitas hidup orang tua menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kategori kualitas hidup yang buruk berada pada rentang *self efficacy* pada kategori yang rendah yaitu sebanyak 8 orang (40%).

Asosiasi faktor personal ibu dengan perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan Asah, Asih dan Asuh pada anak dengan leukemia menunjukkan bahwa indikator pendidikan menunjukkan bahwa sebagian besar ibu dengan pendidikan rendah memiliki perilaku asih maupun asuh dalam kategori baik, yaitu sebanyak 7 orang (35%), begitu pula dengan asah juga dalam kategori baik yaitu sebanyak 6 orang responden (30%). Kualitas hidup ibu dalam kategori buruk memiliki perilaku perawatan asah yang kurang baik (40%), asih dalam kategori yang kurang baik (30%), asuh dalam kategori kurang baik (30%).

Responden yang memiliki *self efficacy* dalam kategori rendah memiliki perilaku asah dalam kategori yang kurang baik (55%), Asih dalam kategori yang rendah (35%) dan asuh juga dalam kategori yang rendah (40%). FCC dalam kategori baik mempengaruhi 45% responden untuk berperilaku pemenuhan asah dalam kategori baik, Separuh responden (50%) memiliki perilaku asih dalam kategori baik dan lebih dari separuh responden (55%) yang memiliki perilaku asuh dalam kategori baik.





Gambar 1. Hasil uji hipotesis

Faktor personal semula tersusun atas usia, tingkat pendidikan, kesedihan kronis, lama diagnosa anak dan kualitas hidup ibu. Hasil uji statistik dengan menggunakan PLS menunjukkan bahwa usia, dan kesedihan kronis yang dialami ibu tidak menunjukkan hasil yang signifikan sehingga indikator penyusun tersebut dihilangkan. Begitu pula indikator penyusun sumber self efficacy dimana semula sumber self efficacy menurut teori dari (Bandura A 1994) tersusun atas 4 komponen yaitu performance accomplishment, vicarious experience, verbal persuasion dan mekanisme koping, namun hasil penelitian ini menunjukkan performance accomplishment tidak signifikan dalam membentuk sumber self efficacy sehingga indikator tersebut dihilangkan. Semua variabel dalam gambar diatas menunjukkan pengaruh yang signifikan sesuai dengan kerangka yang direncanakan, kecuali pada variabel lingkungan (FCC) tidak menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan dengan perilaku ibu, sehingga variabel lingkungan (FCC) dihilangkan

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman langsung (*performance accomplishment*) tidak membentuk sumber self efficacy ibu. Menurut Bandura A (1994) *performance accomplishment* merupakan salah satu penyusun sumber self efficacy, namun dalam penelitian ini tidak sesuai dengan teori tersebut. *Performance accomplishment* menurut (Bandura A 1994) adalah pengalaman menguasai suatu prestasi atau keberhasilan yang pernah dicapai pada masa lalu, dan faktor ini merupakan faktor utama dalam membentuk keyakinan seseorang akan kemampuannya dibandingkan dengan sumber self efficacy yang lain. Semua Ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak mempunyai pengalaman sebelumnya mempunyai anak dengan kondisi penyakit kronis, dimana anak dengan penyakit

kronis membutuhkan perawatan dalam jangka waktu pengobatan dan masuk rumah sakit lebih dari 3 bulan (Wong, D.L., Hokenberry-eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., Schwartz 2010). Hal inilah yang menyebabkan *performance accomplishment* tidak dapat menjadi faktor yang membentuk sumber self efficacy dalam penelitian ini. *Performance accomplishment* ibu dalam kategori baik disebabkan karena para ibu yang menjadi inklusi dalam penelitian ini telah melakukan perawatan pada anak minimal 1 bulan, dengan perawatan minimal 1 bulan ibu akan memiliki pengalaman.

Jumlah terbanyak responden tidak memiliki *vicarious experience* (pengalaman tidak langsung) dan memiliki tingkat self efficacy yang rendah, begitu pula terdapat responden yang memiliki *vicarious experience* juga memiliki self efficacy dalam kategori tinggi. Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa vicarious experience ini menduduki urutan kedua yang menjadi indikator pembentuk sumber self efficacy, serta mempunyai skor yang cukup tinggi. Hasil analisis pada diskusi kelompok menunjukkan bahwa yang dapat menguatkan keyakinan ibu adalah pengalaman dari ibu lain yang memiliki masalah sama.

*Vicarious experience* merupakan pengalaman yang diperoleh dari orang lain yang memiliki karakteristik sama, dapat melewati atau melakukan dengan berhasil (Bandura A 1994). Menurut (Peterson, S, J., Bredow, T 2004) bahwa apabila seorang individu tidak memiliki pengalaman sendiri maka individu tersebut akan belajar dari pengalaman sukses orang lain. Berdasarkan hasil dan pembahasan sebelumnya Ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak memiliki pengalaman sendiri sebelumnya mempunyai anak dengan penyakit kronis, sehingga para ibu yang menjadi responden penelitian ini banyak mempelajari pengalaman

berhasil dari orang lain, sehingga dapat membangkitkan keyakinan pada diri ibu bahwa juga akan bisa merawat anak dengan leukemia dengan baik.

Persuasi verbal dalam penelitian ini menunjukkan hasil bahwa jumlah terbanyak adalah responden yang mempunyai persuasi verbal yang baik namun memiliki tingkat *self efficacy* yang rendah. Hasil uji statistik juga menunjukkan bahwa persuasi verbal memiliki nilai yang kecil dalam membentuk sumber *self efficacy*, dengan persuasi verbal seseorang akan mendapat pengaruh atau sugesti bahwa akan mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitupun sebaliknya dan keyakinan seseorang (Bandura A 1994). Persuasi verbal ini memberikan dorongan pada seseorang namun tidak menunjukkan pengalaman yang nyata yang dapat diamati. Hal ini sesuai dengan hasil diskusi kelompok bahwa ibu dengan anak leukemia seringkali mendapat persuasi secara verbal oleh orang lain yang memiliki pengalaman masa lalu yang tidak dapat diamati oleh ibu pada saat ini. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada gambaran nyata yang dapat diamati oleh ibu untuk dapat dibentuk sebagai proses belajar untuk meningkatkan ketrampilan ibu dalam memberikan perawatan berbasis asah, asih dan asuh pada anak leukemia. Menurut (Bandura A 1994) seseorang akan meningkat keyakinannya dengan mengamati orang lain yang memiliki karakteristik sama sukses melakukan sesuatu yang sama. Pengamatan dari peneliti responden dalam penelitian ini berada pada ruang kelas 3 yang berada di bangsal, sehingga aktifitas sehari-hari yang dilakukan responden selama merawat anak mereka di rumah sakit sering diketahui dan diamati oleh satu sama lain secara nyata terutama dalam aspek Asuh. Sesuai dengan pernyataan responden ketika diskusi kelompok bahwa ketika berada dirumah sakit responden merasa tidak sendirian, banyak yang memiliki masalah sama dengan responden dan dapat dengan sukses merawat anak mereka. Hasil diskusi kelompok menunjukkan pula bahwa responden selain mendapatkan persuasi verbal dari orang yang memiliki pengalaman dimasa lalu, juga mendapat persuasi verbal dari orang tua pasien yang lain, sehingga dengan adanya persuasi

verbal dan *vicarious experience* dapat mendukung *self efficacy* yang baik, namun dalam penelitian *vicarious experience* lebih mendominasi dalam membentuk sumber *self efficacy*.

Responden terbanyak dalam penelitian ini memiliki mekanisme koping yang negatif juga memiliki *self efficacy* dalam kategori rendah. Menurut Bandura A (1994) seseorang untuk dapat yakin akan kemampuannya yaitu salah satunya adalah koping seseorang tersebut terhadap stressor yang dihadapi. Pengelolaan emosi dengan mengurangi stres dan perasaan positif akan merubah persepsi dan interpretasi seseorang akan kemampuan yang dimilikinya juga positif sehingga koping yang baik dapat menjadi cara untuk merubah *self efficacy* seseorang menjadi baik (Bandura A 1994). Koping dapat menjadi indikator dan cara untuk membentuk *self efficacy*. Responden dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak yang menderita penyakit kronis, dimana membutuhkan perawatan dan pengobatan dalam jangka waktu yang lama. Stres yang dialami ibu diakibatkan karena keparahan penyakit anak (Wong, D.L., Hokenberry-eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., Schwartz 2010), Orang tua dengan penyakit kanker diruang hematologi anak Bona 1 sebagian besar mengalami stres (Krisnana, I. 2012). Stres atau kondisi psikologis yang dialami ibu dapat mempengaruhi *self efficacy* ibu (Guimond, A. B., Wilcox, M. J., Lamorey 2008) untuk bangkit dan merawat anak leukemia dengan baik, dengan koping yang baik yang akan dapat menciptakan keyakinan akan kemampuan diri yang baik pula.

Terdapat pengaruh yang signifikan antara faktor personal ibu dengan *parental self efficacy*. Faktor personal ibu dalam rancangan penelitian ini sebelumnya tersusun dari faktor usia, tingkat pendidikan, lama merawat anak, kualitas hidup dan tingkat kesedihan kronis yang dialami, dari kelima faktor yang menyusun faktor personal ibu tersebut, faktor usia dan kesedihan kronis ibu tidak terbukti dapat membentuk faktor personal ibu serta hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan adalah indikator yang paling besar dalam menyusun faktor personal.

Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini sebagian besar berada pada tingkat pendidikan rendah (SD dan SMP) dan memiliki *self efficacy* yang rendah. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa pendidikan ibu ini menjadi indikator yang paling mendominasi

dalam membentuk faktor personal, hal ini disebabkan karena sebagian besar ibu tidak memiliki pendidikan yang tinggi. Menurut Bandura (1997) pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi *self efficacy* seseorang. Tingkat pendidikan seseorang yang tinggi lebih banyak mendapatkan pendidikan formal dibandingkan dengan seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, hal ini disebabkan karena dengan pendidikan formal yang lebih tinggi seseorang akan lebih banyak memiliki kesempatan untuk menghadapi berbagai persoalan yang memerlukan aspek kognitif dalam pemecahannya. *Self efficacy* merupakan suatu pembentukan yang melalui proses kognitif dalam diri seseorang. Ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini sebagian besar berpendidikan rendah, responden yang berpendidikan rendah ini memiliki tingkatan *self efficacy* yang rendah.

Lama ibu merawat anak dalam penelitian ini lebih dari separuhnya berada pada rentang 1-3 bulan. Lama waktu ibu merawat anak dengan leukemia berkaitan dengan pengalaman ibu, menurut Bandura A (1994) pengalaman merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam pembentukan *self efficacy*. Semakin lama ibu merawat anak dengan leukemia semakin banyak rintangan yang menjadikan suatu proses pembelajaran yang harus dilalui oleh ibu. Namun dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki pengalaman 4-12 bulan memiliki nilai *self efficacy* yang sama rendahnya dengan ibu yang memiliki pengalaman merawat anak 1-3 bulan. Ibu atau orang tua selama merawat anak akan seringkali merasakan kekhawatiran akan kondisi kekambuhan anak yang tidak pasti, jadi meskipun ibu yang menjadi responden penelitian ini telah lama merawat anak dengan leukemia namun masih memiliki *self efficacy* yang rendah.

Sebagian besar ibu dengan kualitas hidup yang buruk ini memiliki PSE yang rendah. Menurut (Bandura A 1994) salah satu pembentukan *self efficacy* adalah melalui proses afektif, yaitu suatu proses pengontrolan terhadap stressor yang terjadi. *Self efficacy* yang rendah berkaitan dengan stres dan depresi yang dialami oleh seseorang (Hastings, R. P., & Brown 2002) oleh karena itu seseorang yang memiliki mekanisme pengontrolan terhadap stresor yang kurang baik akan memiliki *self efficacy* yang rendah. Ibu dengan anak leukemia memiliki tingkat stres yang tinggi

(Masa'Deh, R., Collier, J., and Hall 2012) dan berbagai permasalahan psikologis yang menyertai (Mussato 2006). Menurut Eakes (1995) orang tua dengan anak penderita penyakit kronis memiliki berbagai permasalahan psikologis seperti shock, tidak percaya, berduka, marah, frustrasi, sedih, bingung dan putus asa yang berlangsung mendalam, berulang, dan permanen. Teori keperawatan chronic sorrow menyebutkan bahwa salah satu manajemen internal dalam diri seseorang yang mengalami kesedihan kronis adalah dengan proses kognif, sehingga dari pernyataan ini nampak bahwa dengan manajemen internal yang kurang baik, dilihat dari *self efficacy* yang rendah akan memunculkan kesedihan yang terus berulang. Salah satu aspek penyusun kualitas hidup ibu adalah faktor mental emosional. Beberapa hasil ini menunjukkan bahwa ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini belum memiliki pengontrolan terhadap stressor yang baik sehingga memiliki *self efficacy* yang rendah.

Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang signifikan adanya pengaruh antara faktor personal ibu (tingkat pendidikan dan kualitas hidup) dengan perilaku ibu dalam asah, asih dan asuh. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa indikator usia, lama merawat anak, kesedihan kronis tidak terbukti dapat membentuk faktor personal ibu.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar adalah berpendidikan rendah. Responden yang berpendidikan rendah ini dari hasil tabel asosiasi menunjukkan bahwa terdapat nilai yang mendominasi yaitu ibu dengan pendidikan rendah memiliki perilaku pemenuhan kebutuhan asah, asih maupun asuh yang baik. Menurut Soetjningsih (2005) menyatakan bahwa pendidikan orang tua merupakan faktor yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, dengan pendidikan yang tinggi orang tua dapat lebih mudah menyerap informasi. Pernyataan ini kurang sesuai dengan hasil penelitian ini meskipun secara teori maupun penelitian yang menyatakan bahwa pendidikan yang tinggi akan berpengaruh terhadap perilaku yang baik, namun berbeda dengan situasi dimana tempat penelitian dilaksanakan. Notoadmodjo (2013) mengatakan bahwa perilaku merupakan totalitas pegrhayatan dan aktivitas yang merupakan hasil akhir dari rangkaian proses dalam diri manusia seperti perhatian, pegamatan, pikiran, ingatan maupun fantasi seseorang. Di tempat penelitian yaitu ruangan hematologi anak Bona

1 RSUD Dr Soetomo merupakan ruangan kelas 3 dimana sangat mudah bagi masing-masing ibu untuk saling bertukar informasi dan pengalaman baik melalui panca indra maupun secara verbal. Family centre care merupakan suatu program dimana seorang perawat memampukan dan melibatkan keluarga dalam setiap asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap anak, dengan *family centre approach* ini perawat dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan orang tua dalam merawat anaknya (Soetjningsih 2005), sehingga meskipun tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini cenderung rendah namun memiliki aspek pendukung yang memadai untuk dapat meningkatkan pengetahuan maupun kemampuan ibu dalam memenuhi kebutuhan anak akan asah, asih maupun asuh.

Lama ibu merawat anak dengan leukemia di nilai mulai dari anak terdiagnosa leukemia hingga waktu penelitian. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lama merawat anak dengan leukemia tidak signifikan dalam membentuk faktor personal ibu. Lama merawat anak tidak selalu menjamin baik buruknya perilaku ibu dalam penelitian ini. Terdapat faktor Internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang (Notoadmodjo 2013). Model dari Resnick yang merupakan pengembangan dari teori self efficacy Bandura yang mendasari penelitian ini menampilkan lingkungan sebagai faktor eksternal sedangkan faktor personal sebagai faktor internal. Menurut Notoadmodjo (2013) dari segi faktor eksternal lingkungan merupakan faktor yang mendominasi terbentuknya perilaku seseorang. Lama merawat anak disini merupakan salah satu faktor internal dari ibu. Faktor internal maupun eksternal saling terkait untuk membentuk perilaku seseorang. Responden penelitian ini memiliki banyak dukungan dari lingkungan, hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa responden memiliki *vicarious experience* atau pengalaman dari orang lain yang memiliki masalah sama, hasil diskusi kelompok juga menunjukkan bahwa dukungan berupa belajar dari pengalaman dari ibu lain yang memiliki masalah sama yang telah lebih dulu anaknya terdiagnosa leukemia. Selain itu di ruangan perawatan anak RSUD Dr Soetomo Surabaya telah menerapkan *Family Centered Care* yang dapat mempengaruhi personal ibu, dimana sesuai dengan model teori dari Resnick yang menunjukkan bahwa selain lingkungan dapat berpengaruh langsung terhadap perilaku,

faktor lingkungan juga sebelum dapat mempengaruhi perilaku, faktor ini merubah atau mempengaruhi faktor personal terlebih dahulu kemudian bisa merubah perilaku.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah rerata terbanyak responden adalah responden yang memiliki kualitas hidup yang buruk dan memiliki perilaku pemenuhan kebutuhan asah, asih dan asuh dengan kualitas yang buruk pula. Penelitian ini dapat diketahui bahwa kualitas hidup ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini sebagian besar adalah memiliki kualitas hidup yang buruk. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Eiser, C. Richard, E., Stride, C. (2005) bahwa kualitas hidup ibu anak dengan penyakit kronis akan menurun. Kualitas hidup ibu menurut Ware, J, E., Gandek (1998) terdiri dari fungsi kesehatan fisik, keterbatasan peran karena kesehatan fisik, nyeri, persepsi kesehatan secara umum, fungsi sosial, masalah emosional, psikis dan vitalitas. Dimensi kualitas hidup memiliki aspek yang cukup luas, yaitu aspek masalah fisik maupun psikologis. Menurut Notoadmodjo (2013) mengatakan kondisi emosi seseorang dapat mempengaruhi perilaku, karena emosi akan mempengaruhi pikiran dan daya nalar seseorang.

Hasil pengambilan data menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang memiliki *self efficacy* rendah juga memiliki perilaku asah, asih dan asuh yang rendah juga. Hasil uji statistik dalam penelitian ini menunjukkan pula adanya pengaruh yang signifikan antara PSE dengan perilaku ibu dalam asah, asih dan asuh.

Menurut (Bandura A 1994) *efficacy* adalah keyakinan seseorang akan kemampuan dirinya dalam melakukan suatu aktivitas tertentu untuk mencapai suatu tujuan, menghadapi suatu tantangan atau bangkit dari masalah. *Parental Self Efficacy* (PSE) didefinisikan oleh Guimond, A, B., Wilcox, M, J., Lamorey (2008) sebagai persepsi orang tua akan kemampuan dirinya dalam menjalankan tugasnya sebagai orang tua terhadap anaknya secara efektif. Hal ini sejalan dengan Peterson, S, J., Bredow, T (2004) yang menyebutkan bahwa self efficacy akan berpengaruh terhadap perilaku seseorang.

Bandura (1994) mengatakan bahwa *self efficacy* akan melalui suatu proses dalam diri individu yaitu proses kognitif, motivasional, afektif dan seleksi. Melalui proses kognitif yaitu self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir sehingga dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Proses ini sejalan dengan pendapat Gist & Mitchell

(1992) dalam Peterson, S, J., Bredow, T (2004) bahwa sebelum terbentuk suatu perilaku terjadi proses dalam diri seseorang yaitu analisis dari tugas yang akan dilalui, analisis dari pengalaman yang dimiliki dan mengkaji berbagai kebutuhan yang diperlukan sehingga akan muncul keyakinan atau kesiapan seseorang dalam menghadapi suatu tantangan, dari sinilah kemudian terbentuk perilaku yang tepat (Resnick, 2004). Ibu dengan anak leukemia yang memiliki *self efficacy* tinggi akan terbentuk pola pikir akan tercapainya suatu kesuksesan yaitu harapan kesembuhan anak atau kualitas hidup anak yang baik, sehingga dengan terbentuknya pola pikir yang positif ini akan terwujud suatu hal yang positif pula, perawatan ibu yang berdasar pada asah, asih dan asuh dengan kualitas baik sehingga terwujud kualitas hidup anak yang baik.

*Self efficacy* merupakan hal terpenting dalam diri seseorang untuk membentuk sebuah motivasi yang kuat, menurut teori *expectancy-value* menyatakan bahwa motivasi terbentuk melalui harapan, usaha yang dilakukan seseorang berdasarkan dari seberapa besar harapan yang ingin diraih (Bandura A 1994). Adanya kepercayaan *self efficacy* yang tinggi pada seorang ibu dengan anak yang terdiagnosa leukemia dimana harus melakukan perawatan dalam jangka waktu yang panjang akan melewati berbagai tantangan selama perawatan, dengan motivasi yang kuat akan terbentuk suatu komitmen serta tingkatan pencapaian harapan yang tinggi yaitu terwujudnya kualitas hidup anak yang baik sehingga terbentuk perilaku pemenuhan kebutuhan anak asah, asih dan asuh dengan kualitas yang baik.

*Parental self efficacy* dalam penelitian ini memiliki pengaruh yang signifikan dalam membentuk perilaku asah, asih dan asuh ibu dengan anak leukemia. Pengaruh yang signifikan ini salah satunya juga dibentuk oleh faktor personal yang mendasari *self efficacy* Ibu, yaitu usia, pendidikan, lama merawat anak, tingkat kesedihan dan kualitas hidup ibu, yang telah dibahas pengaruhnya pada sub bab sebelumnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat mengaplikasikan *Family Centerd Care* (FCC) dengan baik. Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya pengaruh antara FCC dengan perilaku ibu. Teori *middle range self efficacy* dari Barbara Resnick (2004) dalam (Peterson, S, J., Bredow, T 2004) menunjukkan bahwa faktor lingkungan

memberikan pengaruh pada perilaku, namun pada penelitian ini tidak dapat membuktikan model tersebut. Penelitian untuk menyusun model tersebut dilaksanakan di negara asing yang berbeda budaya dan karakteristik personalnya dengan penelitian ini. Teori *middle range self efficacy* oleh Barbara Resnick (2004) dalam Peterson, S, J., Bredow, T (2004) nampak bahwa lingkungan selain dapat langsung mempengaruhi perilaku juga dapat melalui jalur peningkatan karakteristik personal terlebih dahulu sebelum kemudian dapat meningkatkan *self efficacy* dan juga perilaku. Menurut Judge (1997) dalam Guimond, A, B., Wilcox, M, J., Lamorey (2008) pemberdayaan orang tua terbukti secara signifikan dapat meningkatkan *parental self efficacy* ibu sehingga meningkatkan peran sebagai orang tua dengan baik. Hal ini sejalan dengan Dust (1999) bahwa perlunya dukungan pada faktor personal orang tua untuk dapat meningkatkan perilaku sehingga dapat tercipta output yang baik pada anak melalui program FCC.

Menurut Soetjiningsih (2005) peran pelayanan kesehatan pada anak dengan penyakit kronis atau leukemia bukan hanya pada aspek penyembuhan tetapi juga perawatan, tujuannya adalah untuk mencegah dampak dari kondisi kesehatan kronis dan mengoptimalkan tumbuh kembang anak baik fisik, kognitif dan psikososial, untuk dapat mencapai tujuan ini diperlukan perawatan yang berorientasi kepada keluarga (*Family Centered*). Perawatan dengan prinsip FCC ini memberikan dukungan dalam hal mengetahui kekuatan yang ada dalam keluarga, meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan dalam merawat anak. Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat keluarga adalah memampukan (*empowerment*) dan memberdayakan (*enabling*) (Wong, D.L., Hokenberry-eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., Schwartz 2010). FCC memberikan informasi mulai dari yang dasar sampai dengan perkembangannya secara berkelanjutan, dengan tujuan agar keluarga dan anak dapat lebih efektif dalam perawatan dan pengambilan keputusan, menyediakan fasilitas pendukung baik yang formal maupun informal. Seperti contoh pendukung informal yaitu adanya support group, bekerja sama dengan pasien dan keluarga di semua tingkat pelayanan kesehatan (American Academic of Pediatric 2012).

Perawat telah mengaplikasikan filosofi keperawatan anak FCC dalam memberikan



perawatan pada pasien anak di ruang Bona 1 RSUD Dr Soetomo Surabaya, dimana sejalan dengan misi IRNA Anak yaitu memberikan pelayanan profesional berprinsip pada ASUH, ASIH, ASAH dengan melibatkan orang tua (*Care with parents*). FCC yang diaplikasikan oleh perawat tidak dapat langsung merubah perilaku ibu dalam asah, asih dan asuh, namun harus merubah karakteristik personal dari ibu terlebih dahulu. Indikator pendidikan merupakan indikator pembentuk karakteristik personal ibu yang paling utama. Responden dalam penelitian sebagian besar memiliki pendidikan dalam kategori yang rendah, sehingga diperlukannya peran perawat dalam memberdayakan dan memampukan ibu dalam perawatan anak untuk meningkatkan pengetahuan maupun ketrampilan ibu dalam perawatan anak, sehingga dengan pengetahuan dan ketrampilan yang baik akan dapat merubah perilaku ibu.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Model perilaku ibu dalam pemenuhan kebutuhan asah, asih dan asuh sebagai upaya peningkatkan kualitas hidup anak dapat disusun dari beberapa faktor yaitu sumber *self efficacy*, *parental self efficacy* dan faktor personal ibu dengan anak leukemia. Kualitas personal ibu dapat ditingkatkan melalui program *family centered care*. *Parental self efficacy* dapat ditingkatkan dengan cara memperbaiki sumber *self efficacy* terutama mekanisme koping dan dukungan berupa pengalaman orang lain.

### Saran

Perlu adanya program diskusi kelompok secara terstruktur bagi orang tua dengan anak leukemia yang di fasilitasi secara kolaboratif oleh tenaga kesehatan, baik dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan lain untuk saling bertukar pengalaman dan memecahkan permasalahan bersama berbasis pemenuhan kebutuhan dasar anak asah, asih dan asuh. Perawat perlu meningkatkan pengetahuan orang tua tentang gejala fisik dan efek samping pengobatan anak dengan leukemia serta cara perawatan fisik anak leukemia dengan pendekatan dimensi fisik kualitas hidup anak yaitu memantau respons anak terhadap pengobatan kemoterapi, mencegah infeksi, mencegah cedera yang dapat menyebabkan perdarahan, pemberian nutrisi, mengatasi

nyeri, istirahat dan tidur. Perlunya peningkatan pengetahuan orang tua dengan pemberian edukasi tentang perkembangan anak usia sekolah dan stimulasi yang terarah dan aman untuk perkembangan anak usia sekolah dengan penyakit leukemia. Perlunya perawat memberikan edukasi kepada orang tua dengan anak leukemia tentang kondisi emosional anak dengan leukemia dan pemenuhan kebutuhan emosional anak yang meliputi kasih sayang, rasa aman, harga diri, kebutuhan sukses, mandiri, dorongan, mendapatkan kesempatan dan pengalaman dan rasa memiliki

## KEPUSTAKAAN

- Bandura, 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp.191–215. Available at: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- Bandura A, 1994. Self Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*, 4, pp.71–81. Available at: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.
- Eakes, G., 1995. Chronic Sorrow: The Lived Experience of Parents of Chronically Mentally ill Individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2).
- Eiser, C. Richard, E., Stride, C., B., 2005. Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their Mothers. *Health and Quality of life outcomes*, 29(3).
- Guimond, A. B., Wilcox, M. J., Lamorey, J., 2008. The Early Intervention Parenting Self-Efficacy Scale (EIPSES) Scale Construction and Initial Psychometric Evidence. *Journal of Early Intervention*, 30(4), pp.295–320.
- Hastings, R. P., & Brown, T., 2002. Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107, pp.222–232.
- Irmawati, M., Irwanto, Cahyadi, A., 2012. Penilaian Kualitas Hidup Anak Penderita Kanker. *Jurnal Ners*, 7(2).
- Jones, B. L., 2012. The challenge of quality care for family caregivers in pediatric cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), pp.213–220.
- Jones, T. L., & Prinz, R.J., 2005. Potential roles of parental self-efficacy in parent

- and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, pp.341–363.
- Krisnana, I., 2012. Model asuhan keperawatan dengan pendekatan Creating Oportunity for Parent Empowerment (COPE) sebagai upaya menurunkan stres hospitalisasi orang tua dengan anak leukemia. *Jurnal Ners*, 7(2).
- Masa'Deh, R., Collier, J., and Hall, C., 2012. Parental stress when caring for a child with cancer in Jordan: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, pp.1–7. Available at: <http://www.hqlo.com/content/10/1/88>.
- Mussato, K., 2006. Adaptation of Child and family to life with a chronic illness. *Cambridge Journal*, 16.
- Notoadmodjo, 2013. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.*, Jakarta: Salemba Medika.: Salemba Medika.
- Pediatric, A.A.O., 2012. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), pp.394–404. Available at: [www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org).
- Peterson, S, J., Bredow, T, S., 2004. *Middle Range Theories Application to Nursing Research*, Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.
- Quraniati, N., 2013. *Model empowerment sebagai upaya meningkatkan perilaku orang tua dalam perawatan anak leukemia dengan kemoterapi*, Surabaya.
- Soetjningsih, 2005. *Tumbuh Kembang Anak dan Remaj* 2nd ed., Jakarta: Sagung Seto.
- Umiahi, M., Rakhmawati, W., Simangunsong, B., Lukitowati, Fauzi, E., Setiawan, E., T., 2013. Gambaran kualitas hidup anak usia 6-18 Tahun yang menjalani kemoterapi. *Indonesian journal of cancer*. Available at: [Indonesianjournalofcancer.org](http://Indonesianjournalofcancer.org).
- Ware, J, E., Gandek, B., 1998. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project for the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*, 51(11), pp.903–912. Available at: <http://www.qualitymetric.com/WhatWeDo/GenericHealthSurveys/tabid/184/Default.aspx>.
- Wong, D.L., Hokenberry-eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., Schwartz, P., 2010. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*, Jakarta: EGC.

# DETEKSI DINI DERAJAT KESADARAN MENGGUNAKAN PENGUKURAN NILAI KRITIS MEAN ARTERY PRESSURE

*(Detection of the Degree of Awareness Using the Measurement of Critical Value Mean Artery Pressure on Nursing Care)*

Martono\*, Sudiro\*, Satino\*

\*Keperawatan Politeknik Kesehatan Surakarta

Jl. Letjend Sutoyo Mojosongo Surakarta, 0271-856929. Fax. 0271-855388

Email: must\_ton@ymail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Dampak Trauma cranio cerebral dapat mempengaruhi gangguan autoregulasi volume intrakranial yang terdiri dari otak, cairan serebrospinal dan darah dalam pembuluh darah. Perubahan salah satu volume tersebut tanpa diikuti respon kompensasi dari faktor yang lain akan menimbulkan perubahan tekanan intrakranial dan jumlah aliran darah dari sirkulasi sistemik yang diperlukan untuk memberi oksigen dan glukosa yang adekuat untuk metabolisme otak. Salah satu hal yang sangat penting dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala adalah menjaga kecukupan *Mean Arteri Pressure* serebral. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kecukupan nilai kritis mean artery pressure dalam mendeteksi tingkat kesadaran pada pasien yang mengalami cedera kepala. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *explanatory research* dengan pendekatan cross sectional yang menjelaskan pengaruh dan prediksi kecukupan nilai kritis mean arteria pressure terhadap derajat kesadaran pada pasien cedera kepala yang berjumlah 34 sampel. Uji statistik penelitian ini menggunakan regresi sederhana. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang positif nilai kritis mean artery pressure terhadap derajat kesadaran yang ditunjukkan nilai  $p=0.00<0.05$  dan nilai mean artery pressure mampu mendeteksi tingkat kesadaran pasien cedera kepala sebesar 77.8%. **Diskusi:** Peningkatan nilai kritis *Mean Arterial Pressure* lebih dari 65 mmHg dapat memperbaiki mikrosirkulasi dan autoreglasi otak, sehingga mencegah terjadinya penurunan kesadaran pada pasien cedera kepala.

**Kata kunci:** *mean artery pressure (MAP)*, kesadaran, cedera kepala

## ABSTRACT

**Introduction:** *The Impact of the trauma cranio cerebral can affect the volume autoregulation disorders any intracranial disease that consists of the brain and cerebrospinal fluid and the blood in the veins. The changes one of the volume without followed the response of compensation from the other factors will cause overt increased intracranial pressure changes and the amount of blood flow from the systemic circulation required to give oxygen and glucose intake to the metabolism of the brain. One of the things that is very important in nursing nursery on patients with injury head is to maintain the adequacy of Mean Artery Pressure cerebral. This research aims to know the adequacy of critical value mean artery pressure in detecting the level of consciousness in patients who suffered injury on the head. Method: This research using explanatory design research with cross sectional approach that explains the influence and the prediction of the adequacy of the critical value mean arteria pressure against the degree of awareness in patients with injury head which numbered 34 samples. This research statistics tests using simple regression. Result: The results of the study showed that there is a positive influence critical value mean artery pressure against the degree of awareness that indicated the value of  $p=0.00<0.05$  and value of mean artery pressure is able to detect the level of consciousness patients injury head of 77.8%. Discussion: Increased critical value mean arterial pressure is more than 65 mmHg can improve mikrosirkulasi and autoreglasi brain, so that prevent the decline of awareness in patients with wounds of the head.*

**Keywords:** *mean artery pressure (MAP)*, consciousness injury head

## PENDAHULUAN

Kecelakaan lalu lintas merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi semua sektor kehidupan dan salah satu penyebab utama trauma *cranio cerebral*. Dampak Trauma craniocerebral tersebut dapat mempengaruhi gangguan autoregulasi volume intrakranial yang terdiri dari otak, cairan serebrospinal dan darah dalam pembuluh darah. Perubahan salah satu volume tersebut tanpa diikuti respon kompensasi dari

faktor yang lain menimbulkan tekanan intrakranial dan jumlah aliran darah dari sirkulasi sistemik yang diperlukan untuk memberi oksigen dan glukosa yang adekuat untuk metabolisme otak.

Salah satu hal yang sangat penting dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala adalah menjaga kecukupan tekanan perfusi serebral. Jika jumlah aliran darah dari sirkulasi sistemik yang diperlukan untuk memberi oksigen dan glukosa yang adekuat

untuk metabolisme di otak diatas 100 mmHg, maka potensial terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan sebaliknya jika nilai tekanan perfusi serebral kurang dari 60 mm Hg, aliran darah ke otak tidak adekuat sehingga hipoksia, gangguan kesadaran dan kematian sel otak dapat terjadi. Sedangkan jika *mean arterial pressure* dan *intrakranial pressure* sama, berarti tidak ada tekanan perfusi serebral dan perfusi serebral berhenti (Black, J.M. & Matassarin-Jacobs, 1993), sehingga tekanan perfusi otak dapat dijadikan sebagai prediktor keluaran tingkat defisit neurologis dan tingkat kesadaran. Laporan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Howard D. Sesso, Meir J. Stampfer, Bernard Rosner, Charles H. Hennekens, J. Michael Gaziano, JoAnn E. Manson (2000), menjelaskan bahwa tekanan sistole dan diastole, *mean arterial pressure* mampu memprediksi *cardiovascular disease* pada orang muda, sedangkan baik sistole atau rata-rata denyut nadi memprediksi *cardiovascular disease* pada orang dan memberikan saran apakah *mean arterial pressure* ada kaitannya korelasikan dengan tekanan sistole dan diastole lebih lebih baik.

Upaya yang dapat dilakukan untuk memprediksi adanya gangguan kesadaran akibat ketidakcukupan tekanan perfusi serebral yaitu dengan melakukan pengukuran lebih awal kecukupan tekanan rata-rata aliran darah ke otak. (Price, Sylvia A., & Wilson, 2006) menjelaskan bahwa mekanisme autoregulator otak sangat berperan dalam mempertahankan aliran darah ke otak dalam rentang fisiologik 60 mmHg-160 mmHg tekanan arteri rata - rata dibawah kondisi tekanan darah arteri yang selalu berubah-ubah. Tekanan arteri rerata (*mean artery pressure/MAP*) merupakan mekanisme kompensasi dalam mempertahankan tekanan perfusi serebral yaitu dengan meningkatkan tekanan arteri rerata tersebut. Untuk itu, sangat penting menjaga kestabilan pasokan aliran darah otak agar tidak terjadi kerusakan lebih lanjut. Kecukupan rata-rata aliran darah ke otak merupakan bahan kajian yang penting dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala. Kegagalan mengidentifikasi dan mengetahui tanda dan gejala tekanan perfusi otak dan kecukupan rerata arteri pasien dengan cedera kepala lebih awal merupakan resiko yang paling besar karena dapat menyebabkan kerusakan otak yang irreversibel sampai kematian.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilakukan untuk menjelaskan pengaruh dan prediksi kecukupan nilai kritis mean arteria pressure terhadap derajat kesadaran pada pasien cedera kepala menggunakan rancangan *explanatory research* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua semua pasien yang mengalami yang mengalami cedera kepala yang dirawat di unit perawatan bedah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Delanggu Kabupaten Klaten yang berjumlah 34 sampel dengan pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Uji statistik yang digunakan untuk melihat sejauh mana pengaruh variabel nilai kritis *mean arterial pressure* dalam mendeteksi tingkat kesadaran menggunakan Uji Regresi dengan tingkat signifikansi yang dipahami 95 %.

## HASIL

Sebaran jenis kelamin pasien cedera kepala dari 34 orang pada penelitian ini sebagian besar perempuan yaitu sebesar 18 orang (52.9%) dan sisanya laki-laki sebesar 16 orang (47.1%). Sebaran tingkat pendidikan pada pasien cedera kepala dari 34 orang yang diteliti sebagian besar SMA yaitu sebesar 13 orang (38.3%), SD sebesar 12 orang (35.3%), SMP sebesar 6 orang (17.6%), dan sisanya perguruan tinggi sebesar 3 orang (8.8%). Sebaran umur pada pasien cedera kepala dari 34 responden pada penelitian ini sebagian besar lanjut usia yaitu sebesar 20 orang (58.8%), usia tua sebesar 13 orang (38.3%), dan sisanya remaja sebesar 1 orang (2.9%). Sebaran tekanan sistole pada pasien cedera kepala dari 34 orang yang diteliti sebagian besar dengan kategori normal dan pra hipertensi yaitu masing-masing sebesar 9 orang (26.5%), hipertensi stadium I sebesar 6 orang (17.6%), hipertensi stadium II sebesar 4 orang (11.8%) dan sisanya dengan kategori rendah dan hipertensi parah yang masing-masing sebesar 3 orang (8.8%). Sebaran tekanan sistole pada pasien cedera kepala dari 34 orang yang diteliti sebagian besar mempunyai tekanan diastole dengan kategori normal dan hipertensi stadium I yaitu masing-masing sebesar 10 orang (29.4%), kategori rendah sebesar 6 orang (17.6%), pra hipertensi sebesar 4 orang (11.8%), hipertensi stadium II sebesar 3 orang (8.8%) dan sisanya dengan kategori hipertensi parah sebesar 1 orang (2.9%). Sebaran kecukupan *mean artery*

*pressure* pada pasien cedera kepala dari 34 responden yang diteliti sebagian besar dengan kategori normal sebesar 20 orang (58.8%), kategori tinggi sebesar 8 orang (23.6%), dan sisanya dengan kategori kurang sebesar 6 orang (17.6%). Sebaran tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala dari 34 responden yang diteliti sebagian besar mempunyai tingkat kesadaran dengan kategori somnolen yaitu sebesar 13 orang (38.3%), kategori koma dan apatis masing-masing sebesar 8 orang (23.5%), dan sisanya dengan kategori komposmentis sebesar 6 orang (14.7%).

Prediksi nilai rata-rata variabel kecukupan *mean artery pressure* terhadap tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala pada penelitian ini menggunakan persamaan regresi yang digunakan adalah kesadaran=10.552+1.012x + e.

Tabel 1. Rangkuman Hasil Analisis Regresi Linier Sederhana

Variabel	Koefisien Regresi	Hasil Uji	Signifikansi
Koefisien Regresi MAP	1.012	t=7.648	0.000
Konstanta	10.552	=1.157	0.114
R	0,870		
R <sup>2</sup>	0,778		
F		F=38.717	0.000

Tabel 2. Nilai Prediksi Tingkat Kesadaran

Case Number	Std. Residual	Tingkat Kesadaran	Predicted Value	Residual
1	1,565	4	2,43	1,568
2	-1,687	1	2,69	-1,691
3	,051	3	2,95	,051
4	-1,687	1	2,69	-1,691
5	1,049	4	2,95	1,051
6	,567	3	2,43	,568
7	-,689	2	2,69	-,691
8	1,565	4	2,43	1,568
9	1,049	4	2,95	1,051
10	-,309	3	2,69	-,309
11	-1,687	1	2,69	-1,691
12	,051	3	2,95	,051
13	-,689	2	2,69	-,691
14	-,309	3	2,69	-,309
15	-,431	2	2,43	-,432
16	1,049	4	2,95	1,051
17	-,689	2	2,69	-,691
18	,051	3	2,95	,051
19	1,049	4	2,95	1,051
20	-1,687	1	2,69	-1,691
21	-1,687	1	2,69	-1,691
22	-,309	3	2,69	-,309
23	-,689	2	2,69	-,691
24	,051	3	2,95	,051
25	-,309	3	2,69	-,309
26	-,431	2	2,43	-,432
27	1,307	4	2,69	1,309
28	-,689	2	2,69	-,691
29	-,309	3	2,69	-,309
30	-,309	3	2,69	-,309
31	-,309	3	2,69	-,309
32	-,689	2	2,69	-,691
33	1,565	4	2,43	1,568
34	-,309	3	2,69	-,309

Tabel 3. Rangkuman Hasil Uji t

Variabel	Harga t		Keterangan
	t- Hitung	t- tabel	
X <sub>1</sub> Y α = 0,05 : N = 34 (df) n-k-1	6.961	2.042	Ada pengaruh

Berdasarkan tabel 1 dapat diperoleh perbandingan signifikansi uji F hitung sebesar 0.00<0.05 artinya persamaan garis regresi yang telah digunakan mampu melakukan prediksi dengan baik (Nilai *mean artery pressure* (MAP) mampu memprediksi atau mendeteksi tingkat kesadaran pasien). Sedangkan koefisien regresi variabel *mean artery pressure* (X) sebesar 1.012, hal ini menunjukkan bahwa jika *mean artery pressure* mengalami kenaikan 1, maka tingkat kesadaran (Y) akan mengalami peningkatan sebesar 1.012. Hasil uji koefisien regresi pada penelitian ini diperoleh bernilai positif artinya terjadi hubungan yang positif antara *mean artery pressure* dengan tingkat kesadaran, yang artinya semakin nilai *mean artery pressure* meningkat maka semakin meningkatkan tingkat kesadaran.

Pada tabel 2, didapatkan nilai residual (*unstandardized residual*) pada penelitian ini diperoleh semakin mendekati nilai 0. Dengan demikian model regresi yang digunakan pada penelitian ini mampu melakukan prediksi dengan baik (nilai MAP mampu memprediksi atau mendeteksi tingkat kesadaran pasien). Nilai tingkat kesadaran yang diprediksi dapat dilihat pada kolom *predicted value*.

Hasil perhitungan uji t diperoleh derajat kebebasan (df) n-k-1=34-2-1=31 dengan pengujian 2 sisi (signifikansi = 0,025), maka perbandingan harga t<sub>hitung</sub> = 6.961 > t<sub>tabel</sub> = 2.042 dengan tingkat signifikansi 95%. Dengan demikian Ho ditolak dan Ha diterima, artinya bahwa ada pengaruh secara signifikan antara nilai kritis *mean artery pressure* dengan tingkat kesadaran. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai R<sup>2</sup> sebesar 0.778, artinya nilai kritis *mean artery pressure* mempunyai pengaruh terhadap kesadaran pasien sebesar 77.8% dan sisanya dipengaruhi variabel lain. Rangkuman hasil uji t disajikan pada tabel 10.

Hasil uji statistik Uji R<sup>2</sup> diperoleh nilai R<sup>2</sup> sebesar 0.778, artinya nilai kritis *mean artery pressure* mempunyai kontribusi terhadap tingkat kesadaran pasien sebesar 77.8% dan sisanya sebesar 22.2% dipengaruhi variabel lain.

## PEMBAHASAN

### Karakteristik Pasien Cidera Kepala

Sebaran data jenis kelamin cidera kepala dari 34 responden pada penelitian ini sebagian besar perempuan yaitu sebesar 52.9% dan sisanya laki-laki sebesar 47,1%. Hal ini bertolak belakang dengan laporan penelitian Nurfaise., Moh. Zainuddin (2012) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin laki-laki terdata sebagian besar mengalami cidera kepala, yaitu sebanyak 73,3%, sedangkan perempuan adalah sebanyak 26,7%. Namun demikian, dapat dijelaskan bahwa jenis kelamin perempuan pada penelitian terdata sebagian besar mengalami cidera kepala karena pelanggaran lalulintas dan kurangnya ketrampilan mengendarai sepeda motor sehingga mengakibatkan kecelekaan.

Sebaran umur pada pasien cidera kepala dari 34 responden pada penelitian ini sebagian besar adalah lanjut usia sebesar 58.8%, usia tua sebesar 38.3%, dan sisanya remaja sebesar 2.9%. Di laporkan sebelumnya melalui penelitian yang dilakukan oleh Nurfaise., Moh. Zainuddin., Wicaksono (2012) yang menjelaskan bahwa kelompok usia pasien cedera kepala tersering adalah kelompok usia 15 - 60 tahun yaitu sebanyak 81,2%. Kelompok usia pasien cedera kepala yang paling sedikit yaitu kelompok umur lebih dari 60 tahun sebesar 2%, sedangkan untuk 5-14 tahun adalah sebanyak (16,8%). Dengan melihat perbandingan data penelitian kejadian cidera kepala tersebut secara umum ada kesamaan angka kejadian cidera kepala, yang membedakan kategori kelompok umur. Pembagian kelompok umur ada penelitian ini adalah usia anak (2-17 tahun), remaja (18-21 tahun), subur (22-35 tahun), tua (36-45 tahun), dan usia lanjut >45 tahun). Usia lanjut pada penelitian merupakan prevalensi yang aling banyak hal ini terjadi disebabkan usia tersebut merupakan risiko penurunan fungsi saraf, dan berkurangnya fungsi panca indera.

Tekanan darah dalam kehidupan seseorang bervariasi secara alami. Bayi dan anak-anak secara normal memiliki tekanan darah yang jauh lebih rendah daripada dewasa. Tekanan darah juga dipengaruhi oleh aktivitas fisik, dimana akan lebih tinggi pada saat melakukan aktivitas dan lebih rendah ketika beristirahat. Tekanan darah dalam satu hari juga berbeda; paling tinggi di waktu pagi hari dan paling rendah pada saat tidur malam hari. Kenaikan tekanan arteri pada usia tua biasanya

dihubungkan dengan timbulnya arteriosklerosis. Pada penyakit ini, tekanan arteri yang terutama meningkat; pada kira-kira sepersepuluh dari semua orang tua akhirnya meinnngkat di atas 200 mmHg. Tekanan darah seseorang dapat lebih atau kurang dari batasan normal. Jika melebihi nilai normal, orang tersebut menderita tekanan darah tinggi/hipertensi. Sebaliknya, jika kurang dari nilai normal, orang tersebut menderita tekanan darah rendah /hipotensi. Sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah. Tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat sampai usia 55 – 60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan atau menurun drastis. Pada hipertensi sistolik terisolasi, tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg dan tekanan diastolik masih dalam keadaan normal. Hipertensi ini sering ditemukan pada usia lanjut. Hal ini sesuai pendapat yang disampaikan Potter, P.A & Perry (2005) yang menjelaskan bahwa Tekanan darah dewasa cenderung meningkat seiring dengan pertambahan usia.

Perubahan tingkat kesadaran biasanya dimulai dengan adanya gangguan fungsi diensefalon yang ditandai kebuntuan, kebingungan, letargi dan akhirnya stupor. Penurunan kesadaran yang berkelanjutan terjadi pada disfungsi otak tengah dan ditandai dengan semakin dalamnya keadaan stupor. Akhirnya dapat terjadi disfungsi medula dan pons yang menyebabkan koma. Penurunan progresif kesadaran ini digambarkan sebagai perkembangan rostral-kaudal. Volume intrakranial yang kaku berisi jaringan otak (1400g), darah (75ml), dan cairan serebro spinalis (75ml), volume dan tekanan pada ketiga komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan. Adanya peningkatan salah satu dari komponen ini menyebabkan perubahan pada volume yang lain. Keadaan patologis seperti lesi, epileptik, stroke, infeksi dan bedah intrakranial dapat mengubah hubungan antara volume intrakranial dan tekanan.sehingga dapat menyebab kan gangguan pada batang otak /diensefalon. Ketika terjadi gangguan kompensasi intracronial gagal dan terjadi peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan tekanan intrakranial secara singnifikan dapat menurunkan aliran darah dan menyebabkan iskemia. Bila terjadi iskemia komplet dan lebih dari 3 sampai 5 menit, otak akan menderita kerusakan yang tidak dapat di perbaiki. Hal ini terjadi di sebabkan oleh

penurunan perfusi serebral yang mempengaruhi perubahan keadaan sel dan mengakibatkan hipoksia serebral. Pada fase-fase ini menunjukkan perubahan status mental dan tanda – tanda vital bradikardi, tekanan denyut nadi melebar dan perubahan pernafasan (Smeltzer, Suzanne C & Bare, 2005).

### **Prediksi tingkat kesadaran pasien dengan cedera kepala melalui pengukuran nilai kritis *mean artery pressure***

Nilai *mean artery pressure* pada penelitian menjadi estimator secara tidak langsung terhadap tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala. Kecukupan *mean artery pressure* di otak memberikan kontribusi berat ringannya gangguan kesadaran pada pasien cedera kepala. Hasil penelitian ini didukung laporan penelitian yang dipublikasikan oleh Jing-Yuan Xu, Si-Qing Ma, Chun Pan, Hong-Li He, Shi-Xia Cai, Shu-Ling Hu, Ai-Ran Liu, Ling Liu, Ying-Zi Huang, Feng-Mei Guo (2015) yang menjelaskan bahwa peningkatan *mean arterial pressure* lebih dari 65 mmHg dapat memperbaiki mikrosirkulasi pada pasien *shock septic*. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Marc Leone, Pierre Asfar, Peter Radermacher, Jean-Louis Vincent (2015) dijelaskan bahwa MAP sekitar 75 hingga 85 mm Hg dapat mengurangi perkembangan cedera ginjal akut pada pasien hipertensi arteri kronis. Akan tetapi, hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Balgis Desy, Joni Wahyuhadi, (2011) tentang hubungan antara tekanan intrakranial dan tekanan intraokular, tekanan intraokular dan *mean arterial pressure* pada pasien dengan cedera otak, dimana ditemukan korelasi yang signifikan antara tekanan intraokular pre dan pasca operasi juga tekanan intrakranial pre dan pasca operasi. Namun, korelasi antara tekanan intraokular dan tekanan intrakranial, dengan *mean arterial pressure* tidak signifikan.

Namun demikian, dapat dijelaskan bahwa pasien dengan cedera kepala secara patofisiologi memungkinkan terjadinya kerusakan jaringan otak (cerebral) dan peningkatan tekanan intrakranial, sehingga sistem autoregulasi di otak sebagai susunan saraf pusat juga mengalami gangguan. Pada cedera kepala, terganggunya mekanisme autoregulasi otak akan berakibat aliran darah ke otak secara pasif tergantung pada *mean arterial pressure*, yang selanjutnya akan diikuti oleh turunnya tekanan perfusi otak (TPO) dan aliran darah ke otak (Guyton & Hall, 2005).

Selain itu, menurut Hayens (2003) menjelaskan bahwa tekanan darah dikontrol oleh otak, sistem saraf otonom, ginjal beberapa kelenjar endokrin, arteri dan jantung. Otak merupakan pusat pengontrol tekanan darah di dalam tubuh. Serabut saraf adalah bagian sistem saraf otonom yang membawa isyarat dari bagian tubuh untuk menginformasikan kepada otak perihal tekanan darah, volume darah dan kebutuhan khusus semua organ. Semua informasi ini diproses oleh otak dan hasilnya dikirim melalui saraf menuju organ-organ tubuh termasuk pembuluh darah, yang ditandai dengan mengempis atau mengembangnya pembuluh darah. Sistem reflek neuronal ini yang mengatur *mean arterial pressure* bekerja dalam suatu rangkaian umpan balik negatif terdiri dari detektor, berupa baroreseptor yaitu suatu reseptor regang yang mampu mendeteksi peregangan dinding pembuluh darah oleh peningkatan tekanan darah, dan kemoreseptor, yaitu sensor yang mendeteksi perubahan PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> dan PH darah, neuronal aferen pusat kendali di medula oblongata. Neuronal eferen yang terdiri dari sistem saraf otonom serta efektor, yang terdiri dari alat pemacu dan sel-sel otot jantung, sel-sel otot polos di arteri, vena dan medula adrenal. Gangguan pada susunan saraf pusat dan tekanan intrakranial mengakibatkan penurunan aliran darah ke otak dan kerusakan otak yang selanjutnya mengakibatkan penurunan kesadaran.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang positif nilai kritis *mean artery pressure* terhadap derajat kesadaran pasien cedera kepala dan nilai *mean artery pressure* mampu mendeteksi tingkat kesadaran pasien cedera kepala sebesar 77.8%. Hambatan pelaksanaan penelitian ini adalah kesulitan mengetahui langsung riwayat dan teknik pertolongan awal yang dilakukan oleh masyarakat sebelum pasien tersebut dibawa di unit gawat darurat rumah sakit karena hal tersebut dapat mempengaruhi nilai *mean artery pressure* dan berat ringannya cedera kepala .

### **Saran**

Penentu kebijakan (*policy maker*) hendaknya meningkatkan informasi tentang pertolongan pertama pada pasien cedera kepala

bagi tenaga kesehatan khususnya teknik ambulansi pasien cedera kepala dan perlunya protap algoritma atau prosedur tata urutan penanganan kegawatandaruratan pada pasien cedera kepala.

Perlunya memberdayakan kepada masyarakat untuk menjadi awam khusus yang diharapkan mampu memberikan penanganan kegawatandaruratan pasien cedera kepala dengan cara memberikan pendidikan dan pelatihan karena masyarakat sangat menentukan saat pertama kali menemukan korban.

## KEPUSTAKAAN

- Balgis Desy, Joni Wahyuhadi, M. (2011). *Hubungan Antara Tekanan Intraokuli, Tekanan Intrakranial dan Mean Arterial Pressure Pada Penderita Cedera Otak Berat*. Surabaya.
- Black, J.M. & Matassarini-Jacobs, F. (1993). *Luckmann and Sorensen's Medical-Surgical Nursing: a psychophysiologic approach*. (4, Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Guyton & Hall. (2005). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Hayens, B. (2003). *Buku Pintar Menaklukan Hipertensi*. Jakarta: Ladang Pustaka dan Intimedia.
- Howard D. Sesso, Meir J. Stampfer, Bernard Rosner, Charles H. Hennekens, J. Michael Gaziano, JoAnn E. Manson, R. J. G. (2000). Systolic and Diastolic Blood Pressure, Pulse Pressure, and Mean Arterial Pressure as Predictors of Cardiovascular Disease Risk in Men. *Hypertension AHA Journal*, 36, 801–807.
- Jing-Yuan Xu, Si-Qing Ma, Chun Pan, Hong-Li He, Shi-Xia Cai, Shu-Ling Hu, Ai-Ran Liu, Ling Liu, Ying-Zi Huang, Feng-Mei Guo, Y. Y. and H.-B. Q. (2015). A high mean arterial pressure target is associated with improved microcirculation in septic shock patients with previous hypertension: a prospective open label study” yang hasilnya bahwa increasing mean arterial pressure from 65 mmHg to normal levels is a. *Critical Care Journal*, 19(1), 130.
- Marc Leone, Pierre Asfar, Peter Radermacher, Jean-Louis Vincent, and C. M. (2015). Optimizing mean arterial pressure in septic shock: a critical reappraisal of the literature. *Critical Care Journal*, 19(1), 101.
- Nurfaisah., Moh. Zainuddin., A. W. (2012). *Hubungan Derajat Cedera Kepala Dan Gambaran Ct Scan Pada Penderita Cedera Kepala*. Universitas Tanjungpura Pontianak.
- Potter, P.A, Perry, A. . (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik* (Edisi 4).
- Price, Sylvia A., & Wilson, L. . (2006). *Pathofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, Suzanne C & Bare, B. G. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.



# EVALUASI PSIKOMETRIK SKALA KUALITAS ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT

*(Psychometric Evaluation of the Quality of Nursing Care Scale for Children Hospitalized with Acute Respiratory Infection)*

Dewi Elizadiani Suza

Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatera Utara, Indonesia

Email: elizadiani@hotmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Evaluasi Psikometrik kualitas skala asuhan keperawatan adalah kunci penting dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan bagi anak yang dirawat di rumah sakit dengan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian anak dengan ISPA, terutama di Indonesia. **Metode:** Konstruksi validitas yang diidentifikasi dengan menggunakan eksploratori faktor analisis (EFA), pendekatan kelompok kontras, dan reliabilitas. **Hasil:** Konstruksi validitas: 1) EFA menemukan bahwa QNCS-HARIC terdiri dari 37 item dengan empat faktor dan *total variance explained* dari 42.92% dan *factor loadings* berkisar .30-.70; 2) Pendekatan kelompok kontras menemukan bahwa skor rata-rata dari 37 item QNCS-HARIC antara dua kelompok berbeda secara signifikan ( $t = -22,91; p = .000$ ); dan 3) *Cronbach's alpha coefficient* dari total 37 item yang QNCS-HARIC adalah .93. *Cronbach's alpha coefficient* faktor 1, 2, 3, dan 4 dari 37 item QNCS-HARIC masing-masing adalah .87, .80, .77, dan .76. **Diskusi:** Meskipun model 37 item QNCS-HARIC diterima, itu kurang representatif, terutama dalam dimensi sosial-budaya anak dengan ISPA dan keluarga karena hanya terdiri dari 3 dari 10 item yang tidak bisa mengukur dimensi aspek sosio-budaya secara lengkap.

**Kata kunci:** Evaluasi Psikometrik, Skala Kualitas Asuhan Keperawatan, Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Anak

## ABSTRACT

**Introduction:** Psychometric Evaluation of the quality of nursing care scale is a vital key to improve the quality of nursing care for hospitalized acute respiratory infection (ARI) children in order to decrease morbidity and mortality of ARI children, especially in Indonesia. **Method:** Construct validity was identified using the exploratory factor analysis (EFA), contrasted group approach, and reliability. **Results:** Construct validity: 1) EFA found that the QNCS-HARIC consisted of 37 items with four factor and total variance explained of 42.92% and factor loadings ranged from .30 to .70; 2) contrasted group approach found that the mean scores of the 37 items QNCS-HARIC between two groups were significantly different ( $t = -22.91; p = .000$ ); and 3) Cronbach's alpha coefficient of the total 37 item QNCS-HARIC was .93. Cronbach's alpha coefficients of Factor 1, 2, 3, and 4 of the 37 item QNCS-HARIC were .87, .80, .77, and .76, respectively. **Discussion:** Although the 37 items QNCS-HARIC model was acceptable, it was less representative, especially in the socio-cultural dimension of ARI children and family because it consisted of only 3 from 10 items which could not measure the complete dimension of the socio-cultural aspect.

**Keywords:** Psychometric Evaluation, Quality of Nursing Care Scale, Acute Respiratory Infection, Children

## INTRODUCTION

One possible way to reduce the morbidity and mortality of acute respiratory infection (ARI) children and increase quality of nursing care of ARI children is to develop a scale to evaluate quality of nursing care for hospitalized ARI children. The scale development will be based on the related concepts such as quality of nursing care, holistic care, nursing process, and holistic nursing care for ARI children.

Quality of nursing care is measured by patients' met needs in terms of physical, psychosocial, socio-cultural, and spiritual aspects as well as patient satisfaction with the care (Kunaviktikul, W, Anders, RL, Srisuphan, W, Chontawan, R, Nuntasupawat, R &

Pumarporn 2001). Quality of nursing care as the degree to which patients' physical, psychosocial, and extra care needs were met (Williams 1998). Nurses' response to patients' needs would be used as an indicator for quality of nursing care and categorized the quality of nursing care indicators into three groups: structure, process, and outcome, which are related to the structure, process, and outcome of care (Donabedian, 1997). The structure indicators were divided into four categories: 1) management, 2) facility, 3) resources, and 4) staff development (Kunaviktikul, W, Anders, RL, Srisuphan, W, Chontawan, R, Nuntasupawat, R & Pumarporn 2001). The process indicators were divided into two categories: 1) nursing practice and 2) professional characteristics (Kunaviktikul, et

al. 2001). The outcome indicators were divided into six categories: 1) incidents and complications, 2) patient satisfaction, 3) satisfaction with information, 4) time, 5) satisfaction with pain management, and 6) satisfaction with symptom management (Kunaviktikul, et al 2001). In this study, the quality of nursing care for ARI children will be defined as the degree to which pediatric nurses provide nursing care to meet the needs of ARI children in the physical, psychological, social-cultural, and spiritual dimensions. Thus, one process indicator, namely nursing practice, will be implied as an indicator used to measured quality of nursing care for ARI children.

Based on a literature review of studies from 1990 to 2010, no known quality of nursing care scale for hospitalized ARI children was found. However, one study used the concept of holistic care and nursing process (Lee, LL, Hsu, N & Chang 2007) to evaluate the quality of nursing care in orthopedic units. The nursing process and four aspects of holistic care, including physiological, psychological, socio-cultural, and spiritual aspects, were used as the conceptual framework to evaluate the quality of nursing care in orthopedic patients. Other related studies were found in various populations. Lynn, McMillen, and Sidani (2007) developed an instrument to measure nurses' evaluation quality of patient care delivery in acute care setting, in the United States. They found that the components of quality of nursing care consisted of the following factors: interaction, vigilance, individualization, advocate, work environment, unit collaboration, personal characteristics, and mood. Murphy ( 2007) explored nurses' perceptions of the attributes of quality of care and the factors that facilitate or hinder high quality nursing care in long-term care in Ireland. The findings indicated that nurses perceived quality of care for older people in Ireland as holistic, individualized and focused on promoting independence and choice.

From the overview of the literature review, it was found that these previous studies measured quality of nursing care in general were not specific to ARI children. The definition of quality of nursing care for nurses who work with ARI children has not been identified in the nursing literature. Most of the studies were conducted with the different setting and diseases, and also offered the meaning/definition of quality of nursing care based on nurses in western countries.

The complexity, subjectivity, and multidimensional concept of quality of nursing care is difficult to be defined and measured (Attree 1996; Kunaviktikul, W, Anders, RL, Srisuphan, W, Chontawan, R, Nuntasupawat, R & Pumarporn 2001; Norman, IJ, Redfern, SJ, Tomalin, DA & Oliver 1992). In addition, the issue related to measurement of quality of pediatric nursing care is usually associated with the lack of definition and evaluation of the concept of quality of care (Leino-Kilpi, H & Vuorenheimo 1994; Pelander 2008; Suhonen, R & Valimaki 2003). The other problem is that there are few instruments developed especially for evaluating the quality of pediatric nursing care. Furthermore, in Indonesia, the quality of nursing care of children is the main issue in Indonesian hospitals. The fifth target goal of the national development plan of Indonesia is to reduce the under-five child mortality rate by two thirds from 1990 to 2015 ( MDGs-Indonesia, 2008). The Indonesian under-five child mortality rate in 1990 was 57/1000 live births and by 2015, this number should be reduced to 38/1000 live births to achieve the target (Hernani, Sudarti, Agustina 2009) (The under-five child mortality rate in 2005 was 38/1000 live births (Government of Indonesia, 2005) and the major contributor was ARI (MDGs-Indonesia, 2008)

The quality of nursing care is the main concern in a health care setting because of its impact on safety, incidence of pneumonia, length of stay, and mortality rate. Also, low nurse performance related to high morbidity and mortality incidence rate of children is a major concern in Indonesia, (Hennessy, D, Hicks, C, Hilan, A & Kowanal 2006). Related to this matter, development and evaluation of the quality of nursing care scale is a vital key to improve the quality of nursing care for hospitalized ARI children in order to decrease morbidity and mortality of ARI children, especially in Indonesia. This scale can used as a guideline for pediatric nurses to assess the quality of nursing care for ARI children, to provide the high quality standard of ARI nursing care, and also to identify the strength and weakness in the delivery of nursing care.

## **MATERIAL AND METHOD**

Psychometric Evaluation of the Quality of Nursing Care Scale for Hospitalized Acute Respiratory Infection Children consisted of 1)

administer the items to the development sample, 2) evaluate the items, and 3) optimize scale length (DeVellis 1991).

The QNCS-HARIC is formulated on the basis of the feedback and data received from the development of the quality of nursing care scale for hospitalized acute respiratory infection children of DeVellis process, the researcher administered the demographic data questionnaire, the QNCS-HARIC, and the MCSDS-C to 779 pediatric nurses at 39 pediatric wards from general hospitals in Indonesia. This was done in order to test for internal consistency and stability of the questionnaire. After receiving the questionnaires back, construct validity were performed using exploratory factor analysis (EFA) and the contrasted group approach. Reliability was performed both internal consistency and stability.

Purposive sampling was used to recruit nurses who met the inclusion criteria. The inclusion criteria includes 1) pediatric nurses who have provided nursing care to ARI children (age under-five) for at least 1 year, 2) are willing to participate in this study, and 3) are able to communicate in Indonesian language. Casey, Fink, Krugman, and Propst (2004) found that graduate nurses felt that it took at least 12 months to feel comfortable and confident practicing in the acute care setting.

An exploratory factor analysis was conducted with 779 pediatric nurses using the principle axis factoring (PAF) extraction with varimax rotation. The data from the QNCS-HARIC was assessed for reliability (e.g., internal consistency and stability), factor structure (EFA), and a contrasted group for construct validity evaluation. In addition, the MCSDS-C will be used to examine for social desirability response bias affecting the validity of a questionnaire by using Pearson's product-moment correlation coefficient.

## RESULTS

Construct validity was identified using the EFA and contrasted group approach. The reliability was evaluated in terms of internal consistency (Cronbach's alpha) and stability (test-retest). The results of psychometric evaluation of the validity and reliability of the QNCS-HARIC are as follows.

### Construct validity of the QNCS-HARIC

Before performing EFA, all assumptions of EFA were examined. The assumptions of EFA consisted of type of data,

sample size, normality, linearity, outliers, and multicollinearity. The details of assumptions for EFA are as follows.

EFA requires an interval level of measurement. The QNCS-HARIC has items that are assessed using a Likert scale. Although the response categories in Likert scales have a rank order and should be viewed as ordinal-level measurement, it has become common practice to assume that Likert-type categories constitute interval-level measurement as well as the intervals between values are equal.

The sample size should be at least 1 to 10 cases per variable. In this study, the QNCS-HARIC consisted of 77 variables. Thus, sample size should be 770. Data were available initially from 807 pediatric nurses with no missing data and 1: 10.48 cases per variable. After deleting 28 outliers, the sample size was 779 and 1:10.1 cases per variable. Thus, this assumption was met.

The distribution of the 77 variables was examined for each item looking at skewness and kurtosis values. All 76 variables were normally distributed, except variable 70 which had a kurtosis value of 3.78. The box plot was used to detect outliers. After deleting the outliers item 70 had a normal distribution. The skewness values varied from 0.00-3.12, while the kurtosis values ranged from 0.51-3.26. Thus, this assumption was met.

Linearity was assessed through inspection of scatter plots. The scatter plots of the residual against the predicted values provide information about possible non linearity. The scatter plots showed a positive linear relationship with all linear correlation. Thus, this assumption was met.

Factor analysis is sensitive to outlier cases. Outliers were assessed using boxplots and Mahalanobis distance. Using a criterion of  $p$ -values equals to .001 with 77 df, critical  $X^2 = 121.11$ . Twenty five outliers were found. The researcher re-evaluated the variables several times until no outliers were detected by checking the boxplots and calculating Mahalanobis distances.

Multicollinearity was detected using correlation matrices for the independent variables. In this study, multicollinearity was not found ( $r=.30-.82$ ). Thus, this assumption was met.

### Demographic data of pediatric nurses

Seven hundred and seventy-nine pediatric nurse participants were involved in this study. Most of the pediatric nurses were female (90.9%). Their ages ranged from 25 to

48 years old and about less than fifty percent of them (44.3%) were an average of 30 to 40 years old ( $Md = 35$ ,  $QD = 6$ ). The majority of the participants were Muslim (73.8%) and one hundred ninety eight participants were Christian (25.4%). The majority of the participants were married (78.7%). All participants had a bachelor degree (100%). More than fifty percent of the participants (60.6%) had more than six years of nursing experience ( $Md = 10$ ,  $QD = 6$ ). Less than fifty percent of the participants (41.8%) had more than six years of working experience with acute respiratory infection children ( $Md = 6$ ,  $QD = 3.5$ ). Less than fifty percent of the participants (41.1%) took care of ARI children more than 10 cases per month ( $Md = 10$ ,  $QD = 3$ ).

Before performing an EFA, an item analysis (an item-total correlation) was conducted. The results showed that 28 items had low item-total correlations, ranging from .02 to .29 indicating that the items might be less consistent and less reliable to reflect the construct when compared with other items in the 77 item QNCS-HARIC. Therefore, nine items were eliminated from 77 item QNCS-HARIC. However, based on theoretically interpretation, 19 of 28 items were retained. Thus, 68 items were used to perform the EFA.

The item-total correlations coefficients for Factor 1 of the 77 item QNCS-HARIC ranged from .04 to .54 whereas those of the 68 item QNCS-HARIC ranged from .11 to .62. The item-total correlations coefficients for Factor 2 of the 77 item QNCS-HARIC ranged from .02 to .62 whereas those of the 68 item QNCS-HARIC ranged from .04 to .62. The item-total correlations coefficients for Factor 3 of the 77 item QNCS-HARIC ranged from .33 to .55 whereas those of the 68 item QNCS-HARIC ranged from .22 to .55. The item-total correlations coefficients for Factor 4 of the 77 item QNCS-HARIC ranged from .09 to .58 whereas those of the 68 item QNCS-HARIC ranged from .08 to .60.

To determine the number of factors underlying the QNCS-HARIC, an exploratory factor analysis was conducted with 779 pediatric nurses using the principle axis factoring (PAF) extraction with orthogonal rotation by using varimax method. In this study, EFA was performed several times with the 77 item QNCS-HARIC. The final model consisted of 37 items. Before interpretation of the results, the model fits of the 77 and 37

items QNCS-HARIC were identified. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indices of both models were satisfactory (.85-.86). Bartlett's tests of sphericity were significant. The Eigenvalues showed in 4 to 22 factors and scree test showed 3-4 factors. The percentage of total variance explained was acceptable only for the model of 37 item QNCS-HARIC (40.92%). The percentages of variance explained per factor were acceptable only for the model of 37 item QNCS-HARIC. Based on the model fit evaluation, only the 37 item QNCS-HARIC model was acceptable.

Factors, items and factor loadings were interpret only the 37 items QNCS-HARIC because it had a model fit. Based on the 37 item QNCS-HARIC consisted of 4 factors. Factor 1 The physical dimension of ARI children consisted of 14 items. The factor loading of all items of Factor 1 were acceptable and significant (varied from .33 to .79,  $p = .000$ ). The communalities of all items of Factor 1 were acceptable (varied from .25 to .74). In Factor 2, the psychological dimension of ARI children and family consisted of 15 items. The factor loadings of all items were acceptable and significant (varied from .33 to .79,  $p = .000$ ). The communalities of all items were acceptable (varied from .30 to .58). Factor 3, the socio-cultural dimension of ARI children and family consisted of 3 items. The factor loadings of all items were acceptable and significant (varied from .33 to .55,  $p = .000$ ). The communalities of all items were acceptable (varied from .42 to .56). In Factor 4, the spiritual dimension of ARI children and family consisted of 5 items. The factor loadings of all items were acceptable and significant (varied from .54 to .75,  $p = .000$ ). The communalities of all items were acceptable (varied from .41 to .64).

### Results from contrasted group approach

The independent t-test was used to examine the construct validity of the 77 and 37 item QNCS-HARIC with nurses who had work experience with ARI children less than six years (Group 1,  $n = 271$ ) and nurses having work experience six years or more (Group 2,  $n=508$ ). Before testing, all assumptions of independent t-test were assessed and were met. The results showed that the mean scores of the 77 and 37 item QNCS-HARIC of nurses who had work experience six years or more were significantly higher than those of nurses who had work experience less than six years.

### Results from internal consistency

Cronbach's alpha coefficient of the total 77 items QNCS-HARIC was .92 whereas that of the 37 item QNCS-HARIC was .93. Cronbach's alpha coefficients of Factor 1, 2, 3, and 4 of the 77 item QNCS-HARIC were .85, .79, .77, and .76, respectively whereas those of the 37 item QNCS-HARIC were .87, .80, .77, and .76, respectively. The internal consistency of all two versions of the QNCS-HARIC were acceptable.

### Results from test-retest reliability

Before performing a test-retest reliability, all assumptions of Pearson Product Moment Correlation were examined and were met. Test-retest was administered twice within a 2 week interval between the tests to two groups of pediatric nurses. The results revealed that the mean score of the 77 item QNCS-HARIC measured at Time 1 was positively significant and highly correlated with that of measured at Time 2 ( $r = .75$ ). The mean scores of each dimension measured at Time 1 also were positively significant and highly correlated with those of measured at Time 2 ( $r = .78, .77, .73,$  and  $.81$ ). These high correlations indicate that the instrument is stable over time.

### Results from social desirability

Before performing social desirability testing, all assumptions of Pearson Product Moment Correlation were examined and were met. The results revealed that the overall mean scores of the 77 items QNCS-HARIC did not significantly correlate with the mean score of social desirability ( $r = .07, p = .06$ ) whereas that of the 37 item QNCS-HARIC did significantly correlate with mean score of social desirability ( $r = .08, p = .02$ ). For each dimension/factor of the 77 item QNCS-HARIC, the mean scores of Factor 1 (Physical dimension of ARI children), Factor 2 (Psychological dimension of ARI children and family), and Factor 4 (Spiritual dimension of ARI children and family) did not significantly correlate with that of the social desirability ( $r = .06, p = .12; r = .07, p = .07; r = .04, p = .33$ , respectively) whereas the mean score of Factor 3 (Socio-cultural dimension of ARI children and family) significantly correlated with that of the social desirability ( $r = .07, p = .05$ ). For each dimension/factor of the 37 item QNCS-HARIC, the mean scores of Factor 1 (Physical dimension of ARI children)

and Factor 4 (Spiritual dimension of ARI children and family), did not significantly correlate with that of the social desirability ( $r = .01, p = .75; r = .02, p = .61$ , respectively) whereas the mean scores of Factor 2 (Psychological dimension of ARI children) and Factor 3 (socio-cultural dimension of ARI children and family) significantly correlated with that of the social desirability ( $r = .10, p = .01; r = .17, p = .00$ , respectively).

## DISCUSSION

### Exploratory factor analysis

An exploratory factor analysis was conducted with 779 pediatric nurses using the principle axis factoring (PAF) extraction with varimax rotation. The PAF extraction was chosen because it is the best method of extraction in EFA for non-normality distributed data (Fabrigar, LR, Wegener, DT, MacCallum, RC & Strahan 1999). PAF will give researcher the best results, depending on whether the data are generally normally-distributed or significantly non-normal, respectively (Costello, AB & Osborne 2005). The varimax rotation method was chosen because when using varimax rotation, rotated matrix is interpreted after orthogonal rotation and to maximize the factor coefficient for each variable on only one factor (Weiner, IB, Schinka, JA & Velicer 2012)

Based on the item analysis of 77 item QNCS-HARIC revealed that twenty-eight items had item-total correlation less than .30. The item-total correlation is a reflection of how well items measure what they are intended to be measured. Correlations should be range from .30 to .70 (Nunnally & Bernstein, 1994). Correlations that exceed .70 suggest item redundancy, while correlations less than .30 suggest the item is measuring an entirely different construct. According to Ferketich (1991), a low item-total correlation is less likely to correlate with other items to form factor in factor analysis.

The unexpected results of the EFA occurred with the 77 items QNCS-HARIC. Although almost all of the criteria for the model fit of the 77 item QNCS-HARIC were satisfactory, the total variance explained was only 32.11%. According to Scherer, Wiebe, Luther, and Adams (1988), the total variance explained for new instrument should be at least 40%. In this model, the total variance

explained was only 32.11% and thus indicates an unsatisfactory.

To pursue a distinguishable and interpretable solution with sound psychometric evaluation for the QNCS-HARIC, the researcher re-examined each item, assigned items to each factors according to the criteria for determining the number of factors included using the following: item-total correlation at least .30 (Nunnally, JC & Bernstein 1994), reliability of each factor at least .70 (DeVellis 1991), eigenvalues should be equal or more than 1 (Hair et al., 1998), scree test criterion should be the data points above the break (Tabachnick, BG & Fidell 2007), percent of total variance explained at least 40% or more (Scherer, RF, Wiebe, FA, Luther, DC, & Adams 1988), percentage of variance should be equal or more than 5% of variance explained (Hair, JF, Anderson, RE, Tatham, RL & Black 1998) factor loading at least .30 (Hair, JF, Anderson, RE, Tatham, RL & Black 1998), and had theoretical interpretability of the item (Hair, JF, Anderson, RE, Tatham, RL & Black 1998) After item reduction was completed, the number of items was reduced from 77 to 37.

Four factors were obtained from 37 items, which extracted 42.92% of the total variance explained. Scherer, Wiebe, Luther, and Adams (1988) state that the variance explained between 40% and 60% is considered sufficient in social sciences. In this model, the total variance explained was 42.92% which indicated that it was sufficient for a newly development instrument. The KMO was .86 and is acceptable (Hair, JF, Anderson, RE, Tatham, RL & Black 1998). Bartlett's test of sphericity was significant ( $p = .000$ ) indicating the suitability of the sample for factor analysis (Hair et al., 1998). The eigenvalue for the first factor was 8.25; the second factor eigenvalue was 3.08; the third factor eigenvalue was 2.50, and the fourth factor eigenvalue was 2.05, and since they were all greater than 1.0 indicate a good fitting model (Hair, JF, Anderson, RE, Tatham, RL & Black 1998) Factor loading of all items were acceptable (varied from .30 to .70), indicating that the model fit was acceptable. In this model, all items had communalities greater than .20 indicating an acceptable fit and all items were retained.

Although the 37 items QNCS-HARIC model was acceptable, it was less representative, especially in the socio-cultural dimension of

ARI children and family because it consisted of only 3 from 10 items which could not measure the complete dimension of the socio-cultural aspect. Based on the conceptual framework, the researcher expected that the quality of nursing care for acute respiratory infection children consisted of four dimensions. However, few items of the socio-cultural dimension of ARI children and family were loaded on Factor 3, probably due to an unequal number of initial items between Factor 3 and the others 3 factors. According to Mroch and Bolt (2003), the number of items per dimension is manipulated such that a test contains either the same number of items per dimension, or varying numbers of items per dimension. If there are an equal number of items per dimension, each dimension will have an equal proportion. Thus, further study is needed to revise and balance the items in each dimension of the QNCS-HARIC.

When performing the contrasted group analysis, the overall mean scores of the 77, and 37 items of the QNCS-HARIC of the nurses who had six or more years of work experience with ARI children were significantly higher than those of the nurses having work experience with ARI children for less than six years. This indicated that the construct measured by all 2 versions of the QNCS-HARIC could be distinguished between groups with extremely different characteristics (Polit, DF & Beck 2004; Waltz, CF, Strickland, OL & Lenz 2005) Therefore, the researcher may claim some evidence for construct validity that is the instrument measures the attribute of interest (Waltz, CF, Strickland, OL & Lenz 2005). The pediatric nurses who had more work experience with ARI children would provide better quality of nursing care to ARI children and family.

### **Reliability**

The internal consistency of total 77 and 37 item versions of the QNCS-HARIC was excellent (Cronbach's alpha coefficients .92, .93, respectively). Cronbach's alpha coefficients of 77 and 37 items QNCS-HARIC for Factor 1 (Physical dimension of ARI children) were very good (.85, .86, respectively); Factor 2 (Psychological dimension of ARI children and family) were acceptable (.79) and very good (.81), respectively; Factor 3 Social-cultural dimension of ARI children and family were acceptable (.77, .77,

respectively); and Factor 4 (Spiritual dimension of ARI children and family) were acceptable (.76, .76, respectively). This indicated that internal consistency of total 77 and 37 items of the QNCS-HARIC were acceptable. In general, a Cronbach's alpha of at least .70 is the criterion used to establish an acceptable level of internal consistency (Nunnally, JC & Bernstein 1994). A strong Cronbach alpha coefficient scale provides useful information about the internal structure of the scale indicates that the items in the scale are quite correlated with each other (Worthington, RL & Whittaker 2006) Furthermore, the evidence of reliability is very important in the development of research as far as scale increases confidence that the items on the scale that produces consistent scores.

For the test-retest of the 77 items of the QNCS-HARIC, total mean scores from administering the QNCS-HARIC on two separate occasions (two weeks apart) gave a correlation coefficient equaled to .75, ( $p < .001$ ) indicating that the instrument is stable over time (DeVon, et al 2007) Unfortunately, the test-retest was not performed with the 37 item of the QNCS-HARIC. Further performing the test-retest reliability with 37 item QNCS-HARIC is needed.

### **Social Desirability**

The overall mean score of the 77 item QNCS-HARIC did not significant correlate with that of the social desirability whereas the overall mean score of the 37 items of the QNCS-HARIC significantly correlated with that of the social desirability. All mean scores of all dimensions of the 77 item QNCS-HARIC did not significantly correlate with that of the social desirability except the mean score of Factor 3 Socio-cultural dimension of ARI children significantly correlated with that of the social desirability ( $r = .07$ ,  $p = .05$ ). For 37 item QNCS-HARIC, the mean scores of Factor 2 and Factor 3 significantly correlated with that of social desirability whereas the other two factors did not.

Non-significant correlation indicates that social desirability is not a factor affecting the participants' response to the instrument (Crowne, DP, & Marlowe 1960) The results of non-significant correlation of these two measures were similar to the study of Konggumnerd, Isaramalai, Suttharangsee, and Villarruel (2009) developed a scale to

measure sexual health protective behavior in Thai female adolescents and to examine its psychometric properties. The results indicated that there was no significant correlation between the mean scores of the Sexual Health Protection Scale and the Marlow-Crowne Social Desirability Scale, which means that participants answered the Sexual Health Protection Scale without social desirability bias.

In contrast, a significant correlation indicates that that social desirability is a factor affecting the participants' response to the instrument (Kassam, A, Papish, A, Modgill, G & Patten 2012) . The results of significant correlation of these two measures were similar to the study of Sriratanaprat, Chaowalit, and Suttharangsee (2012) which was developed and determined the psychometric properties of the Job Satisfaction Scale for Thai Nurses (TNJSS). The results revealed that the correlation coefficient between social desirability and the TNJSS was small ( $r = .12$ ,  $p < .01$ ) and significant probably due to large number of subjects ( $N = 963$ ) (Sriratanaprat, J, Chaowalit, A & Suttharangsee n.d.) In this study, the sample size also was large ( $N = 779$ ). Paulhus (1991) suggested that researchers should try to reduce social desirability by employing representative subjects. Another way, the researcher could administer the Marlowe-Crowne scale to identify individuals who tend to respond in a socially desirable way and eliminate them from the studies. No design, of itself, can control for motivation and response bias factors. Further study, the researcher should use some strategies for minimizing social desirability including: 1) using do guess directions when multiple-choice measures are employed, 2) wording directions as clearly and concisely, 3) avoiding items formats that use fixed-response, 4) using items with a general rather than a personal difference, and 5) avoiding any words or actions that might communicate to subjects that the investigators would give certain responses (Waltz, Srickland, & Lenz, 2005).

## **CONCLUSION AND RECOMMENDATION**

### **Conclusion**

The 37 items the QNCS-HARIC is not representative and cannot capture the socio-cultural dimension of ARI children because the number of items is few.

## Recommendation

Further research is needed to revise and balance the items in each dimension of the QNCS-HARIC.

## REFERENCES

- Attree, M., 1996. Towards a conceptual model of quality care. *International Journal of Nursing Studies*, 33, pp.13–28.
- Costello, AB & Osborne, J., 2005. *Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation*,
- Crowne, DP, & Marlowe, D., 1960. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, pp.349–354.
- DeVellis, R., 1991. *Scale development: Theory and applications*, Newbury Park, NP: Sage.
- DeVon, HA, Block, ME, Moyle-Wright, P, Ernst, DM, Hayden, SJ, Lazzara, DJ, Savoy, SM & Kostas-Polston, E., 2007. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(2), pp.155–164.
- Donabedian, A., 1977. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, pp.106–206.
- Fabrigar, LR, Wegener, DT, MacCallum, RC & Strahan, E., 1999. *Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. Psychological Methods*,
- Hair, JF, Anderson, RE, Tatham, RL & Black, W., 1998. *Multivariate data analysis (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hennessy, D, Hicks, C, Hilan, A & Kowanal, Y., 2006. The training and development needs of nurses in Indonesia: Paper 3 of 3. *Human Resources for Health*, 4(10), pp.1–14.
- Hernani, Sudarti, Agustina, T.& S., 2009. Report on situation analysis of acute respiratory infection in children in Indonesia, Jakarta. Available at: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP25.pdf> [Accessed January 12, 2011].
- Indonesia, M.D.G. of, 2008. Current situation on MDG 4 and 5 in Indonesia. Available at: [http://www.targetmdgs.org/download/MDG\\_Report\\_2008\\_En.pdf](http://www.targetmdgs.org/download/MDG_Report_2008_En.pdf) [Accessed January 10, 2011].
- Kassam, A, Papish, A, Modgill, G & Patten, S., 2012. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for health care providers (OMS-HC). *Biomedicalcentral Psychiatry*, 12(62), pp.2–12.
- Kunaviktikul, W, Anders, RL, Srisuphan, W, Chontawan, R, Nuntasupawat, R & Pumarporn, O., 2001. Development of quality nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), pp.776–784.
- Lee, LL, Hsu, N & Chang, S., 2007. An evaluation of quality of nursing care in orthopedic units. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11, pp.160–168.
- Leino-Kilpi, H & Vuorenheimo, J., 1994. The patients perspective on quality: Developing a framework for evaluation. *International Journal of Quality Health Care*, 6(1), pp.85–95.
- Murphy, K., 2007. A qualitative study explaining nurses perceptions of quality care for older people in long-term care setting in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16, pp.477–485.
- Norman, IJ, Redfern, SJ, Tomalin, DA & Oliver, S., 1992. Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(5), pp.590–600.
- Nunnally, JC & Bernstein, I., 1994. *Psychometric theory*, New York: McGraw-Hill.
- Pelander, T., 2008. The quality of paediatric nursing care-children's perspective (Doctoral dissertation). Available at: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/> [Accessed April 20, 2011].
- Polit, DF & Beck, C., 2004. *Nursing research: Principles and practices* 7th ed., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scherer, RF, Wiebe, FA, Luther, DC, & Adams, J., 1988. *Dimensionality of coping: Factor stability using the ways of coping questionnaire*,
- Sriratanaprat, J, Chaowalit, A &



- Suttharangsee, W., Development and Psychometric Evaluation of the Thai Nurses' Job Satisfaction Scale. *Pacific Rim International Journal Nursing Research.*, 16(3), pp.175–191.
- Suhonen, R & Valimaki, M., 2003. Surveying patient satisfaction: Challenging for nursing research. *Hong Kong Nursing Journal*, 39(2), pp.7–14.
- Tabachnick, BG & Fidell, L., 2007. *Using multivariate statistics* 5, ed., New York, NY: Harper Collins.
- Waltz, CF, Strickland, OL & Lenz, E., 2005. *Issue in nursing measurement. In. CF. Waltz, OL. Strickland & ER. Lenz (Eds.), Measurement in nursing research*, Philadelphia: PA: Davis.
- Weiner, IB, Schinka, JA & Velicer, W., 2012. *Handbook of psychology: Research methods in psychology* 2nd ed., Hoboken, NJ: John Wiley.
- Williams, A., 1998. The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 2, pp.808–816.
- Worthington, RL & Whittaker, T., 2006. *Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. The Counseling Psychologist*,

# MODEL ASUHAN KEPERAWATAN BERBASIS *KNOWLEDGE MANAGEMENT* MENINGKATKAN KEPATUHAN PASIEN DALAM PENGOBATAN TUBERKULOSIS

*(Knowledge-Management-Based-Nursing Care Model Improves Patient Adherence to Tuberculosis Treatment)*

Ninuk Dian K\*, Abu Bakar\*, Eka M.MHas\*, Elida Ulfiana\*, Erna Dwi W\*, Laily Hidayati\*, Hanik Endang N\*, Retnayu Pradanie\*, Kristiawati\*

\*Faculty of Nursing Universitas Airlangga

Email: ndian.k@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan.** TB paru tetap menonjol sebagai salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia. Pasien non-kepatuhan terhadap pengobatan merupakan kontributor yang signifikan untuk resistensi obat. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan dan menguji keampuhan model asuhan keperawatan untuk mencegah non-kepatuhan. **Metode** Penelitian ini terdiri dari dua tahap: tahap satu, pengembangan model, menggunakan analisis deskriptif, dan tahap dua, pengujian model, menggunakan desain kuasi-eksperimental. Peserta, terdiri kedua pasien dan perawat di dua pusat kesehatan di Surabaya, direkrut oleh consecutive sampling. Data dikumpulkan melalui wawancara, dikelola sendiri-kuesioner, check-list dan diskusi kelompok terfokus. Analisis data dilakukan dengan menggunakan kedua kuadrat terkecil parsial dan uji Wilcoxon. **Hasil.** model secara statistik efektif untuk meningkatkan hampir semua aspek kepatuhan pasien terhadap pengobatan TB (pengetahuan, disiplin dalam mengambil obat keteraturan kontrol, dan kemampuan untuk memantau hasil pengobatan dengan  $p < 0,05$ ), kecuali untuk kemampuan untuk mengatasi obat yang merugikan efek ( $p = 1,000$ ). Hal ini dimungkinkan karena jarang melakukan pasien sadar akan efek samping obat, sehingga pengalaman mereka mungkin terbatas. **Diskusi.** Penelitian ini menyimpulkan bahwa model asuhan keperawatan KM terbukti efektif untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. studi di masa depan disarankan untuk mengevaluasi dampak dari model asuhan keperawatan KM dalam populasi yang lebih besar.

**Kata kunci:** Tuberkulosis paru, kepatuhan pasien, model pelayanan keperawatan, manajemen pengetahuan.

## ABSTRACT

**Introduction.** Pulmonary tuberculosis remains prominent as one of public health problems in the world. Patients' non-compliance to treatment is a significant contributor to drug resistance. This study aimed to develop and to test the efficacy of a nursing care model to prevent non-compliance. **Method** This study consisted of two phases: phase one, model development, used a descriptive analytic, and phase two, model testing, employed a quasi-experimental design. Participants, comprised both patients and nurses at two health care centres in Surabaya, were recruited by consecutive sampling. Data were collected by interview, self-administered-questionnaires, check-list and focused group discussion. Data analyses were performed using both partial least squares and Wilcoxon signed rank test. **Results.** The model was statistically effective to improve nearly all aspects of patients' compliance to TB treatment (knowledge, discipline in taking medications regularity of controls, and abilities to monitor the results of treatment with  $p < 0,05$ ), except for abilities to cope with drug adverse effects ( $p = 1,000$ ). This is possible because seldom do patients aware of the medication side effects, so their experiences were probably limited. **Conclusion.** This study concludes that the KM nursing care model was proven effective to improve patients' adherence to treatment. Future study is suggested to evaluate the impact of the KM nursing care model in bigger population.

**Keywords:** Pulmonary Tuberculosis, patient compliance, nursing care model, knowledge management.

## INTRODUCTION

Tuberculosis (TB), primary a lung infection caused by *Mycobacterium tuberculosis*, remains one of the most prominent public health worldwide. Patients' compliance to treatment is central to deter the disease from drug resistant. Generally patients' compliance is related to their psychological, perception, and motivational state. Non-compliance behaviour was proven as the main contributor to the

increase of Multi Drug Resistant TB (MDR TB) cases.

The World Health Organisation (WHO 2013) reports that in 2012 the total incidence of TB is about 8.6 million cases, and 1.3 million people have died from the disease. Globally Indonesia is ranked fourth as the most TB-burdened country (WHO 2013). The TB prevalence is around 730 thousand cases with the prevalence rate of 297 per 10.000 (WHO 2013). Most of the cases are highly concentrated in

Java, in which East Java as the second-most burdened province from TB after West Java province. Surabaya, the capital city of East Java, was reported to have the most prevalence among other regions in the province.

That non-compliance to treatment behaviour is significant to the success of TB eradication, new nursing care model development is necessary. This article aims to report one of the developed nursing care model that is proven significant to improve patients' adherence to Pulmonary Tuberculosis treatment.

## METHOD

Study comprised of two phases, the first phase aimed to develop a model while the second phase was conducted to test the efficacy of the model. The design used in the first phase of the study was a descriptive approach that explored contributing factors to nursing care model for pulmonary TB patients in two health care centres (Pusat Kesehatan Masyarakat = Puskesmas) in Surabaya. The Model was developed through interviews with Tb patients and community nurse, a focused group discussion and a discussion with TB expert. The data gained from the aforementioned activities were used to develop a nursing care model based on knowledge management. The developed model was then applied to patients using a quasi-experimental design of one group pre-post intervention test in the second phase of the study.

This study involved TB patients who were select consecutively at two of the available primary-public health services in Surabaya, and nurses who worked as the chair of TB programs at the two Puskesmas. The data were collected in three months, and from 29 TB patients and 2 nurses. Medical records of the patients were also accessed as supporting evidence for analysis.

More than 50% of the respondents were male; mostly (76%) came from Javanese background of culture where about 62% of them have monthly salary less than US\$ 200. About 62% of the respondents were new patients and diagnosed with TB less than 6 months. The main mode of transport that was used by them were moped (83%). The most of respondents lived within the range of less than 5 kilometres away from the nearest Puskesmas.

All of nurses participated in the study were females, graduated from nursing

academy and currently worked as managers of TB program for more than three years. Their ages were mostly older than 40 years. Nevertheless, none of the Puskesmas known to have any nursing care standard for TB patients, partly because the nurses did not have the requirement to document the given care. Given the two Puskesmas have provided the standard to care for TB patients, the nurses' knowledge about caring patients was 100% thorough.

All of the controlled variable were analysed using partial least square, while patients' adherence was measured using Wilcoxon signed rank test and Mann Whitney U Test with significant level of  $p \leq 0,05$ .

The ethical clearance of this study was obtained from the ethical committee at the Faculty of Public Health Universitas Airlangga. Ethical issues anticipated in this study were beneficence, justice, and humanity.

## RESULT

Data obtained from questionnaires shows that nurses' knowledge about *knowledge management* nursing care model were above average scores ( $\geq 75\%$ ), except in the assessment. Table 1 shows that 50% of nurse respondents already knew which patients' capacity that is required to be evaluated, as to determine whether they have any tendency to comply with TB management.

However, the nurses' performance in preventing patients' non-adherence behaviour were varied (table 2). In the aspect of assessment internalisation, most nurses (97%) were in average score. However, the nurses scored better in diagnosing, planning, and implementing care. However, most nurses reached good scores in three aspects, including *Socialisation* (83%), *combination* (100%) and *internalization* (97%). Instead, almost none of the nurses did proper phase in socialisation with patients (0-7%).

The knowledge management based nursing care model intervention does impact patients' adherence in taking TB medications (table 3). This nursing care model specifically improves patients' knowledge (table 4), discipline in taking medicine (table 5), ability in countering the adverse effect of the medication (see table 6), and the ability in monitoring the medication results (see table 7).

Table 1. Nurses' knowledge about knowledge-management based nursing care model

No	Nurses' Knowledge Assessment	Knowledge level	
		Know (%)	Do not know (%)
1	First step in nursing care process	100	0
2	Nursing care standard: Assessment	75	25
3	Assessment toward factors interfering patients' adherence	100	0
4	Patients capacity that affects adherence to treatment	50	50
5	Assessment toward patients' adherence indicators	100	0
6	Defining assessment priority at the initial process with patients	50	50
7	Nursing Diagnosis components	75	25
8	Intervention to improve patients' adherence	100	0

Table 2. Nursing care performance before the implementation of Knowledge Management-based nursing care model

No	Evaluated Aspects	<i>Knowledge management components</i>	Category		
			Good (%)	Fair (%)	Poor (%)
1	Assessment	<i>Socialisation</i>	0	38	62
		<i>Externalization</i>	66	34	0
		<i>Combination</i>	66	34	0
		<i>Internalization</i>	0	97	3
2	Nursing Diagnosis	<i>Socialisation</i>	0	97	3
		<i>Externalization</i>	69	0	31
		<i>Combination</i>	97	0	3
		<i>Internalization</i>	17	0	83
3	Planning	<i>Socialisation</i>	7	93	0
		<i>Externalization</i>	72	28	0
		<i>Combination</i>	72	28	0
		<i>Internalization</i>	10	90	0
4	Intervention Implementation	<i>Socialisation</i>	0	97	3
		<i>Externalization</i>	0	83	17
		<i>Combination</i>	66	17	3
		<i>Internalization</i>	45	41	14
5	Evaluation	<i>Socialisation</i>	83	0	17
		<i>Externalization</i>	0	100	0
		<i>Combination</i>	100	0	0
		<i>Internalization</i>	97	0	3

Table 3. The Comparison of the average of patients' adherence toward TB management between intervention and control group

GROUP	PRE (%)	POST (%)
Intervention	86	100
Control	86	91

Table 4. The comparison of patients' knowledge about TB medication, pre and post intervention of knowledge-management based nursing care model

Grade	Category	Intervention group				Control group			
		Pre intervention		Post intervention		Pre intervention		Post intervention	
		f	%	f	%	f	%	f	%
3	Fully Understand	10	62,5	16	100	4	80	2	40
2	Moderately informed	3	18,75	0	0	1	20	3	60
1	Do not know	1	18,75	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	16	100	5	100	5	100

Table 5. The comparison of patients' self-discipline in taking TB medication before and after the intervention of Knowledge Management based nursing care model

Grade	Category	Intervention group				Intervention group			
		Pre intervention		Post intervention		Pre intervention		Post intervention	
		f	%	f	%	f	%	f	%
3	Discipline	10	62,5	16	100	2	40	4	80
2	Moderate discipline	5	31,25	0	0	3	60	1	20
1	Non-discipline	1	6,25	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	16	100	5	100	5	100

Table 6. The comparison of patients' ability to counter the adverse effect of TB medications before and after the intervention of Knowledge Management based nursing care model

Grade	Category	Intervention group				Control group			
		Pre intervention		Post intervention		Pre Intervention		Post intervention	
		f	%	f	%	f	%	f	%
3	Sufficient	12	75	16	100	5	100	5	100
2	Moderate	4	25	0	0	0	0	0	0
1	Incapable	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	16	100	5	100	5	100

Table 7. The comparison of patients' ability to monitor the success of TB treatment, before and after the intervention of Knowledge Management based nursing care model

Grade	Category	Intervention group				Control Group			
		Pre intervention		Post intervention		Pre intervention		Post intervention	
		f	%	f	%	f	%	f	%
3	Able to monitor	10	62,5	16	100	2	40	2	40
2	Moderate ability	6	37,5	0	0	3	60	3	60
1	Unable to monitor	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	16	100	5	100	5	100

As can be seen from Table 3, prior the intervention using knowledge management model was given, patient's adherence's score in both groups to treatment was 86%, showing that both groups were homogeny before the intervention was given. However, after the intervention, the treatment group achieve 9% higher in adherence's score as compare to the control group. Table 4 shows that the majority of respondents in the control group (80%) were fully understand about TB medication program while in the intervention group only 62.5% of respondents who had fully understand about the program. Table 4 describes that 75% respondents have already knew how to overcome the unpleasant effect of taking TB medications. On the other hand, all of the respondents in control group were able to counter the side effects of the medications. In terms of monitoring the results of the medication program, 40% of control group member were able to perform evaluate properly (see Table 7). This number was 12.5% lower when compared to the respondents in the intervention group.

Improvements were reported in all respondents (100%) from intervention group, particularly in aspects of knowledge, oral and

injection medication-taking self-discipline, countering medication's adverse effects, and monitoring medication program results. On the other hand, the control group's results were varied. In terms of knowledge, 20% of the respondents remained moderately informed, and their ability in countering the adverse effects of the medications remained unchanged. However, their self-discipline in taking medications was improved by 80%.

The statistical assessment using the Mann Whitney U Test showed that there was no difference between the two groups during the pre-intervention of knowledge-management based nursing model ( $p > 0,05$ ). Instead, all measured aspect was shown to be significantly different between the two groups after the intervention. For instance, the Mann Whitney U test results in knowledge about TB medications ( $p = 0,074$ ), oral medication-taking self-discipline ( $p = 0,074$ ), regularity to control ( $p = 0,001$ ), and the ability in monitoring the medication results ( $p = 0,074$ ). However, there was no significant difference between the two groups in the aspects of countering the adverse effects of the medication ( $p = 1,000$ ).

## DISCUSSION

Nurses' knowledge about the intervention (nursing care process) theory was sufficient. However, the implementation of their knowledge in assessing patients' ability that contributes to their adherence toward the real situation was compromised. This is possibly related with the overloading administration and delegation tasks, while doctors had to take over their roles in assessing the patients. This finding infers that nurses may compromise the proper assessment process and hinder patients from a successful therapy.

This finding adds the available behaviour theory that explains about knowledge as the main contributor to individual acts. Theoretically, behavioural adaptation occurs through changing processes that involve aspects of knowledge, attitude, and practice (Notoatmodjo 2010). Previous research suggest that aspect of knowledge has a close relationship with behaviour (Asna 2011; Maseda et al. 2013; Nugrahini et al. 2012).

Nurses' performance in patients' assessment, particularly in aspects of socialization, externalization, and combination was deficient. The deficiency was also found in the rest of nursing process, except in evaluation phase, the aspect of socialization. This result was suspected to relate with nurses' insufficient knowledge about nursing assessment process. The result showed in Table 4.4 implies that nurses' skill and knowledge in prioritizing diagnosis and understanding in the need of adherence were insufficient. Thus, it influences their skills in assessing patients. Cross & Cummings (2004) assert that nurses' performance has a strong relationship with their knowledge. This statement was also highlighted in different literatures, such as one in Suprapti (2010) that involved staff of Department of Water Resource Management in Central Java province (Suprapti 2010).

Patients adherence is evaluated through five indicators, including: knowledge, and self-discipline about medication and management, ability in countering the adverse effect of medication, regularity in control and monitoring, and the ability in evaluating the result of treatment. This research result implies that knowledge management based nursing model could improve patients' adherence toward TB medication program. This is

possibly because the model reinforces nurses to encourage patient to adhere to treatment.

During the assessment phase, nurses as respondents are empowered to assess patients that they will be able to ensure the clinical decision-making, diagnosis, and care-plan development is patient-centred. Thus, the patients are expected to be self-reliant.

In the implementation phase, the nurses are ready to help patients solve their problems, and acts as either mentor or counsellor, while in the evaluation phase; the nurses are able to evaluate their patients without prejudice. These thorough process would improve patients to adhere to TB treatments (Potter et al. 2013).

Nurses perform nursing care based on the knowledge, experience, attitudes, and standards. Nursing care improve patient knowledge and attitudes, so that then change the desire and ability of patients to follow treatment as prescribed (Potter et al. 2013).

Patients' knowledge improvement can be explained in two ways: because they obtain adequate information from nurses, or because positive patient-nurses contact, all of which acts as driven factors. Therefore, knowledge management based nursing care model is believed to facilitate quality patient-nurse interaction and improve patients' comprehension toward treatments and medication management.

Through socialization, externalisation, combination, and internalisation process, knowledge management nursing model facilitates patients' new perspective regarding medication adherence. Nurses are expected to assist patients to access learning through dynamic, tacit, and explicit interactions; initiated from the initiation of knowledge identification, development, distribution, utilization and retention (Setiarso et al. 2009).

Patients' improvement in taking medication is partly because the nurses take their roles as educator, reliable source of information, trainer, and caregiver. Thus, patients' adherence improves. According to Peplau's interpersonal relationship theory, Knowledge management nursing care model enables patients' reliability in adherence to treatment, and transform patients from care receptor to as partner to nurses in achieving shared-defined goals (Johnson & Webber 2015).

However, the result of this study does not indicate that the nursing model is able to empower patients in countering the side effects of TB medications. It is suspected that this

resulted from the short duration of the treatment, which was limited to two weeks of implementation. The limited time of implementation also causing patients' ability to counter medication side effects cannot be assessed further, and the majority of the patients could not share their lived-experience in managing the side effects of medication. However, the nursing care model was proven to facilitate good relationship between patients and nurses, and improves patients' knowledge that encourages their motivation in regular control.

Integrated health education within the nursing care model facilitates the clients in achieving better health outcomes. This comprehensive nursing care model does improve patients' self-concept and reliability to treatment, which proper and routine health check are some of the examples (Burton et al. 2013).

Knowledge management nursing care model was proven to be mutually beneficial for both party. The nurses are allowed to provide health education, act as consultant, encourage patients to actively participating in their care, trust their clients, and encourage their patients to be reliant, all of which is consistent to the principles of learning in the sphere of nursing (Burton et al. 2013).

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

Knowledge management nursing care model was proven effective in improving patients' adherence to treatment; this includes patients knowledge and ability in managing their medications, and actions and attitude in taking medications. The patients improved their regularity in taking TB medication, accessing health services, and evaluating their medication progress.

### Recomendation

Knowledge management based nursing care model can be adopted as a way to improve TB patients' adherence to treatments. Further research is suggested to evaluate the influence of this nursing care model within the larger population and using method of randomized control trial.

## REFERENCE

Asna, K. (2011). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Terhadap Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Pra Nikah pada Siswa di SMA Negeri 14 Kota Semarang*

- Tahun 2010/2011. Skripsi*. Retrieved 2 12, 2015, from Digilib Unnes: <http://lib.unnes.ac.id/7559/1/10361.pdf>
- Burton, T. (2013). Client Education. In J. Crisp, C. Taylor, C. Douglas, & G. Reberio, *Fundamentals of Nursing (4th ed)* (pp. 217-243). Chatswood: Elsevier Australia.
- Cross, R., & Cummings, J. (2004). Tie and Network Correlates of Individual Performance in Knowledge-Intensive Work. *Academic Management Journal*, 47(6), 928-937.
- Johnson, B., & Webber, P. (2015). *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing (4th ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Maseda, D., Suba, B., & Wongkar, D. (2013). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Bahaya Merokok dengan Perilaku Merokok pada Remaja Putri di SMA Negeri 1 Tompasobaru*. Retrieved 2 12, 2015, from Jurnal Keperawatan Universitas Sam Ratulangi: <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2176>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Bandung: Rineka Cipta.
- Nugrahini, D., Anna, A., & Emaliyawati, E. (2012). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Sadari pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran*. Retrieved 2 12, 2015, from Jurnal Unpad: <http://jurnal.unpad.ac.id/ejournal/article/viewFile/729/775>
- Potter, A., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2013). *Fundamental of Nursing (8th ed)*. Canada: Elsevier Mosby.
- Setiarso, B., Harjanto, N., & Subagyo, H. (2009). *Penerapan Knowledge Management pada Organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shi, SongGe, & Jia. (2010). The Application of Socialization Externalization Combination Internalization Model in Library Knowledge Management. *International Conference on Mechanical Engineering and Automation Advances in Biomedical Engineering*, 10, pp. 359-363.
- Suprpti, W. (2010, 5 30). *Pengaruh Pengetahuan, Ketrampilan dan Sikap Terhadap Kinerja Pegawai pada Dinas Pengelolaan Sumber Daya Air Propinsi Jawa Tengah*. Tesis. Retrieved 1 20, 2015, from Universitas Diponegoro: <http://eprints.undip.ac.id/12332/>

WHO. (2013). *Stop TB Partnership: The Global plan to stop TB 2011-2015*. Retrieved Agustus 13, 2013, from World Health Organisation:

[http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf)



# KEJADIAN *DIARRHEA* PADA PASIEN KANKER SERVIKS SETELAH PENATALAKSANAAN KEMOTERAPI

*(The Incident of Diarrhea among Cervical Cancer Patients Post Chemotherapy Treatment)*

Masfin Muhayanah\*, Ni Ketut Alit Armini\*, Aria Aulia Nastiti\*

\*Faculty of Nursing Universitas Airlangga

Email: nk.alita@fkip.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan.** Kanker serviks merupakan penyakit terbanyak kedua yang diderita oleh perempuan. Kemoterapi merupakan pengobatan utama untuk kanker serviks. Kemoterapi mempunyai beberapa efek samping, salah satunya adalah *diarrhea*. *Diarrhea* menyebabkan penderita kanker serviks lebih menderita. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang menyebabkan *diarrhea* pada penderita kanker serviks setelah mendapatkan kemoterapi. **Metode.** Penelitian ini menggunakan metode analitik deskriptif dengan desain retrospektif. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang telah menjalani kemoterapi pertama. Sampel didapatkan sebanyak 21 orang dengan teknik *purposive sampling*. Variabel independen meliputi obat kemoterapi, jenis kemoterapi, stadium kanker, stress, dan makanan. Variabel dependen adalah *diarrhea*. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner, kemudian dianalisis menggunakan *chi square* dengan tingkat signifikansi  $\alpha \leq 0,05$ . **Hasil.** Uji statistik menunjukkan bahwa obat dan jenis kemoterapi tidak berhubungan dengan kejadian *diarrhea* ( $p:0,598$  dan  $p:0,336$ ). Sedangkan faktor yang berhubungan dengan kejadian *diarrhea* yaitu stadium kanker ( $p:0,022$ ), *stress* dan jenis diet ( $p:0,00$ ). **Diskusi.** Dapat disimpulkan bahwa kejadian *diarrhea* pada pasien kanker serviks pasca kemoterapi dipengaruhi oleh faktor stadium kanker, *stress*, dan makanan. Berdasarkan hasil tersebut diperlukan pendidikan kesehatan tentang jenis makanan yang dapat menyebabkan *diarrhea*, prosedur kemoterapi dan efek sampingnya, dan peningkatan dukungan untuk pasien dengan kanker serviks.

**Kata kunci:** kanker serviks, kemoterapi, *diarrhea*

## ABSTRACT

**Background:** Cervical cancer is second most diseases suffered by women. Chemotherapy is primary treatment for cervical cancer. Chemotherapy has some side effect, and one of them is diarrhea. Diarrhea make cervical cancer suffered more. The purpose of this research was to analyze the factors that caused diarrhea among cervical cancer patients after chemotherapy. **Method:** This research uses descriptive analitic method with retrospective design. The population in this research is all patients who had post first chemotherapy. Sample in this study were 21 respondents, with purposive sampling. Variable independent were type of chemotherapy drugs, character of chemotherapy, staging, stress and dietary. Variable dependent was diarrhea. Data collected using questionnaire. Data were analyzed using chi square test with level of significant  $\alpha \leq 0,05$ . **Results:** The result of the study reveals that the type of the chemotherapy drug and the character of chemotherapy has no correlation with the incident of diarrhea with p value ( $p:0,598$  and  $p:0,336$ ). The factors that has correlation with diarrhea were stage of cancer ( $p:0,022$ ), stress and dietary ( $p:0,00$ ). **Conclusion:** It can be concluded that incident of diarrhea was related to staging, stress and dietary. Thus, very important to give health education about dietary causing diarrhea, chemotherapy procedural and it's sides effects, and also increase supports for patient with cervical cancer.

**Keyword:** cervical cancer, chemotherapy, diarrhea

## INTRODUCTION

Indonesia is one of developing countries which have sufficient serious problems about cancer. Two types of cancer with the highest incidence on women are breast cancer and cervical cancer. Cervical cancer management requires integrated treatments of various disciplines, clinical basis, in terms of diagnosis and therapy. Chemotherapy is the treatment of cancer using drugs or hormones (Rasjidi 2007). Chemotherapy is effective towards spreading or even localized disease. Treatment with chemotherapy manage to increase the cure rate of cancer, but there are some therapeutic effect accompaniments such as bone marrow depression, gastrointestinal reactions, impaired

liver and kidney function, cardiotoxicity, pulmototoxicity, neurotoxicity, allergic reactions, alopecia, melanosis, and thrombophlebitis. In long term, the effects could lead to carcinogenesis and infertility (Wan Desen Sun Yatsen University, cancer center (2008). The research reported about 7% to 10% of cancer patients admitted to hospital due to diarrhea post therapy (Ferrell et al. 2010). The diarrhea during post-chemotherapy has not been well managed because diarrhea occurred at home. Diarrhea on cervical cancer patients post chemotherapy can not be underestimated because it threatens patient's lives, if it is left unchecked and will worsen the patient's medical condition as well. Factors related to the incidence of diarrhea in patients

with post-chemotherapy for cervical cancer can't be explained yet.

In the world wide, cervical cancer still have a huge number of cancer incidents among women after breast cancer. Cervical cancer is the leading cause of cancer death in women of reproductive age in developing countries (Rasjidi 2007). Based on data from WHO (2010), a woman dies from cervical cancer every two minutes in the world, or about 30 people per hour. Cancer incidence in Indonesia is not yet known with certainty, because there has been no population-based registry. Globocan (2002), the IARC (International Agency for Research on Cancer) estimates the incidence of cervical cancer is 16 per 100,000 women (Dinkes 2012). According Kuntarti (2011), in Indonesia every 1 hour a woman dies from cervical cancer, this is because in Indonesia more than 70% of cervical cancers are found after entering an advanced stage IIB or above (OAGIN, 2011). Data of East Java Health Office shows increase in the numbers of patients with cervical cancer last three years. Distribution of cervical cancer hospitalized in 2011 were as many as 790 cases and the death number were 29 patients (Dinkes 2012).

Dr. Soetomo General Hospital is a type A hospital which has good and adequate facilities for the treatment of cancer. Cervical cancer patients who were treated at Dr. Soetomo General Hospital generally in stage Ila upwards so that they need chemotherapy. The results of interviews in 5 patients with cervical cancer who received chemotherapy show that, all of patients complained about nausea, vomiting, hair loss, fatigue, and diarrhea. Majority of patients said they had suffered diarrhea at homes around three days post chemotherapy. Diarrhea is generally classified into six categories: secretory, exudative, dysmotility, osmotic, malabsorbtive, and diarrhea due to side effects of treatment (Benson, B., & Stein 2009). Diarrhea in chronic diseases could be due to medication, diet, tumor, radiotherapy, intestinal obstruction, concomitant diseases such as IBS (inflammatory bowel disease), malabsorption, infections (Rasjidi 2010a). Other factors can cause diarrhea due to stress trigger chemicals such as serotonin which affects the brain when you're anxious and it can alter bowel movements. Cervical cancer patients are vulnerable to the stress. The incidence of stress in patients with cervical

cancer can be caused by cervical cancer disease or long and painful treatment procedures. Chemotherapy increases the stress of cervical cancer patients because it has various side effects (Wan Desen (Sun Yatsen University, cancer center 2008). Diarrhea associated with chemotherapy is called CID (chemotherapy-induced diarrhea). It can cause exudative diarrhea due to damage of the intestinal mucosa (Bisanz 2010). Some type of chemotherapy used in patients with cervical cancer monotherapy are cisplatin, carboplatin, 5-Fluorouracil (5-FU®), methotrexate, paclitaxel, gemcitabine, doxetel (Rasjidi 2007). Drug types 5 - Fluorouracil (5-FU®) does have toxicity, especially in the gastrointestinal mucositis and stomatitis, and diarrhea resulting. Other types of chemotherapy drugs that can cause diarrhea is Xeloda, Irinotekan (CPT-11), and Iressa (gefitinib). Series of chemotherapy regiments depending on the stage of cervical cancer and patient performance status (Rasjidi 2010a). The effect of diarrhea appears as a result of toxicity of chemotherapy drugs (Benson, B., & Stein 2009).

The involvement of relevant agencies and medical personnel are needed as well as public awareness so that, the incidence and mortality of cervical cancer can be minimized, especially by changing the pattern of lifestyle and early detection screening. Cancer can happen to everyone, on any part of the body but it can be prevented. There are some concrete actions cancer prevention, for instance avoiding cigarette smoke, limit alcoholic drinks, increasing exercise, eating healthy foods. Chemotherapy is the main alternative for the treatment of cervical cancer whether they are curative, palliative or adjuvant. Some various negative side effects caused by chemotherapy are unavoidable. Diarrhea can cause the patient not able to move outside the home, increasing weakness, dehydration, and contribute to a feeling of lack of control and depression all of which affect the self-care of patients, and causes the of decrease patients quality of life (QoL) and it go worse into life threatening if it is untreated. The role of nurses could be very important to recognize, educate and manage diarrhea and manifestations (Ferrell et al. 2010). It is important for nurses to recognize the onset of diarrhea in patients post chemotherapy. The purpose of this study was

to analyze factors associated with the incidence of diarrhea in cervical cancer patients post chemotherapy. The factors examined included: types of chemotherapy, drugs of chemotherapy, stage of cancer, stress, and diet.

**METHOD**

This research used descriptive analytic design. The population in this study were patients with cervical cancer who received chemotherapy in Merak Ward Dr. Soetomo General Hospital. Samples in this study were 21 respondents based on the inclusion and exclusion criteria taken by purposive sampling. The independent variable were type of chemotherapy, chemotherapy drug, stage of cancer, stress, and diet. The dependent variable was the incidence of diarrhea. The study was conducted at Merak ward Dr. Soetomo General Hospitals for 2 months between January to February 2013. The research instrument was a questionnaire with enclosed statement. Tests to measure the level of stress are the questionnaire DASS 42 (Depression Anxiety Stress Scale 42)(Lovibond 1995). The data were analyzed using fisher's exact test and chi square.

**RESULT**

Table 1 Characteristic of demography

Demography	Category	f	%
Age	20-30 years old	1	5
	31-40 years old	2	10
	40-50 years old	11	52
	>50 years old	7	33
Marrital Status	Married	20	95
	Widow	1	5
Job	Housewife	5	24
	Officials	2	10
	Farmer	11	52
	Private	3	14
Education	Elementray	15	71
	Yunior High School	2	10
	Senior High School	4	19
Child number	1-2	3	14
	>2	18	86
Contraception	Pills	3	14
	IUD	8	38
	Injection	5	24
	None	5	24
<b>N</b>		<b>21</b>	<b>100</b>

Demographic data showed most respondents were aged 40-50 years (52%), and married (95%). The majority of respondents worked as farmers (52%), with primary level of education background (71%), the number of their children >2 (86%), and mostly they used IUD (38%).

Table 2 Analysis of chemotherapy drugs and incident diarrhea

Chemotherapy Drug	Diarrhea (-)		Diarrhea (+)		Σ	%
	f	%	f	%		
	Cisplatin	12	57	4		
Paclitaxel and carboplatin	3	14	2	10	5	24
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>71</b>	<b>6</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fisher's Exact Test : p = 0,598

The types of drugs are given based on clinical cervical cancer cells to the mechanism of action of anti-tumor drugs. Results of the analysis of Fisher's Exact Test was obtained p = 0.598 ( $\alpha < 0.05$ ), it means there is no relationship between the type of chemotherapy with diarrhea.

Table 3 Analysis type of chemotherapy and incident diarrhea

Type of Chemotherapy	Diarrhea (-)		Diarrhea (+)		Σ	%
	f	%	f	%		
	Neoadjuvant	7	33	1		
Primary	8	38	5	24	13	62
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>71</b>	<b>6</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fisher's Exact Test : p = 0,336

Chemotherapy is given based on the purpose and timing of chemotherapy drugs. Results of the analysis of fisher's exact test was obtained p = 0.336 ( $\alpha < 0.05$ ), it means there is no relationship between the nature of chemotherapy with diarrhea.

Table 3 Analysis of cancer stadium and incident diarrhea

Cancer Stadium	Diarrhea (-)		Diarrhea (+)		Σ	%
	f	%	f	%		
	Stadium II	9	43	0		
Stadium III	6	28	5	24	11	52
Stadium IV	0	0	1	5	1	5
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>71</b>	<b>6</b>	<b>29</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Chi Square p = 0,022  
Koefisien Kontingensi = 0,516

Cervical cancer staging by histopathologic and clinical characteristic cervical cancer cells. Results of the analysis of Chi Square p = 0.022 contingency coefficient = 0.516, it means there is a relationship between the stage of the cancer with the incidence of diarrhea.

Table 5 Analysis stress and incident diarrhea

Stress	Diarrhea (-)		Diarrhea (+)		Σ	%
	F	%	f	%		
	Normal	9	43	0		
Mild	6	29	5	23	11	52
Moderate	0	0	1	5	1	5

Severe	0	0	2	10	2	10
Total	15	71	6	29	21	100

Chi Square p = 0,000  
Koefisien Kontingensi = 0,685

Stress is not specific response to the of the body disrupted and impact on physical, psychological, intellectual, social and spiritual from cervical cancer and its treatment procedure. Results of the analysis of Chi Square p = 0.000, contingency coefficient = 0.685, it means there is a relationship between stress and the incidence of diarrhea

Table 5 Analysis Diet Type and incident diarrhea

Type of Diet	Diarrhea (-)		Diarrhea (+)		Σ	%
	F	%	f	%		
	Low Risk	15	71	1		
Moderate Risk	0	0	3	14	3	14
High Risk	0	0	2	10	2	10
Total	15	71	6	29	21	100

Chi Square p = 0,000  
Koefisien Kontingensi = 0,662

Dietary risk of diarrhea in patients post chemotherapy include high fiber foods, spicy foods, high-fat foods, food contains a lot of gas. Results of the analysis of Chi Square p = 0.000, contingency coefficient = 0.662, it means there is a relationship between the type of diet with diarrhea.

**DISCUSSION**

Type of drug does not determine the incidence of diarrhea after chemotherapy. 4 of 16 respondents who use cisplatin experienced diarrhea. 2 of 5 respondents using paclitaxel + carboplatin, have diarrhea. According to Hoff at. All., (2011) in Bizans et al. (2010), there are several types of chemotherapy drugs that cause diarrhea including paclitaxel group as much as 38% (Bisanz 2010). Type of drug cisplatin has no direct effect on gastrointestinal. The side effects of cisplatin include: nefrotosik, ototoxicity, hypomagnesemia, nausea, vomiting, anaphylactic reaction, myelosuppression and anemia (Rasjidi 2007). Cisplatin can cause diarrhea if the gift exceeded the limits of patient toxicity (Benson, B., & Stein 2009). Almost all classes of anti-tumor drug (antimetabolite, antibiotic class, metabolite protein inhibitors, topoisomerase inhibitors, hormone class, class of molecular targets) are toxic chemical structure and a different mechanism. Chemotherapy cause immunosuppression and weaken the general condition of the patient due to side effects of the type of chemotherapy drugs given so that

affect the metabolism of the gastrointestinal tract and also lead to parasitic infections (Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, cryptosporidium), fungi (candida), bacteria (Clostridium difficile, shigella, salmonella) , viruses (rotavirus, cytomegalovirus, herpes simplex, hepatitis, Norwalk virus) into the gastrointestinal thus causing diarrhea.

There are more respondents who did not experience diarrhea, perhaps because most of them used the chemotherapy drug cisplatin than the respondents who received the chemotherapy drug paclitaxel + carboplatin types. This is because cisplatin (DDP) is the primary drug of cervix cancer (Rasjidi 2009). The amount of the percentage of respondents who experienced diarrhea after receiving carboplatin + paclitaxel compared with cisplatin literacy accordance with the theory that the chemotherapy drug paclitaxel causes diarrhea incidence by 38% (Bisanz 2010). Respondents who use chemotherapy first series, indirectly related to drug toxicity type of cisplatin which is still low and can be tolerated by the patient.

Drug characteristics do not determine the incidence of diarrhea post chemotherapy. 1 of 8 respondents with neoadjuvant chemotherapy has diarrhea. 5 of 13 respondents with primary chemotherapy characteristic get diarrhea from 13 respondents. Chemotherapy characteristics based on the objective type of chemotherapy treatment of cervical cancer, is adjuvant, neo adjuvant or primary. There are more respondents with primary chemotherapy have diarrhea because primary chemotherapy characteristic is curative so that it has high toxicity. There are fewer respondents who obtained neo adjuvant chemotherapy suffer have diarrhea, this may be because the majority of respondents with neo adjuvant cervical cancer stage II so that the general condition is better than those who received primary chemotherapy with stage of cancer.

The higher the stage of cervical cancer, the more increasing incidence of diarrhea post chemotherapy. Respondents with stage II were 9 respondents, none had diarrhea. One respondent with stage IV experienced diarrhea. 5 respondents with cervical cancer stage III have diarrhea. According to research, stage is an estimate of the possible spread of disease (Benson, C. R., & Pernoll 2009). Based on the FIGO, stage III carcinoma has spread to

the pelvic wall, whereas in stage IV tumors have spread far (Dunleavy 2009). Cervical cancer stage III to IV relating to the general condition of the patient that is drop of patients health due to the decrease metastasis of cancer cells to other organs so that will affect a patient's ability to tolerate the side effects of chemotherapy drugs and immune suppression due to infection that occurs easily after chemotherapy. Advanced-stage patients will experience tortured feeling by the disease. Patients experience physical weakness, as well as the side effects of the therapy include diarrhea post chemotherapy.

The higher stress, the incidents of diarrhea will more increase. Respondents in normal level of stress, have no diarrhea. A total of 6 respondents experience stress post-chemotherapy and 100% had diarrhea, that is 1 person with mild stress, 3 people with moderate stress, and 2 people with severe stress. Higher stress experienced by respondents at the younger age category 20-30 years and 31-40 years. The stress totally impact on individuals against physical, psychological, intellectual, social, and spiritual, stress can also disturb physiological equilibrium (Hawari 2011). Stress experienced by patients with cervical cancer can trigger the production of serotonin in the brain that can improve the work of the gastrointestinal tract, bowel movements increase and eventually cause diarrhea. Chemotherapy can be a source of stress for cervical cancer patients, (Wan Desen (Sun Yatsen University, cancer center 2008). If the patient has severe anxiety towards chemotherapy then psychological response after chemotherapy appears to be more severe. Stress has a direct effect on diarrhea, and side effects of chemotherapy drugs can also cause stress to the patient. Respondents suffering from stress express that they are fear to undergo their first chemotherapy and reactions afterwards. Measurement of patient stress was measured using the DASS. Item of statements often expressed respondents with stress is irritable because of trifles. The lack of family support towards a widow stress of chemotherapy, causing diarrhea post chemotherapy.

The more risky type of diet consumed, the more increasing incidence of diarrhea post chemotherapy. There are some respondents whose diet is at risk of diarrhea, 1 of 15 respondents with low risk and moderate risk

diet have diarrhea. While all respondents who have heavy risk diet experienced diarrhea. One of the causes of diarrhea patients with cancer is diet (Benson, B., & Stein 2009) (Rasjidi 2010b). Stern (2003) suggest diet foods to avoid cervical cancer patients post chemotherapy, such as: milk, cheese, yogurt, ice cream, coffee, tea, soft drinks, chocolate, glucose, acidic juices, juice sorbitol, high-fiber foods, and cause gas, irritation, high-cholesterol foods, spicy foods, and pasta (Ferrell et al. 2010). These various kinds of food are classified to facilitate the respondents and the social conditions of the respondent. The higher the dietary risks of respondents, the higher the risk of diarrhea will be experienced by respondents. Great number of respondents who experienced diarrhea with diet high risk because patients do not know the foods to avoid post-chemotherapy. Respondents educational background were mostly graduates of elementary, relates to the ability of respondents receive information diarrhea prevention and treatment of post-chemotherapy. Generally, people had diarrhea after being at home. Consumption of food to distract post chemotherapy nausea, such as spicy foods and acidic taste can trigger diarrhea.

## **CONCLUSION AND RECOMMENDATION**

### **Conclusion**

Types of drugs, and the nature of the chemotherapy drugs are not associated with the incidence of diarrhea post chemotherapy. The higher the stage of cancer of the cervix, the more increasing the incidence of diarrhea post chemotherapy. Stress experienced by patients increases the incidence of diarrhea post chemotherapy. Type of risky diet that is consumed, increase the incidence of diarrhea post chemotherapy.

### **Recomendation**

It should be given continuous information on cervical cancer patients about management of diarrhea, health education about cervical cancer, chemotherapy procedures, and the side effects there of, and taking care patients with diarrhea post chemotherapy.

Patients need to get emotional support in anticipation of the psychological needs. Patients need to consume a diet that is not at

risk to prevent diarrhea. Hospital need to improve cross-sectoral cooperation between health centers on palliative care by conducting home visit to anticipate problems after chemotherapy. For further research can investigate other side effects experienced by patients after chemotherapy with larger samples and the method of cohort.

#### REFERENCES

- Benson, B., & Stein, R., 2009. *Cancer and Drug Discovery Development: Supportive Care in Cancer Therapy* D. S. Ettinger, ed., Totowa, NJ: Human Press.
- Benson, C. R., & Pernoll, L.M., 2009. *Buku Saku: Obstetri & Ginekologi* 9th ed., Jakarta: EGC.
- Bisanz, A., 2010. Summary of the Causative and Treatment Factors of Diarrhea and the Use of a Diarrhea Assessment and Treatment Toll to improve Patient Outcomes. *Nursing Center*, 33(4).
- Dinkes, 2012. *Kegiatan Pengendalian Kanker di Jawa Timur (PPKM, Trans.)*, Surabaya.
- Dunleavy, R., 2009. *Cervical cancer: a guide for*, Chichester: John Willey & Sons. Sons Ltd.
- Ferrell, B.R., Coyle, N. & Judith, P., 2010. *Oxford Textbook of Palliative Nursing Third.*, New York: Oxford University Press.
- Hawari, 2011. *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi* 2nd ed., Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Lovibond, L.&, 1995. *Manual for the Depression Anxiety Stres Scale* 2nd ed., Sydney: Psychology Foundation, Australia Centre for Post Traumatic Mental Health. Available at: [www.psy.ed.au/groups](http://www.psy.ed.au/groups).
- Rasjidi, I., 2007. *Chemotherapy Kanker Ginekologi Dalam Praktik Sehari – Hari*, Jakarta: Sagung Seto.
- Rasjidi, I., 2009. *Deteksi Dini dan Pencegahan Kanker Pada Wanita* 1st ed., Jakarta: Sagung Seto.
- Rasjidi, I., 2010a. *Imaging ginekologi onkologi*, Jakarta: Sagung Seto.
- Rasjidi, I., 2010b. *Perawatan paliatif suportif dan bebas nyeri pada kanker*, Jakarta: Sagung Seto.
- Wan Desen (Sun Yatsen University, cancer center, G., 2008. *Buku ajar Onkologi klinis*, Jakarta: FKUI.

# PERAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER SERVIKS

*(The Role of Family and Quality of Life in Patients with Cervical Cancer)*

Tiyas Kusumaningrum\*, Retnayu Pradanie\*, Esti Yunitasari\*, Sih Kinanti\*\*

\*Divisi Keperawatan Maternitas, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

\*\*Ruang Merak RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Email: tiyas-k@fkp.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan.** Diagnosis kanker serviks telah menjadi beban besar baik bagi pasien dan keluarga. Untuk pasien, kanker serviks menghilangkan beberapa peran mereka sebagai istri dan ibu. Kebanyakan pasien kanker dengan stadium lanjut memiliki skor kualitas hidup rendah yang menunjukkan mereka memiliki masalah. Keluarga harus mengurus orang-orang tercinta mereka berurusan dengan diagnosis, pengobatan, dan efek samping dari kanker serviks. Keluarga sebagai pengasuh mungkin tidak siap untuk melakukan peran itu. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi korelasi tugas kesehatan keluarga pada kualitas hidup pada pasien dengan kanker serviks. **Metode.** Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan kanker serviks dan keluarga mereka di bangsal ginekologi RS Dr Soetomo Surabaya. Data diambil dengan wawancara terstruktur menggunakan Fact Cx untuk kualitas hidup dan kuesioner tugas kesehatan keluarga. Analisis regresi linier diaplikasikan dengan tingkat signifikansi  $\leq 0.05$ . **Hasil.** Sebagian besar keluarga memiliki tugas kesehatan keluarga tingkat sedang, sedangkan mayoritas pasien juga memiliki kualitas hidup tingkat sedang. Tidak ada korelasi yang signifikan antara tugas kesehatan keluarga pada kualitas hidup pada pasien dengan kanker serviks. **Diskusi.** Kualitas hidup pada pasien dengan kanker serviks tidak terpengaruh secara langsung oleh tugas kesehatan keluarga mereka. Meskipun demikian pasien merasa bersyukur bahwa keluarga mereka sangat mendukung selama pengobatan kanker mereka.

**Kata kunci:** tugas keluarga kesehatan, kenyataannya cx, dukungan keluarga, kualitas hidup, kanker serviks

## ABSTRACT

**Introduction.** Cervical cancer diagnosis has been a major burden both for patients and their family. For patients, cervical cancer obliterated some of their role as a wife and a mother. Most patients with advance cancer have low score of quality of life indicating they have problems. Family must take care of their beloved ones dealing with the diagnosis, treatment, and side effects of cervical cancer. Family as a caregiver might be ill prepared to undertake that role. The objective of this research was to identify the correlation of family health task on quality of life in patients with cervical cancer. **Methods.** This research employed cross-sectional design. Population in this research was all patients with cervical cancer in gynecology ward Dr Soetomo Hospital in Surabaya. Participant for this research were patients with cervical cancer and their family. Data were taken by structured interview using Fact Cx for Quality of life and family health task question form. Linear regression analysis was applied with level of significance  $\leq 0.05$ . **Results.** Most family had moderate level of family health task while most patients also have moderate level of quality of life. Unfortunately there are no significance correlations of family health task on quality of life in patients with cervical cancer. **Discussion.** Quality of life in patient with cervical cancer was not affected directly by their family health task. Nonetheless patient gratefully thanks family for their support during their cancer treatments.

**Keywords:** family health task, fact cx, family support, quality of life, cervical cancer

## PENDAHULUAN

Kanker serviks merupakan jenis kanker ginekologis paling sering terjadi pada wanita (Cunningham 2005). Penderita kanker serviks terutama pada stadium lanjut mempunyai berbagai keluhan yaitu nyeri panggul, kelelahan, perdarahan spontan, penurunan nafsu makan, sesak napas, konstipasi, dan kesulitan berkemih (Dunleavy 2009). Dukungan keluarga sangat dibutuhkan pasien kanker serviks dalam menghadapi kehidupan paska diagnosis kanker dan penanganannya. Terdapat lima tugas kesehatan keluarga sebagai bagian dari fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan antara

lain; keluarga mampu mengenali permasalahan yang ada, mampu mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mampu memelihara kesehatan lingkungan, dan mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia (Basavanhappa 2008).

Angka kejadian kanker serviks sangat tinggi terutama di negara berkembang. Perkiraan angka kejadian kanker serviks di USA pada tahun 2010 adalah 12.200 kasus baru, dan 4.210 kematian (NCI 2010). Kejadian kanker serviks per tahun di Indonesia sejumlah 13.762 kasus dan 7.493 kematian. Kanker serviks merupakan kanker ketiga terbanyak

yang terjadi pada wanita di Indonesia, serta kanker kedua yang paling sering terjadi pada wanita usia 15 tahun sampai dengan 44 tahun (WHO 2010). Menurut Data Dinas Kesehatan Jawa Timur pada tahun 2011 terdapat 901 perempuan dengan diagnosa neoplasma ganas serviks, dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 790 kasus (Dinkes & PPMK 2012).

Berbagai upaya peningkatan kondisi pasien paska kemoterapi telah banyak dilakukan. Pemberian penyuluhan selama perawatan pada pasien kanker serviks dan keluarga sudah dilaksanakan di ruang rawat pasien kanker serviks. Pada beberapa pasien, penyuluhan diterima dengan baik namun pada kebanyakan pasien tetap mengalami penurunan kondisi paska kemoterapi. Usia pasien kanker serviks umumnya diatas 35 tahun dan berpendidikan rendah sehingga sulit untuk menerima informasi yang cukup banyak dalam satu waktu penyuluhan. Keluarga diharapkan berperan aktif untuk dapat membantu pasien kanker serviks memahami informasi yang diberikan petugas kesehatan serta terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah maupun di rumah sakit. Keterlibatan keluarga dalam membantu pasien menghadapi proses pengobatan kanker serviks dapat membantu pasien kanker serviks mencapai kualitas hidup yang optimal.

## BAHAN DAN METODE

Design penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional*. Pengamatan atau pengukuran setiap variabel dalam penelitian ini hanya akan dilangsungkan satu kali saja dan tidak ada pengukuran atau observasi ulang maupun lanjutan. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga penunggu pasien kanker serviks di ruang Merak RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober sampai dengan November 2013 berjumlah 48 orang. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah 28 orang yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Mayoritas responden keluarga adalah perempuan sedangkan untuk responden pasien seluruhnya berjenis kelamin perempuan. Teknik pengambilan sampling yang digunakan adalah *consecutive sampling*.

Variabel dalam penelitian ini adalah lima tugas kesehatan keluarga (pengetahuan, kemampuan pengambilan keputusan kesehatan, kemampuan memelihara lingkungan sehat, kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan, dan kemampuan merawat keluarga) dan

kualitas hidup pasien kanker serviks. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner lima tugas kesehatan keluarga dan kuesioner *Fact Cx* untuk mengukur kualitas hidup pasien kanker serviks. Wawancara terstruktur berdasarkan kuesioner tersebut diterapkan pada pasien maupun keluarga. Hal ini dilakukan karena permintaan responden yang merasa bahwa mereka akan lebih memahami jika kuesioner tersebut ditanyakan oleh peneliti. Data yang didapatkan diolah menggunakan uji statistik linear berganda.

## HASIL

Sebagian besar responden keluarga dalam penelitian ini telah mendapatkan informasi tentang kanker serviks. Informasi yang dimiliki keluarga biasanya didapatkan dari petugas kesehatan di RSUD Dr Soetomo. Informasi yang banyak dipahami oleh responden adalah tentang definisi kanker serviks dan kegawatan penyakit tersebut sedangkan informasi tentang penanganan dan efek samping pengobatan belum dipahami dengan baik. Responden pasien mayoritas adalah pasien kanker serviks yang berada pada stadium IIB.

Kemampuan keluarga menjalankan lima tugas kesehatan keluarga mayoritas pada tingkat baik. Pada komponen penggunaan layanan kesehatan dan keterampilan keluarga dalam merawat pasien kanker serviks, kemampuan keluarga merata pada tingkat baik, cukup, dan kurang.

Sebagian besar pasien kanker serviks mempunyai kualitas hidup pada tingkat baik dan cukup namun tidak ada tingkat kualitas hidup pasien yang dominan dalam penelitian ini. Komponen kualitas hidup pasien kanker serviks yang mempunyai rerata skor terendah adalah komponen keadaan fisik. Pada komponen keadaan fisik pasien banyak mengeluhkan tentang pengeluaran cairan keputihan atau perdarahan pervaginam serta masalah yang ditimbulkan oleh cairan tersebut seperti gatal, dan bau tidak sedap. Pasien kanker serviks menyatakan bahwa mereka mendapat dukungan dari keluarga dalam menghadapi penyakit dan pengobatannya. Pada komponen perhatian khusus tidak ada pasien yang menyatakan ingin hamil lagi. Rerata usia pasien lebih dari 35 tahun dan atau telah memiliki jumlah anak yang cukup.



Hasil regresi variabel lima tugas kesehatan keluarga terhadap nilai skor *Fact Cx* (*quality of life*) adalah sebesar 0,301. Hal ini menunjukkan terdapat hubungan yang rendah antara variabel lima tugas kesehatan keluarga dengan *quality of life* pasien kanker serviks di Ruang Merak RSUD Dr. Soetomo. Hasil analisis determinasi menunjukkan hasil  $R^2$  adalah 0,091 yang berarti bahwa sumbangan pengaruh lima tugas kesehatan keluarga terhadap variabel *quality of life* adalah sebesar 9,1%. Hasil regresi menunjukkan bahwa  $F$  hitung adalah 0,340 sedangkan jika dibandingkan dengan  $F$  tabel adalah 2,964. Nilai  $F$  hitung lebih kecil dari nilai  $F$  tabel mengindikasikan bahwa tidak ada pengaruh lima tugas kesehatan keluarga dengan nilai *quality of life* pasien kanker serviks.

Pengujian koefisien regresi variabel lima tugas kesehatan keluarga dilakukan untuk mengetahui adanya pengaruh secara parsial dari variabel tersebut dengan nilai kualitas hidup pasien kanker serviks (*Fact Cx*). Tabel distribusi  $t$  dicari pada  $\alpha=0.25$  (uji dua sisi) dengan  $df=n-k-1$  yaitu 17. Dengan pengujian dua sisi didapatkan  $t$  tabel yaitu 2,1098. Hasil  $t$  hitung untuk seluruh variabel lima tugas kesehatan keluarga menunjukkan nilai dibawah  $t$  tabel. Perbandingan  $t$  hitung dan  $t$  tabel tersebut menunjukkan bahwa tiap variabel lima tugas kesehatan keluarga secara parsial tidak berpengaruh secara signifikan terhadap nilai *Fact Cx*. Konstanta menunjukkan nilai 80,587 berarti bahwa jika nilai semua komponen lima tugas kesehatan keluarga adalah 0 maka skor *Fact Cx* adalah 80,587.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa sebagian besar responden yang merupakan keluarga penunggu pasien kanker serviks yang dirawat di ruang Merak RSUD Dr. Soetomo memiliki skor lima tugas kesehatan keluarga dalam kategori cukup. Kemampuan keluarga yang baik dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga dapat menjadikan keluarga sebagai pemberi perawatan yang efektif bagi anggota keluarga yang sakit (Friedman et al. 2003). Keluarga yang dapat menjalankan fungsi perawatan kesehatan untuk keluarga yang sakit dapat membantu anggota keluarga yang sakit mencapai kondisi yang lebih baik secara fisik maupun psikologis.

Jenis informasi yang diterima oleh responden sangat beragam namun sebagian besar tentang definisi penyakit kanker serviks dan kondisi lanjut yang mungkin dialami oleh pasien jika tidak segera melakukan perawatan. Setiap keluarga maupun pasien kanker mempunyai kebutuhan yang beragam akan informasi yang diinginkan tentang penyakit yang sedang dihadapi. Informasi tentang diagnosis dan penatalaksanaan medis merupakan hal yang diharapkan pada masa awal penegakan diagnosis pasien kanker, sedangkan informasi tentang topic non medis seperti cara coping dan membina hubungan yang baik dengan pasien kurang diminati (Adams et al. 2009). Sebuah review tentang pencarian informasi oleh keluarga pasien kanker yang dilakukan oleh McCarthy (2011) memperlihatkan hasil bahwa keluarga mencari informasi tentang kesehatan pasien melalui empat cara. Cara tersebut antara lain mendampingi pasien saat kontrol, membuat janji bertemu dengan petugas kesehatan bersama dengan pasien, langsung menemui petugas kesehatan, dan membawa hadiah untuk petugas kesehatan. Dari keseluruhan responden hanya tujuh orang responden yang menyatakan belum mendapatkan informasi tentang kanker serviks (McCarthy 2011). Sebagian responden yang menyatakan belum mendapatkan informasi menjelaskan bahwa mereka percaya dengan segala tindakan yang akan dilakukan oleh petugas kesehatan dan mereka merasa lebih cemas jika mengetahui lebih banyak tentang penyakit pasien. Sebuah penelitian tentang kebutuhan keluarga akan informasi yang dilakukan oleh Andreassen menunjukkan bahwa diantara keluarga pasien kanker, sebagian kecil memang tidak menginginkan banyak informasi. Tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kanker serviks dapat dipengaruhi oleh cara keluarga memperoleh informasi serta latar belakang pendidikan keluarga serta aspek psikologis yang perlu untuk dilakukan penelitian lebih lanjut (Andreassen et al. 2005).

Sebagian pasien kanker serviks di Indonesia datang pada stadium yang lanjut dan membutuhkan penatalaksanaan medis yang cepat sehingga keluarga tidak mempunyai banyak pilihan dan waktu dalam memutuskan hal yang harus dilakukan untuk anggota keluarga yang sakit. Sebagian responden dalam penelitian ini bergender perempuan namun diantara mereka menyatakan tidak menemui banyak kesulitan dalam memutuskan rencana perawatan kesehatan untuk anggota keluarga

mereka. Hampir seluruh responden perempuan adalah wanita bekerja yang mendapatkan penghasilan perbulan dari pekerjaan mereka sebagai cara mereka membantu perekonomian keluarga. Sebagian besar responden menyatakan bahwa setiap keputusan yang mereka ambil untuk anggota keluarga yang sakit kanker serviks adalah hasil dari musyawarah yang dilakukan dengan anggota keluarga yang lain meskipun pada akhirnya keputusan tetap berada pada responden. Perempuan yang mempunyai pekerjaan tetap dan penghasilan yang setara dengan laki-laki dalam keluarga cenderung mempunyai kesetaraan dalam menyampaikan pendapat dan ikut andil dalam keputusan dalam keluarga. Peran anggota keluarga lain dalam membantu mempertimbangkan keputusan yang tepat sangat diperlukan sehingga keluarga yang bertanggung jawab atas pasien kanker serviks yakin akan keputusan yang diambil dan tidak merasa menyesal pada keputusan yang telah mereka buat. Petugas kesehatan baik dokter maupun perawat juga memegang peranan untuk memberi gambaran pada responden tentang kondisi kesehatan pasien kanker serviks sehingga dengan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat yang telah disertai dengan pertimbangan sebelumnya tentang baik buruknya penatalaksanaan yang akan diterapkan pada pasien kanker serviks.

Sebagian besar responden keluarga sudah mampu untuk membuang sampah pada tempatnya, menguras tempat penampungan air seperti bak mandi dan wadah air minum, keluarga juga telah menyediakan tempat sampah di dalam rumah, dan membersihkan tempat buang air sesuai kebutuhan serta menyediakan dan menggunakan sabun antiseptik di kamar mandi mereka. Meskipun sebagian besar responden sudah mampu menjaga kebersihan lingkungan, terdapat tiga responden yang tidak mempunyai kakus pribadi. Satu responden menggunakan kamar mandi umum dan dua responden tidak menggunakan kakus namun menggunakan lobang pembuangan untuk buang air. Sebagian besar responden meskipun menyediakan tempat sampah di dalam rumah namun tempat sampah yang ada tidak mempunyai penutup tempat sampah yang memungkinkan binatang untuk masuk. Menggunakan air bersih, mencuci tangan menggunakan sabun, menggunakan jamban sehat, dan membersihkan tempat penampungan air merupakan empat dari sepuluh

indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang disingkat menjadi PHBS (Setyani 2013). Lingkungan memberikan pengaruh yang besar pada resiko dan kejadian kanker (Kerrigan & Kelly 2010). Pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi ataupun radioterapi akan mengalami kondisi kesehatan yang menurun karena efek samping kanker serviks yang menurunkan imunitas tubuh pasien kanker serviks (Dunleavey 2009). Keluarga diharapkan dapat menjaga kebersihan lingkungan tempat pasien kanker serviks dirawat sehingga pasien kanker yang lebih rentan mendapatkan penyakit lain karena penurunan kondisinya dapat terhindar dari kesakitan akibat lingkungan yang tidak bersih.

Skor penggunaan layanan kesehatan berimbang antara kategori baik, cukup, dan kurang. Mayoritas responden adalah perempuan dan perempuan merupakan tokoh penting dalam program kesehatan keluarga di Indonesia. Hal ini terbukti pada jumlah kader posyandu yang mayoritas adalah perempuan.

Sebagian besar responden menyatakan telah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah yang disediakan di sekitar wilayah tempat tinggal mereka, namun hanya beberapa dari mereka berperan aktif dalam program yang dicanangkan oleh pelayanan kesehatan tersebut. Para responden tersebut berperan aktif karena mereka adalah kader atau didalam keluarga yang satu rumah menjadi kader Posyandu. Kader kesehatan memang dipilih dari anggota masyarakat untuk meningkatkan kepercayaan diri masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatan lingkungan tempat tinggalnya (Effendy 1998). Sebagian besar responden yang kurang aktif hanya memanfaatkan Puskesmas atau rumah sakit pemerintah untuk berobat saat sakit ataupun meminta surat rujukan untuk dilanjutkan ke rumah sakit pemerintah dengan tipe yang lebih tinggi. Kurangnya pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan primer dan daerah oleh responden disebutkan bahwa responden sering menunda pengobatan atau pergi ke klinik umum karena khawatir mendapatkan pelayanan yang lama di Puskesmas atau RS daerah. Sebagian kecil responden juga masih lebih memilih obat paten dibandingkan dengan obat generic yang disarankan pemerintah dan tersedia secara murah atau gratis di tempat pelayanan kesehatan milik pemerintah. Kurangnya minat masyarakat menggunakan layanan kesehatan milik pemerintah pernah

diteliti pada tahun 2001 dengan hasil bahwa sebagian besar masyarakat yang menggunakan layanan kesehatan milik pemerintah merasa kurang puas dengan pelayanan yang diberikan dibandingkan dengan pelayanan di klinik atau RS swasta (Setyowati & Lubis 2003).

Terdapat kecenderungan bahwa responden dengan keluarga pasien kanker serviks yang mempunyai keterbatasan fisik dan skor kualitas hidup rendah mempunyai keterampilan merawat lebih baik dibandingkan dengan responden yang keluarga menderita kanker serviks mempunyai kondisi fisik yang lebih baik. Pasien kanker serviks stadium lanjut mendapatkan penanganan seperti kemoterapi dan radioterapi yang memberikan efek samping kelemahan pada pasien (Dunleavey 2009). Pasien kanker yang berada pada stadium lanjut membutuhkan perhatian dan perawatan lebih dari keluarga (Given et al. 2001). Keluarga dengan pasien kanker serviks yang mengalami kelemahan akan mendapatkan pengalaman dalam membantu segala aktivitas pasien selama di rumah. Keluarga yang terbiasa membantu kegiatan pasien maka dalam penilaian keterampilan memberi performa yang lebih baik jika dibandingkan dengan keluarga yang belum memiliki pengalaman membantu aktivitas pasien.

Rerata terendah dari keseluruhan komponen Fact Cx adalah skor keadaan fisik pasien kanker serviks. terdapat lebih dari delapan pasien kanker serviks yang mempunyai skor kurang dari 10. Sebagian besar pasien menjawab bahwa mereka sering merasa tidak bertenaga, kadang hilang nafsu makan, selalu merasakan nyeri dengan skala nyeri yang beragam, dan terganggu dengan efek samping pengobatan seperti mual, muntah, kelemahan dan perubahan penampilan. Pengobatan kanker selalu memberikan efek samping pada pasien yang beragam tergantung dari tipe kanker serta jenis obat atau terapi yang diberikan (Catane et al. 2006).

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa Lima Tugas Kesehatan Keluarga tidak berhubungan dengan kualitas hidup pasien kanker serviks baik secara bersama-sama maupun secara parsial. Sebagian besar responden dengan pasien kanker serviks yang mempunyai keterbatasan dalam melaksanakan aktivitas fisik dan berada pada stadium lanjut mempunyai skor tugas kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan responden

yang memiliki anggota keluarga pasien kanker serviks yang berada pada stadium awal atau seri pengobatan awal kanker serviks. Keluarga yang memiliki anggota keluarga mengalami kanker akan berusaha merawat pasien sesuai dengan kebutuhan pasien, namun kurangnya pengalaman dapat menyebabkan keluarga tidak siap dalam menghadapi perubahan peran tersebut (Given et al. 2001). Keluarga dengan pasien kanker serviks yang belum mengalami keterbatasan fisik belum pernah membantu aktivitas pasien secara langsung, perawatan yang mereka berikan terbatas pada mengantar pasien ketika control ataupun berobat, memberi dukungan moral, serta mengingatkan jadwal minum obat pasien. Keluarga yang telah merawat pasien kanker serviks yang mempunyai kondisi buruk akan belajar dari pengalaman mereka dan menerapkan kembali yang mereka pelajari pada situasi yang sama. Pengalaman keluarga tersebut tentu tidak semua sesuai dengan peran yang diharapkan. Keluarga perlu disiapkan dan diinformasikan tentang peran mereka untuk merawat pasien kanker serviks dan hal tersebut disediakan oleh tempat pelayanan kesehatan (Given et al. 2001). Edukasi dan keterlibatan pada keluarga penting untuk diberikan oleh setiap petugas kesehatan sehingga keluarga mampu merawat pasien sesuai kebutuhan (Friedman et al. 2003).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Kemampuan keluarga menjalankan lima tugas kesehatan keluarga tidak secara langsung mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker serviks. Komponen seperti keadaan fisik, sosial, emosi, peran serta perhatian lain terkait sistem reproduksi lebih berperan untuk menentukan level dari kualitas hidup pasien kanker serviks. Kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga meskipun tidak berpengaruh secara langsung dalam membentuk skor kualitas hidup pasien kanker serviks dapat membantu pasien kanker serviks mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik.

### **Saran**

Penelitian ini merekomendasikan kepada perawat dan institusi pelayanan kesehatan khususnya pemerintah baik pusat

maupun daerah untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan kesehatan bagi pasien kanker serviks dengan memberikan informasi dan pelatihan keterampilan yang tepat.

Penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan instrument yang lebih tepat dan lebih sesuai untuk responden dengan kultur dan bahasa Indonesia untuk mempermudah dan meningkatkan validitas pengukuran variabel kemampuan keluarga melakukan lima tugas kesehatan keluarga dan juga pengukuran kualitas hidup pasien kanker serviks.

#### KEPUSTAKAAN

- Adams, E., Boulton, M., & Watson, E. (2009). The information needs of partners and family members of cancer patients: A systematic literature review. [Review]. *Patient Education and Counseling*, 77, 8. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.027
- Basavanthappa. (2008). *Community Health Nursing*: Jaypee Brothers, Medical Publishers.
- Catane, R., Cherny, N. I., Kloke, M., Tanneberger, S., & Schrijvers, D. (2006). *Handbook of Advanced Cancer Care*. Oxon, United Kingdom: Taylor & Francis.
- Cunningham, G. (2005). *Williams Obstetrics* (22 ed.). New York: McGRAW-HILL.
- Dinkes. (2012). Kegiatan Pengendalian Kanker di Jawa Timur (PPMK, Trans.) (pp. 5). Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dunleavy, R. (2009). *Cervical cancer : a guide for nurses*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Effendy, D. N. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*: Egc.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: research, theory & practice*: Prentice Hall.
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 19.
- Kerrigan, D., & Kelly, J. (2010). Understanding Cancer and the Environment. Retrieved from NCI. (2010). Cervical Cancer. Maryland, USA: National Cancer Institute.
- Setyani, S. (2013). Terapkan 10 Indikator PHBS Dalam Lingkungan Keluarga. Retrieved from <http://www.promkes.depkes.go.id/index.php/topik-kesehatan/106-terapkan-10-indikator-phbs-dalam-lingkungan-keluarga>
- Setyowati, T., & Lubis, A. (2003). Pemanfaatan pelayanan kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan (SUSENAS 2001). *Buletin Penelitian Kesehatan*, 31(4), 9.
- WHO. (2010). *Indonesia: Human Papiloma Virus and Related Cancers, Fact sheet 2010*. Barcelona, Spanyol: WHO/ICO HPV Information Centre.

# ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER

*(Acceptance and Commitment Therapy Improve the Quality of Life Patients Suffering Cancer)*

Saverinus Suhardin\*, Kusnanto\*, Ilya Krisnana\*

Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Kampus C  
Mulyorejo Surabaya 60115 Telp.(031)5913752 ,5913754 ,Fax. (031)5913257  
Email: saverinussuhardin@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Kanker adalah penyakit kronis yang mempengaruhi dimensi fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi kehidupan individu sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup. Psikoterapi penting dalam meningkatkan kualitas hidup penderita kanker. Salah satu psikoterapi yang dapat diberikan adalah dengan penerapan ACT (*Acceptance and commitment therapy*). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan ACT dalam meningkatkan kualitas hidup penderita kanker di Puskesmas Pacarkeling Surabaya. **Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra-eksperimental dengan rancangan *one group pre-post test design*. Populasinya penderita kanker yang terdaftar di Puskesmas Pacar Keling. Sampel yang berpartisipasi 12 orang yang ditentukan berdasarkan kriteria inklusi. Variabel independennya berupa penerapan ACT dan variabel dependennya kualitas hidup. Pengumpulan data dan penerapan ACT dilaksanakan di puskesmas serta melakukan kunjungan rumah. Data yang terkumpul kemudian dianalisis menggunakan uji Paired T Test dengan tingkat kemaknaan  $\alpha=0,05$ . **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan peningkatan kualitas hidup pasien kanker secara signifikan setelah dilakukan penerapan ACT. Hasil uji statistik *Paired T-test* menunjukkan kualitas hidup pasien mempunyai tingkat signifikansi atau nilai  $p=0,000$ . Hasil tersebut menunjukkan nilai  $p < 0,05$ , sehingga hipotesis penelitian diterima. **Pembahasan:** Berdasarkan hasil penelitian ACT dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker di Puskesmas Pacar Keling Surabaya, sehingga Perawat perlu menguasai pelaksanaan ACT sebagai salah satu terapi modalitas.

**Kata kunci:** kanker, kualitas hidup (QoL), *acceptance and commitment therapy* (ACT).

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is a chronic disease that affects physical, psychological, social, and economic life of individual and then contributes to life quality. Psychotherapy is important in improving the life quality of cancer patients. One of psychotherapy that can be given is the implementation of ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*). The aim of this study is to analyze the application of ACT in improving the life quality of cancer patients at the Puskesmas Pacarkeling Surabaya. **Method:** This research method used pre-experimental with one group pre-post test design. The population of cancer patients enrolled in the Puskesmas Pacar Keling. Samples were 12 people whom are determined based on the inclusion criteria. The Independent variable is application of ACT and the dependent variable is life quality. Data collection and implementation of ACT were conducted in puskesmas and home visits. The collected data was analyzed by Paired T test with significance level  $\alpha=0.05$ . **Result:** Result showed that there was change in increasing life quality of cancer patients significantly after giving implementation of the ACT. The result of Paired t-test showed the life quality of patients had a significance level of  $p=0.000$ . These result demonstrate the value of  $p < 0.05$ , so the research hypothesis is accepted. **Discussion:** It can be concluded that the application of ACT can improve the life quality of cancer patients. Health workers (nurses) need to master the implementation of the ACT as a therapeutic modality.

**Keywords:** cancer, quality of life (QoL), *acceptance and commitment therapy* (ACT).

## PENDAHULUAN

Penyakit kanker merupakan momok bagi setiap orang. Hal ini terjadi akibat dampak yang dialami oleh penderita dan keluarganya. Terjadinya kanker dikarenakan adanya pertumbuhan sel yang tidak terkontrol dan terjadi tanpa batas dan tanpa tujuan bagi penderitanya. Kanker merupakan pertumbuhan sel abnormal yang cenderung menyerang jaringan di sekitarnya dan menyerang ke organ tubuh lain yang letaknya jauh (Corwin 2009). Kanker adalah penyakit kronis yang mempengaruhi dimensi fisik, psikologis, sosial,

dan ekonomi kehidupan individu. Diagnosis kanker dapat disertai gangguan emosional dan perubahan gaya hidup atau kebiasaan sehari-hari (Smeltzer 2001). Setelah seseorang dinyatakan menderita kanker, secara khas akan mengalami ketakutan, kecemasan, depresi dan ketidakberdayaan (Feist. 2007).

Kemajuan diagnosis dan terapi, mendukung penderita kanker yang bertahan hidup lama. Bentuk utama terapi penyembuhan kanker (operasi, kemoterapi, terapi hormon, terapi radiasi), biasanya mengakibatkan efek samping jangka panjang yang tidak diharapkan

pada jaringan dan organ tubuh serta mengganggu tingkat kesehatan dan kualitas hidup seseorang baik dalam bentuk kecil maupun besar (Potter & Perry 2009). Psikoterapi penting, khususnya dalam meningkatkan kualitas hidup penderita kanker (Feist. 2007). Salah satu terapi yang dapat diberikan adalah dengan melakukan terapi ACT. ACT dikatakan sangat efektif dalam menciptakan penerimaan, perhatian dan lebih terbuka dalam mengembangkan kemampuan yang dimiliki pada klien depresi, ansietas, penyalahgunaan narkoba, nyeri kronik, PTSD, anoreksia dan skizofrenia serta sangat efektif dalam pelatihan diri (Widuri 2012). Dalam beberapa penelitian di Indonesia yang menerapkan intervensi terapi penerimaan dan komitmen (ACT), mengatasi respon ketidakberdayaan sedang pada klien gagal ginjal kronik (Widuri 2012), meningkatkan penerimaan penderita HIV/AIDS (Widjijati, Wahyuningsih 2014), meningkatkan *insight* dan efikasi diri pada pasien skizofrenia (Jalil et al. 2013), dan dapat meningkatkan *subjective well being* pada dewasa muda pasca putusannya hubungan pacaran (Kusumawardhani 2012). Hingga kini, penelitian mengenai pengaruh penerapan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) terhadap kualitas hidup penderita kanker belum dapat dijelaskan.

Menurut perkiraan Badan Internasional untuk Penelitian Kanker (IARC), terdapat 12,7 juta kasus kanker baru pada tahun 2008 di seluruh dunia, dimana 5,6 juta terjadi di negara-negara maju dan 7,1 juta di negara-negara berkembang (Society 2011). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi kanker di Indonesia sebesar 1,4 per 1000 penduduk. Kanker merupakan penyebab kematian nomor tujuh di Indonesia dengan presentasi 5,7% dari seluruh penyebab kematian (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2014). Data BAPPEDA Jawa Timur (2011) melaporkan ada peningkatan penderita kanker dalam kurun waktu lima tahun antara 2005 hingga 2010. Pada tahun 2005 terdapat 1.600 penderita, tahun 2008 meningkat menjadi 3.821 penderita, dan tahun 2010 mencapai 4.736 penderita (Fitriawan 2013). Berdasarkan peninjauan awal yang dilakukan peneliti di Puskesmas Pacar Keling Surabaya tanggal 23 September 2014, didapatkan informasi dari Perawat penanggungjawab poli paliatif bahwa secara umum mereka tidak melakukan pengukuran kualitas hidup pasien kanker.

Namun, sebagai gambaran dijelaskan bahwa pasien sering mengeluh nyeri, mual, muntah, gangguan tidur, mudah lelah dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dan tampak murung (tidak bersemangat). Layanan pengobatan bagi pasien kanker dilaksanakan setiap hari Sabtu. Penelitian Fitriawan (2013) yang dilakukan di Puskesmas Pacarkeling Kota Surabaya, ditemukan fakta beberapa pasien kanker mengalami penurunan kualitas hidup. Berdasarkan survey awal peneliti pada penelitian tersebut, dari 30 orang pasien digambarkan kualitas hidup pasien yang rendah sebanyak 15%, sedang sebanyak 25%, dan tinggi sebanyak 60%. Pada bagian saran, peneliti mengharapkan ada peneliti lain yang dapat memberikan intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker.

Kualitas hidup adalah konsep yang mencakup karakteristik fisik, mental, sosial, emosional, yang mencakup komplikasi dan efek terapi suatu penyakit secara luas yang menggambarkan kemampuan individu untuk berperan dalam lingkungannya dan memperoleh kepuasan dari yang dilakukannya. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan menggambarkan tingkat kesehatan seseorang yang mengalami suatu penyakit dan mendapatkan pengelolaan sesuai dengan pedoman penyakit tertentu (Suharto 2005). Konsep kualitas hidup seseorang yang dipengaruhi oleh kanker meliputi dimensi kesejahteraan fisik dan gejalanya, dimensi kesejahteraan psikologikal, dimensi kesejahteraan sosial dan dimensi kesejahteraan spiritual (Potter & Perry 2009). Kesejahteraan fisik mencakup gejala dan efek samping seperti nyeri, kelelahan, dan kualitas tidur yang buruk, mempengaruhi kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kesejahteraan psikologis, mengacu pada kemampuan untuk mempertahankan kontrol atas kecemasan, depresi, takut kekambuhan kanker, dan masalah dengan memori dan konsentrasi. Kesejahteraan sosial, terutama hubungan dengan anggota keluarga lain dan teman-teman, termasuk keintiman dan seksualitas. Kekhawatiran mengenai pekerjaan, asuransi, dan keuangan juga mempengaruhi kesejahteraan sosial. Lalu, kesejahteraan spiritual berasal dari gambaran makna pengalaman kanker, baik dalam konteks agama atau melalui mempertahankan harapan dan ketahanan dalam menghadapi ketidakpastian tentang kesehatan di masa depan (Society 2011).

Hidup yang berkualitas merupakan kondisi dimana pasien kendati mengalami penyakit yang diderinya, dapat tetap merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual serta secara optimal memanfaatkan hidupnya untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain (Widuri 2012). Setiap penderita kanker, mengalami suatu penderitaan yang dapat berkembang menjadi penderitaan total, mencakup derita fisik, mental, sosial, kultural dan spiritual. Derita total tersebut terjadi karena proses kumulatif dari rasa nyeri dan keluhan fisik dan psikis lainnya, seperti mual, muntah, sesak, luka, tak nafsu makan, berbagai prosedur diagnostik, tindakan terapi, rasa takut, marah, sepi, khawatir, bosan, dan berbagai perasaan lain yang membuat penderita tidak merasa aman dan nyaman. Apabila kualitas hidup pasien kanker tidak ditangani secara tepat, maka akan berdampak semakin buruknya kondisi kesehatan yang dialami sehingga mempengaruhi morbiditas dan mortalitas penderita kanker. Kualitas hidup seseorang ditentukan oleh individu itu sendiri, karena sifatnya sangat spesifik, dan bersifat abstrak, sulit diukur. Melakukan penilaian kualitas hidup pasien perlu diperhatikan beberapa hal, termasuk yang paling utama adalah beberapa domain/aspek yang mendasarinya. Alat ukur kualitas hidup telah banyak dikembangkan oleh para ilmuwan yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien-pasien yang menderita berbagai penyakit kronik, dan salah satunya adalah alat ukur yang dikembangkan oleh *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire* (EORTC QLQ-C30). Kuesioner ini merupakan alat ukur yang spesifik mengukur kualitas hidup pasien kanker secara umum dan telah dinyatakan valid digunakan di Indonesia oleh penelitian Perwitasari (2011).

ACT merupakan salah satu psikoterapi yang diyakini mampu memperbaiki kualitas hidup klien kanker. Hal ini didasari bukti hasil penelitian ACT menunjukkan efektif dalam mengatasi beberapa gejala yang menjadi komponen pembentuk atau yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. ACT merupakan terapi yang mengajarkan pasien untuk menerima pikiran yang mengganggu dan dianggap tidak menyenangkan dengan menempatkan diri sesuai dengan nilai yang dianut sehingga ia akan menerima kondisi yang ada (Widuri 2012). Terapi ACT mengajarkan pasien untuk menerima

pikiran yang mengganggu dan dianggap tidak menyenangkan seperti perasaan ketakutan, kecemasan, depresi, ketidakberdayaan dan berbagai respon fisik. Selanjutnya pasien diarahkan untuk mampu menempatkan diri sesuai nilai yang dianut dan berkomitmen menjalankan berbagai terapi untuk mencegah bertambah parahnya gejala. Tujuan akhir dari terapi ACT ini adalah, pasien akan mengalami fleksibilitas psikologis. Kondisi psikologis yang fleksibel ini memberi persepsi dasar yang lebih positif akan meningkatkan kualitas hidup pasien kanker.

## **BAHAN DAN METODE**

Penelitian menggunakan metode pra-eksperimental dengan rancangan *one group pre-post test design* yang mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan melibatkan satu kelompok subjek. Populasinya adalah penderita kanker yang terdaftar dan bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Pacar Keling Surabaya, berdasarkan pengambilan data awal pada tanggal 23 September 2014 sebanyak 30 penderita.

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kehendak peneliti (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Pengambilan sampel dengan memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: 1) menderita kanker, 2) mengalami penurunan kualitas hidup, 3) sedang menjalani terapi pengobatan di Puskesmas, 4) bisa membaca dan menulis. Sedangkan kriteria eksklusi sebagai berikut: 1) penderita kanker yang mengalami penyakit komplikasi, yang mana menyulitkan dalam penerapan ACT (tidak kooperatif), 2) penderita kanker tidak didiagnosa gangguan jiwa.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) sedangkan terapi dependen adalah kualitas hidup pada penderita kanker. Alat ukur kualitas hidup penderita kanker menggunakan kuesioner EORTC QLQ-C30 (*The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire*) karena dapat digunakan pada semua tipe kanker sesuai tujuan penelitian. Instrumen lain yang digunakan dalam penelitian

ini adalah panduan atau strategi pelaksanaan kegiatan ACT, buku kerja, dan lembar observasi. Data yang terkumpul kemudian dianalisis menggunakan uji statistik *Paired t-test* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ .

## HASIL

Hasil penelitian ini akan dibagi menjadi tiga bagian mengikuti skala yang ada dalam pengukuran kualitas hidup berdasarkan EORTC QLQ-C30, meliputi: 1) hasil skala kesehatan umum/QoL menunjukkan tingkat signifikansi atau nilai  $p = 0,000$  yang bermakna adanya pengaruh penerapan ACT, 2) hasil skala fungsional menunjukkan adanya pengaruh penerapan ACT terhadap hasil pengukurannya *pasca-intervensi*. Terdapat sub bagian dari skala fungsional yang terdiri dari fungsi fisik, fungsi peran, fungsi emosional, fungsi kognitif, dan fungsi sosial dengan tingkat signifikansi atau nilai  $p$  secara berurutan sebagai berikut:  $p = 0,005$ ,  $p = 0,001$ ,  $p = 0,001$ ,  $p = 0,042$ , dan  $p = 0,008$ . Semua komponen skala fungsional tersebut memiliki signifikansi atau nilai  $p < 0,05$ , yang berarti penerapan ACT memiliki pengaruh yang positif, 3) hasil skala gejala menunjukkan tidak semua komponen mempunyai tingkat signifikansi atau nilai  $p < 0,05$ . Adapun komponen yang dipengaruhi oleh penerapan ACT diantaranya kelelahan ( $p = 0,000$ ), mual dan muntah ( $p = 0,002$ ), hilang nafsu makan ( $p = 0,017$ ), nyeri ( $p = 0,000$ ) dan insomnia ( $p = 0,007$ ). Sedangkan komponen yang tidak memiliki nilai signifikansi  $< 0,05$ , meliputi: sesak nafas ( $p = 0,082$ ), konstipasi ( $p = 0,339$ ), diare ( $p = 0,166$ ), dan kesulitan finansial ( $p = 0,191$ ).

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan skala kesehatan umum / kualitas hidup (QoL) memiliki tingkat signifikansi atau nilai  $p = 0,000$ . Nilai tersebut menunjukkan adanya pengaruh penerapan ACT terhadap peningkatan kualitas hidup pasien kanker, dimana nilainya  $< 0,05$ . Pada kuesioner yang diisi responden, terdapat dua (2) pertanyaan yang mewakili untuk menggali skala kesehatan umum atau kualitas hidup. Pertanyaan tersebut mengungkapkan penilaian masing-masing responden terhadap kondisi kesehatan secara keseluruhan dan kualitas hidup selama seminggu yang lalu. Skor yang diperoleh responden sebelum dilakukan penerapan ACT (*pre-test*) diperoleh

nilai rata-rata 48,6. Pada *post-test*, terjadi peningkatan skor kesehatan umum/kualitas hidup dengan nilai rata-rata yang diperoleh 62,5.

ACT merupakan terapi untuk meningkatkan fleksibilitas psikologis, yaitu kemampuan melakukan kontak dengan masa kini secara total dan mampu berperilaku sesuai dengan *value* hidup yang dianut (Hayes 2013). Penerapan ACT dapat meningkatkan kemampuan klien dalam menerima dan berdamai dengan kondisi kesehatannya, serta dapat membuat keputusan dalam memilih komitmen yang akan dilakukan untuk mencegah kekambuhan (Jalil et al. 2013). Penerimaan atau berdamai dengan kondisi sakitnya serta melakukan aksi untuk mencegah kekambuhan menunjukkan seseorang mempunyai persepsi yang positif akan kondisinya. Persepsi yang baik tentang kesehatan seseorang memberi pengaruh pada kualitas hidup seseorang. Hal ini berkaitan dengan teori yang pernah dikutip Nofitri (2009) dalam laporan penelitiannya menerangkan bahwa lingkup dari konsep dan pengukuran kualitas hidup harus berpusat pada persepsi subjektif individu mengenai kualitas hidup dari kehidupannya sendiri. Dikuatkan lagi dengan teori Carr dan Hingginson (2001) yang menegaskan bahwa kualitas hidup merupakan suatu konstruk yang bersifat individual. Lalu kemudian disimpulkan bahwa, komponen objektif dari kualitas hidup tidak mempengaruhi kualitas hidup itu sendiri secara langsung, melainkan diperantarai oleh persepsi individu. Kualitas hidup merupakan interaksi antara penghayatan subjektif (komponen subjektif) dan bobot kepentingan (komponen kepentingan) dalam / dari aspek-aspek kehidupan tertentu, dengan beberapa faktor kondisi kehidupan yang dapat berpengaruh ataupun tidak tergantung dari persepsi individu mengenai berbagai kondisi kehidupan (Nofitri 2009).

Karena sangat subyektif, kualitas hidup seseorang dapat dikendalikan dengan membentuk persepsi yang sesuai. Persepsi yang positif akan kondisi dirinya akan berpengaruh pada kualitas hidup. Dalam penerapan ACT, terapis mengarahkan klien untuk mampu berdamai atau menerima kondisinya saat ini, sambil melakukan langkah konkrit untuk penyembuhan atau mencegah kekambuhan. Jika klien mampu menerima kondisi sakitnya dan berkomitmen mengikuti terapi atau pengobatan penunjang, persepsi akan dirinya



sendiri menjadi lebih bermakna. Persepsi inilah yang membentuk kualitas hidup seseorang.

ACT mampu membentuk persepsi yang positif dijelaskan melalui penelitian Kusumawardhani (2012). Dalam penelitiannya, penerapan ACT dianggap efektif dalam meningkatkan *subjective well being* atau kebahagiaan seseorang. Kondisi ini mendukung terciptanya kondisi atau persepsi yang positif terkait kondisi yang dialami. Pernyataan ini dikuatkan oleh teori dari Carr (2004) yang dikutip Kusumawardhani (2012) bahwa *subjective well being* berkaitan erat dengan kondisi-kondisi positif yang membantu seseorang menjalankan fungsinya secara optimal. Kondisi positif inilah yang akan membentuk persepsi yang positif pula, yang pada gilirannya mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

Dari sejumlah responden yang terlibat dalam penelitian, diidentifikasi responden dengan nomor 06 memperoleh skor dimensi kesehatan umum/QoL paling rendah, yaitu 33. Berdasarkan data demografi dan wawancara peneliti, ada beberapa kondisi spesifik yang dialaminya. Responden baru mengetahui sakit yang dideritanya merupakan kanker paru-paru sejak 2 bulan terakhir. Saat memeriksa ke rumah sakit, pengobatan sementara yang dilakukan berupa pemberian obat penurun nyeri dan sesak nafas. Dokter memberi kesempatan untuk berpikir atau berencana melakukan kemoterapi. Kondisi fisiknya cukup lemah, mengeluh nyeri dada, sesak nafas, mual dan nafsu makan menurun.

Kondisi sakit yang cukup parah dan kemampuan adaptasi penderita dan keluarga belum optimal mengakibatkan kualitas hidup yang diukur menunjukkan skor terendah dari sejumlah responden lainnya. Selain itu, keluarga dan penderita melakukan perundingan yang cukup lama sebelum memutuskan berobat ke rumah sakit. Setelah beberapa kali menerapkan ACT oleh peneliti dan penjelasan bagi anggota keluarganya, barulah penderita dirawat ke rumah sakit. Pada pengukuran kualitas hidup pascaintervensi, didapatkan skor lebih tinggi dari kondisi sebelumnya, meskipun tidak begitu signifikan.

Adapula responden yang memperoleh skor paling tinggi dari total keseluruhannya. Responden nomor 3 dan 4 mendapat skor pling tinggi, yaitu 67. Kondisi tersebut didukung oleh lamanya penyakit yang diderita, pengobatan

yang cepat dan tepat, serta tetap melakukan pemeriksaan secara rutin di Puskesmas. Responden nomor 3 sudah mengalami kanker nasofaring semenjak satu tahun lalu, dan sudah dilakukan kemoterapi dan terapi sinar. Penderita sering mendapatkan informasi serta motivasi dalam menghadapi penyakitnya selama masa pengobatan, sehingga lebih mampu menerima dan menjalani dengan ikhlas. Begitupula dengan responden nomor 4, sudah menderita kanker serviks semenjak 2 tahun lalu. Penderita sudah dilakukan operasi dan rutin melakukan kontrol di puskesmas maupun rumah sakit. Adaptasi terhadap penyakitnya sudah dilakukan dengan baik sehingga kualitas hidup ikut membaik.

Semua komponen skala fungsional memiliki signifikansi atau nilai  $p < 0,05$ , yang berarti penerapan ACT memiliki pengaruh yang positif. Fungsi fisik mencakup kemampuan responden melakukan aktivitas sehari-hari, seperti membawa barang-barang yang berat, berjalan kaki dengan jarak yang jauh, berjalan kaki dengan jarak dekat (misalnya di sekitar rumah), apakah hanya berbaring di tempat tidur atau duduk di kursi saja, dan apakah memerlukan bantuan saat memenuhi kebutuhan dasar (mandi, makan, berpakaian, *toileting*). Sesuai skor hasil pengisian kuesioner responden, terjadi perubahan nilai rata-rata setelah penerapan ACT, yaitu dari skor 72,9 menjadi 77,5. Fungsi peran diidentifikasi melalui pertanyaan berkaitan dengan keterbatasan saat bekerja atau melaksanakan kegiatan sehari-hari dan melakukan kegiatan santai atau kegiatan yang merupakan hobi. Skor hasil pengukuran kuesioner mengalami peningkatan setelah penerapan ACT, yaitu dari nilai 59,4 menjadi 69,4. Fungsi emosional meliputi pertanyaan tentang perasaan tegang, khawatir, tersinggung, dan depresi. Fungsi emosional juga mengalami perubahan nilai/skor setelah penerapan ACT, dari rata-rata 63 menjadi 69,4. Fungsi kognitif meliputi kemampuan seseorang dalam berkonsentrasi pada suatu hal (mis. Membaca koran atau menonton TV) dan kemampuan untuk mengingat sesuatu. Pada fungsi kognitif ini, setelah penerapan ACT terjadi perubahan skor rata-rata dari 71,6 menjadi 75,5. Komponen terakhir, fungsi sosial, dimana mengukur hubungan sosial responden selama menderita kanker. Secara riil, fungsi sosial mengidentifikasi apakah keluarga merasa terganggu dan kesulitan yang

dihadapi responden sendiri dalam menjalankan aktivitas sosial akibat kondisi fisik atau terapi medis yang dijalani. Secara umum, skor rata-rata fungsi sosial berubah setelah penerapan ACT, yaitu dari 56,25 menjadi 64,08.

Hasil penelitian di atas didukung beberapa penelitian sebelumnya. Penelitian Mc Cracken (2011) dalam Widuri (2012) memberikan ACT dengan tindak lanjut *follow up* selama 3 bulan pada kelompok intervensi yang mengalami penyakit kronik menunjukkan penurunan level depresi, kecemasan, intensitas nyeri kronik yang dialami, peningkatan kemampuan fisik, dan menjadi lebih fleksibel secara psikologis dalam menghadapi stresor yang berkaitan dengan kondisinya. ACT dianggap sebagai terapi yang sesuai untuk menyelesaikan permasalahan depresi dan meningkatkan kesehatan mental karena ACT membuat seseorang mampu menerima setiap pengalaman dan peristiwa yang telah terjadi dan kembali berfungsi dengan normal dalam menjalani kehidupan sehari-hari sesuai dengan *value* dan tujuan hidupnya (Kusumawardhani 2012).

Hasil penelitian pendukung terdahulu di atas menunjukkan perubahan ke arah yang positif pada komponen gejala psikologis dari setiap masalah. Komponen-komponen psikologis tersebut merupakan komponen yang sama sebagai penyusun skala fungsional dari pasien kanker. Peningkatan kemampuan fisik, penurunan atau perubahan level depresi, kecemasan, stres dan menyadari dukungan sosial yang baik memberi peningkatan kemampuan bagi pasien kanker secara fungsional. Jadi, bisa disimpulkan bahwa penerapan ACT memberi pengaruh yang signifikan terhadap perubahan positif skala fungsional pasien kanker.

ACT melakukan perubahan pada skala fungsional pasien kanker melalui prinsip-prinsip yang mendasarinya, meliputi: *acceptance*, *cognitive defusion*, *mindfulness*, *observing self*, *value*, dan *commitment*. Kusumawardhani (2012) menjelaskan prinsip ACT tersebut seperti berikut ini. *Acceptance* adalah proses untuk meningkatkan penerimaan secara menyeluruh terhadap pengalaman subjektif, meliputi pemikiran, kepercayaan, sensasi, dan perasaan yang menimbulkan distress, sebagai usaha untuk meningkatkan perubahan perilaku yang diinginkan sehingga mengarah pada meningkatnya kualitas hidup. Prinsip *cognitive defusion* bermakna sebagai proses mengamati pemikiran, sehingga

dampak dan pengaruhnya menjadi lebih sedikit dibanding ketika mengalami *fusion* dengan pemikiran kita. Prinsip ketiga, *mindfulness*, diharapkan mampu memberikan fokus dan terlibat penuh terhadap apa yang ia lakukan di masa kini. Kemudian, prinsip *observing self* memungkinkan individu untuk mengalami langsung bahwa dirinya bukan hanya sekedar pikirannya, emosinya, perannya, sensasi tubuhnya, dan dorongannya. Prinsip kelima, *value*, bertujuan mengklarifikasi apa yang paling penting bagi seorang individu dalam hidupnya, ingin menjadi seperti apa, dan apa yang menjadi signifikan serta bermakna baginya. Prinsip terakhir, *commitment*, diharapkan seseorang dapat menyusun tujuan hidup dipandu oleh *value* yang dianggapnya penting kemudian mengambil tindakan yang efektif untuk mencapainya. Melalui teknik ACT ini, individu belajar untuk menghilangkan dampak dan pengaruh dari pikiran serta perasaan yang tidak diharapkan melalui penggunaan *mindfulness* secara efektif. Jika sebelumnya mereka membuang waktu, energi, dan uang dengan sia-sia untuk mengontrol emosi, dengan teknik ini energi mereka disalurkan untuk proses pengambilan tindakan efektif agar hidup mereka menjadi lebih baik dan bermakna (Harris 2011).

Ditemukan skor kualitas hidup dimensi fungsional terendah dilami oleh nomor 6. Setelah dijumlahkan dari 5 item dimensi fungsional, didapatkan skor sebesar 238. Kondisi tersebut sama atau berhubungan dengan dimensi kesehatan umum/QoL yang telah dijelaskan sebelumnya. Responden yang baru saja mengalami kanker paru-paru dan belum ditangani secara maksimal sangat berdampak pada dimensi fungsionalnya, yang terdiri dari fungsi fisik, fungsi peran, fungsi emosional, fungsi kognitif, dan fungsi sosial. Kondisi fisik penderita makin melemah, keluhan nyeri, sesak nafas, mual dan tidak nafsu makan memperberat kemampuan fungsionalnya.

Sementara itu, responden nomor 5 memperoleh skor tertinggi pada dimensi fungsional, dimana setelah dijumlahkan dari 5 item fungsi menjadi 364. Secara klinis, responden mengaku tidak merasakan lagi gejala akibat kanker maupun efek samping pengobatan. Sudah 3 tahun melewati sakitnya, dan berhasil mengikuti pengobatan kemoterapi sebanyak 2 kali dan radiasi (sinar) sebanyak 35 kali, sehingga sudah mampu beradaptasi

dengan baik. Responden bisa melakukan aktivitas atau fungsinya sehari-hari tanpa menimbulkan keluhan yang berarti.

Hasil penelitian skala gejala menunjukkan tidak semua komponen mempunyai tingkat signifikansi atau nilai  $p < 0.05$ . Adapun komponen yang dipengaruhi oleh penerapan ACT, diantaranya: kelelahan, mual & muntah, hilang nafsu makan, nyeri, dan insomnia. Sedangkan komponen yang tidak memiliki nilai signifikansi  $< 0.05$ , meliputi: sesak nafas, konstipasi, diare, dan kesulitan finansial. Pada responden, secara riil didapatkan gejala kelelahan bersumber dari kuesioner yang mencakup kebutuhan istirahat yang dirasakan, merasa badan lemah, dan merasa kelelahan. Sebelum penerapan ACT, rata-rata responden memperoleh skor 47,4 dan setelahnya mendapat skor rata-rata 36,4. Khusus pada skala gejala, skor semakin rendah menunjukkan gejala yang dirasakan semakin berkurang. Gejala mual dan muntah diidentifikasi dengan dengan pertanyaan tentang apakah merasa mual dan muntah. Secara umum, responden mengalami sedikit gejala mual sebelum tindakan ACT tapi tidak sampai mengalami muntah. Skor rata-rata yang diperoleh sebelum penerapan ACT adalah 16,9 dan setelahnya menjadi 7,08. Gejala nyeri terdiri dari 2 unsur pertanyaan dalam pengidentifikasiannya, yaitu apakah merasa nyeri dan seberapa besar nyeri itu mengganggu aktivitas sehari-hari. Skala gejala yang lainnya berupa item pertanyaan tunggal yang menanyakan tentang sesak nafas, kesulitan tidur, kehilangan nafsu makan, konstipasi, diare, dan kesulitan finansial.

Gejala kelelahan yang muncul pada pasien kanker bisa terjadi karena proses penyakit itu sendiri atau akibat gangguan tidur (Potter & Perry 2009). Kelelahan, sering terjadi akibat nutrisi yang buruk, malnutrisi protein, dan gangguan oksigenasi jaringan akibat anemia. Sitokinin tertentu dihasilkan untuk menunjang respon imun terhadap kanker yang juga diketahui menyebabkan kelelahan. Tumor yang tumbuh menghambat suplai darah ke sel normal sambil merangsang suplai darah baginya. Tumor tersebut mengambil alih nutrisi dan suplai oksigen dari sel normal yang menyebabkan kelelahan ekstrem (Corwin 2009).

Sebagaimana penelitian terdahulu, penerapan ACT memberi hasil peningkatan kemampuan fisik (Widuri 2012). Selain itu, pada skala fungsional dalam penelitian ini juga

mengalami peningkatan. Skala fungsional, dimana salah satunya merupakan fungsi fisik yang optimal dapat meminimalkan gejala kelelahan pasien kanker. Didukung pula adanya perubahan positif pada skala gejala insomnia, dimana terjadi penurunan setelah intervensi ACT. Hal ini memberi peluang bagi penderita kanker dapat melakukan istirahat yang cukup, sehingga kelelahan ikut berkurang. Secara umum terdapat dua efek fisiologis dari tidur: pertama, efek pada sistem saraf yang diperkirakan dapat memulihkan kepekaan normal dan keseimbangan diantara berbagai susunan saraf; dan kedua, efek pada struktur tubuh dengan pemulihan kesegaran dan fungsi dalam organ tubuh karena selama tidur terjadi penurunan (Hidayat 2006). Efek kedua inilah yang memberi manfaat positif bagi skala gejala kelelahan pada pasien kanker, sehingga mengalami penurunan setelah penerapan ACT.

Skala insomnia atau gangguan tidur juga mengalami perubahan ke arah yang baik pascaintervensi ACT. Kebutuhan tidur yang terpenuhi dengan baik ini berhubungan dengan perubahan pada skala fungsional setelah penerapan ACT juga. Pada skala fungsional, khususnya fungsi emosional terjadi penurunan respon kondisi tegang, stres, depresi, yang dapat mengganggu tidur seseorang. Selain itu, kebutuhan tidur juga saling berhubungan dengan kelelahan. Pernyataan ini didukung teori kebutuhan tidur oleh Hidayat (2006), yang menjelaskan bahwa kelelahan akibat aktivitas yang tinggi dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang telah dikeluarkan. Hal tersebut terlihat pada seseorang yang telah melakukan aktivitas dan mencapai kelelahan, maka orang tersebut akan lebih cepat untuk dapat tidur karena tahap tidur gelombang lambatnya diperpendek.

Penderita kanker pada umumnya bisa mengalami gejala mual dan muntah akibat efek samping penyakit atau pengobatan yang diberikan. Misalnya efek samping dari kemoterapi. Pada penderita kanker yang menjalani kemoterapi, gangguan motilitas usus dapat disebabkan oleh neuropati otonomik akibat alkaloid vinca (vincristine, vinblastin) dan turut diperparah oleh antikanker lain, sehingga penderita mengalami mual-muntah (Rasjidi 2013). Namun, pada penelitian ini, responden tidak dalam sedang menjalankan kemoterapi karena telah melewatinya.

Mual (nausea) adalah sensasi subjektif yang tidak menyenangkan dan sering mendahului muntah. Mual disebabkan oleh distensi atau iritasi di bagian mana saja dari saluran GI, tetapi dapat juga distimulasi oleh pusat otak yang lebih tinggi. Interpretasi mual terjadi di medula, berdekatan dengan bagian dari pusat muntah (Corwin 2009). Teori inilah yang mungkin terjadi pada responden, dimana kondisi stres, depresi akibat kanker mempengaruhi atau merangsang pusat mual-muntah di medula. Karena penerapan ACT telah menurunkan stres, depresi, dan kondisi lainnya, maka gejala mual juga ikut menurun pascaintervensi. Kondisi inilah yang menjelaskan bagaimana ACT menurunkan gejala mual-muntah pada penderita kanker.

Gejala hilang nafsu makan sangat berkaitan erat dengan dengan gejala mual-muntah di atas. Saat gejala mual-muntah berkurang setelah penerapan ACT, gejala hilang nafsu makan juga ikut berkurang. Sehingga dapat disimpulkan ACT dapat menurunkan gejala hilang nafsu makan pada pasien kanker.

Nyeri merupakan gejala yang sering muncul pada penderita kanker. Terapi kanker sendiri sering menimbulkan rasa nyeri dan neuropati (Potter & Perry 2009). Nyeri adalah sensasi subjektif rasa tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Corwin 2009). proliferasi kanker merupakan penyebab rusaknya jaringan dalam konteks ini. Beberapa penelitian tentang penerapan ACT menunjukkan mampu mengurangi sensasi nyeri seseorang (Harris 2011). Widuri (2012) menyatakan bahwa ACT sangat berguna dalam mengatasi masalah penyakit kronik karena berfokus pada membangun perilaku yang baru dari pada melawan rasa sakitnya agar dapat menjalani kehidupan yang lebih dihargai.

Beberapa skala gejala yang dipengaruhi oleh penerapan ACT, secara umum, penjelasan proses kerjanya mengikuti hasil penelitian Jalil et al. (2013) tentang efektivitas ACT dalam meningkat *insight* dan efikasi diri. Jika hasil penelitian terbukti ACT meningkatkan *insight* dan efikasi diri, maka kedua kemampuan tersebut memungkinkan seseorang untuk mengenali gejala yang dialami dan mencari pertolongan yang tepat sehingga cepat teratasi. Seperti itulah kinerja ACT dalam mengurangi beberapa gejala akibat penyakit kanker.

Komponen gejala sesak nafas, konstipasi, dan diare dari skala gejala tidak menunjukkan adanya pengaruh penerapan ACT. Hal ini terjadi karena saat *pre-test* gejala-gejala ini hanya dialami sebagian kecil responden dengan intensitas yang rendah. Sebagai gambaran, dari data hasil tabulasi menunjukkan gejala sesak nafas dialami oleh 4 orang responden, gejala konstipasi dialami 2 orang responden, dan gejala diare juga hanya dialami 2 orang responden. Setelah dilakukan uji statistik, gejala-gejala tersebut tidak menunjukkan tingkat signifikansi pascaintervensi ACT.

Selain itu, gejala kesulitan finansial juga termasuk komponen yang tidak dipengaruhi ACT. Hal ini didasari oleh pemahaman bahwa ACT merupakan terapi psikologis, yang merupakan bentuk pengembangan terapi kognitif perilaku, dimana keduanya melibatkan strategi tingkah laku dan kognitif (Harris 2011). Target dari ACT adalah membentuk fleksibilitas psikologis seseorang, yaitu kemampuan untuk melakukan kontak dengan masa kini secara totalitas dan sadar sebagai makhluk hidup dan mampu berperilaku sesuai dengan *value* yang dianut (Kusumawardhani 2012). ACT tidak termasuk tindakan untuk mengatasi masalah kesulitan finansial seseorang. Peneliti juga belum menemukan hasil penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan kesulitan finansial dan ACT. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa penerapan ACT tidak berdampak pada kondisi finansial seseorang.

Berbeda dengan dimensi kesehatan umum dan fungsional, pada dimensi/skala gejala, nilai atau skor tertinggi menunjukkan beratnya gejala yang dialami responden. Semakin rendah skor yang didapat, semakin baik gejala yang dialami penderita. Hkeseluruhan responden, skor tertinggi (gejala memburuk) dialami responden nomor 6, dimana setelah ditotal dari beberapa item skala gejala didapatkan skor 467. Kondisi tersebut bisa terjadi karena responden baru saja diketahui menderita kanker paru-paru dan belum mendapat penanganan khusus terhadap kanker. Akibatnya, gejala yang timbul semakin memburuk.

Sebaliknya, skor terendah (gejala membaik) dialami oleh responden nomor 4 yakni sebesar 161 setelah dijumlahkan dari seluruh item gejala. Kondisi tersebut didukung dengan riwayat sakit yang dialaminya.

Menderita kanker serviks stadium II sejak 2 tahun lalu dan langsung dilakukan operasi pada bulan ke-4 setelah didiagnosis. Setelah itu, responden rutin melakukan kontrol atau pengobatan tambahan baik di puskesmas maupun rumah sakit. Kini, secara klinis tidak menunjukkan gejala yang mengganggu. Itulah beberapa hal yang mendukung status kualitas hidup responden pada skala gejala.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa: 1) penerapan ACT meningkatkan skala kesehatan umum / kualitas hidup (QoL) pasien kanker. Setelah penerapan ACT, responden lebih optimis menilai kondisi kesehatan yang dilaminya, 2) penerapan ACT meningkatkan skala fungsional pasien kanker, yang terbagi dalam beberapa fungsi fisik, fungsi peran, fungsi emosional, fungsi kognitif, dan fungsi sosial, 3) penerapan ACT dapat mengurangi beberapa item pada skala gejala pasien kanker dan adapula gejala yang tidak berubah. ACT dapat mengurangi beberapa item gejala, seperti: kelelahan, mual & muntah, hilang nafsu makan, nyeri, dan insomnia. Sedangkan komponen/item skala yang tidak mengalami perubahan setelah penerapan ACT, meliputi: sesak nafas, konstipasi, diare, dan kesulitan finansial.

### **Saran**

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas maka saran yang dapat berikan oleh peneliti sebagai berikut: 1) bagi perawat puskesmas, khususnya bagian poli paliatif dapat menjadikan ACT sebagai modalitas keperawatan jiwa atau onkologi yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker, 2) bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat perlu mempelajari atau terus memperdalam penerapan ACT ini sehingga mudah dilaksanakan pada tatanan nyata bagi pasien yang membutuhkan. Perawat juga perlu mengembangkan riset dalam bidang penerapan ACT ataupun kanker, 3) bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan metode yang berbeda sehingga mendapat hasil yang lebih optimal dan dapat lebih aplikatif sehingga dijadikan acuan dalam memberikan

pelayanan keperawatan onkologi atau jiwa. Penelitian selanjutnya dapat menggunakan metode lain dengan sampel yang lebih banyak dan alat ukur yang akurat.

## **KEPUSTAKAAN**

- Corwin, E.J., 2009. *Buku saku patofisiologi*, Jakarta: EGC.
- Feist., L.B. & J., 2007. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* Sixth edit., United States of America: Thomson.
- Fitriawan, E., 2013. *Hubungan Spiritualitas terhadap tingkat kualitas hidup pasien kanker di Puskesmas Pacarkeling, Surabaya*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Harris, R., 2011. *The Happiness Trap: Hati-hati dengan kebahagiaan Anda!*, Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Hayes, et al., 2013. *Acceptance and Commitment therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Pogress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitif Therapy. Behavior Therapi*, pp.180–198.
- Hidayat, A.A., 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Jalil, Keliat & Pujasari, 2013. *Insight dan Efikasi Diri pada Klien Skizofrenia yang Mendapatkan Terapi Penerimaan dan Komitmen dan Program Edukasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa. . UI*. Universitas Indonesia.
- Kusumawardhani, S.J., 2012. *Efektivitas acceptance and commitment therapy dalam meningkatkan subjective well being pada dewasa muda pasca putusnya hubungan pacaran*, Depok: Universitas Indonesia.
- Nofitri, 2009. *Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarata*. Universitys Airlangga.
- Perwitasari, et al, 2011. *Translation and Validation of EORTC QLQ-C30 into Indoensian Version for Cancer Patients in Indonesia. Japanese Journal of Clinical Oncology*, pp.519–529.
- Potter & Perry, 2009. *Fundamental keperawatan* Edisi 7., Jakarta: Salemba Medika.
- Rasjidi, I., 2013. *Buku ajar onkologiklinik*,

- Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C., 2001. *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth* Edisi 8., Jakarta: EGC.
- Society, A.C., 2011. *Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012*, Atlanta: American Cancer Society, Inc.
- Suharto, S., 2005. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup anak asma. Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.* Universitas Diponegoro.
- Widjijati, Wahyuningsih, & F., 2014. *Aplikasi Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Terhadap Penerimaan dan Komitmen Diri Dalam Upaya Pencegahan Penularan HIV/AIDS*,
- Widuri, E., 2012. *Pengaruh acceptance and commitment therapy terhadap respon ketidakberdayaan klien gagal ginjal kronik di RSUP Fatmawati Jakarta Universitas Indonesia.* Universitas Indonesia.

# PSIKOEDUKASI MENURUNKAN TINGKAT DEPRESI, STRES DAN KECEMASAN PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU

*(Psycho education Decrease the Level of Depression, Anxiety and Stress Among Patient with Pulmonary Tuberculosis)*

Suryani, Efri Widiati\*, Taty Hernawati\*, Aat Sriati\*

\*Fakultas Keperawatan UNPAD, Jalan Raya Jatinagor KM 21, Jatinanor, Sumedang

Email: suryani@unpad.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Tuberkulosis paru (TB Paru) merupakan penyakit paru – paru kronis yang berdampak secara fisik dan psikososial pada pasien. Hingga saat ini program – program pemerintah dalam mengatasi penyakit ini masih berfokus pada pengobatan dan pencegahan penularan. Belum ada program yang ditujukan untuk mengatasi masalah psikososial pasien padahal dampak psikososial mempunyai pengaruh yang besar pada kepatuhan berobat dan prognosa penyakit pasien TB. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian Quasi eksperimen untuk membuktikan efek psikoedukasi terhadap tingkat depresi, cemas dan stress pada pasien yang mengalami TB paru. Sebanyak 74 pasien TB paru terlibat dalam penelitian ini yang terdiri dari 37 orang masuk kedalam kelompok intervensi dan 37 orang masuk kelompok control. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa psikoedukasi efektif menurunkan tingkat depresi, cemas dan stress pasien TB paru. **Diskusi:** Psikoedukasi sebaiknya diberikan kepada penderita TB paru yang berobat ke puskesmas.

**Kata kunci :** intervensi, psikoedukasi, tuberkulosis paru

## ABSTRACT

**Introduction:** *Pulmonary Tuberculosis is a chronic pulmonary disease that affects physically and psychosocially for the patients. Until now, the government's programs in overcoming this disease still focus on treatment and prevention of infection. The programs has not yet to lead to a psychosocial problem of the patients whereas the psychosocial impact has a big influence on treatment compliance and prognosis of patients with Pulmonary Tuberculosis. Method:* This study was quasi experiment to test the effect of psychoeducation on the level of stress, anxiety and depression of Patients with pulmonary tuberculosis. 74 patients with Pulmonary Tuberculosis involved in this study divided into two group (37 involved in intervention and 37 involved as control group). **Result:** *The result of the study showed that psychoeducation was effective in reducing stress, anxiety and depression of the patients with Pulmonary Tuberculosis. Discussion:* Psycho education should be provided for patients with pulmonary tuberculosis at the Community health Center.

**Keywords:** *intervention, psychoeducation, pulmonary tuberculosis*

## PENDAHULUAN

Jumlah penderita TB paru di Indonesia cukup besar dan menduduki peringkat kelima di dunia (WHO 2010), dengan jumlah penderita TBC sebesar 429.000 orang. Angka kematian karena TB paru diperkirakan sebesar 27 per 100.000 penduduk per tahun. Dalam rangka mengatasi permasalahan TB paru di Indonesia, pemerintah telah melakukan berbagai upaya dengan berbagai macam program yang terkait pengobatan dan pencegahan penularan penyakit TB paru. Akhir-akhir ini pemerintah melakukan sebuah program yang dikenal dengan *Programmatic Management of Drug resistance TB* (PMDT). PMDT tahun 2011-2014 bertujuan untuk melaksanakan secara bertahap diagnosis dan pengobatan *Multidrug Resistance Tuberculosis* (TB MDR).

Beberapa program yang telah dikembangkan dan dilakukan oleh pemerintah belum ada program yang bertujuan untuk mengatasi masalah psikososial yang dihadapi penderita TB paru, padahal dampak psikososial ini sangat besar pengaruhnya terhadap kepatuhan berobat dan prognosa penyakit penderitanya. Dampak psikososial menurut Jong (2011) antara lain adalah adanya masalah emosional berhubungan dengan penyakitnya seperti merasa bosan, kurang motivasi, sampai kepada gangguan jiwa yang cukup serius seperti depresi berat. Masalah psikososial lainnya adalah adanya stigma di masyarakat, merasa takut akan penyakitnya yang tidak dapat disembuhkan, merasa dikucilkan dan tidak percaya diri, serta masalah ekonomi (Aye´ et al. 2011). Bagi penderita yang mengalami depresi dan putus asa terhadap penyakitnya, mereka tidak mau minum obat, risikonya

adalah penderita tidak sembuh dan tentu akan menularkan penyakit mereka pada orang lain disekitarnya. Pada penelitian kami sebelumnya sudah ditemukan kebutuhan psikososial penderita TB paru (Suryani et al. 2014), sehingga diperlukan upaya intervensi untuk mengatasinya.

Psikoedukasi adalah pendidikan kesehatan pada pasien baik yang mengalami penyakit fisik maupun gangguan jiwa yang bertujuan untuk mengatasi masalah psikologis yang dialami mereka. Penyakit fisik disini bisa berupa hipertensi, kanker, penyakit kulit, TBC dan sebagainya. Sedangkan gangguan jiwa bisa berupa depresi, kecemasan dan skizofrenia. Terapi psikoedukasi ini bisa berupa pasif psikoedukasi seperti pemberian informasi dengan leaflet atau melalui email atau website dan juga bisa berupa aktif psikoedukasi berupa konseling atau pemberian pendidikan kesehatan secara individu atau kelompok. Hasil *systematic review* terhadap 9010 abstrak penelitian dari Cochrane, PsycInfo and PubMed yang dilakukan oleh Donker et al. (2009) di Netherland menunjukkan bahwa psikoedukasi pasif berupa pemberian leaflet pada penderita depresi dan distress psikologi dapat menurunkan gejala tersebut secara signifikan. Penelitian lain dengan metode *randomized multicenter* dari Bauml et al. (2006) di Jerman yang meneliti tentang pengaruh psikoedukasi pada penderita skizofrenia dan keluarganya menunjukkan bahwa terapi psikoedukasi bisa menurunkan *hospital rate* dari 58% menjadi 41%. Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah diuraikan di atas, maka efektifitas intervensi psikoedukasi dalam mengatasi masalah psikososial berupa depresi, cemas dan stress pada penderita TB Paru belum dapat dijelaskan.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah quasi experimental (*pretest and posttest design with control group*). Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat pengaruh intervensi psikoedukasi terhadap tingkat depresi, cemas dan stress penderita TB paru. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan metode *consecutive sampling* yaitu teknik sampling dimana setiap responden yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sampel dimasukkan dalapenelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi atau sampai waktu yang telah ditentukan (Dahlan

2011). Adapun kriteria khusus dalam pemilihan sampel ini antara lain: Menderita Tuberkulosis Paru, termasuk kategori usia dewasa, masih dalam proses pengobatan ke Puskesmas, dan bisa membaca dan menulis. Semua pasien yang datang berobat baik ke Puskesmas Garuda maupun Babakan Sari dan memenuhi kriteria dalam penelitian ini diambil sebagai sampel. Setelah 5 bulan penelitian (April–September) diperoleh sampel sebanyak 52 orang dari Puskesmas Garuda dan 22 orang dari Puskesmas Babakan Sari. Jadi total sampel berjumlah 74 orang, yang terbagi menjadi 2 kategori, 37 orang kelompok intervensi dan 37 orang kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi sedangkan kelompok kontrol hanya mendapatkan pengarahan seperti yang biasa dilakukan di Puskesmas. Setelah selesai penelitian, kelompok kontrol juga diberikan psikoedukasi.

Psikoedukasi yang diberikan berupa psikoedukasi aktif dan pasif. Psikoedukasi aktif yang dilakukan yaitu dengan konseling, sedangkan psikoedukasi pasif dengan cara pemberian booklet kepada responden setelah diberikan konseling. Pemberian psikoedukasi pasif dimaksudkan untuk melengkapi psikoedukasi aktif atau konseling yang telah dilakukan, dengan tujuan agar responden bisa mempelajari kembali apa yang sudah didiskusikan di puskesmas. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS). Pengumpulan data dilakukan 2 kali, pertama sebelum dilakukan psikoedukasi. Pengumpulan data kedua dilakukan 1 minggu setelah dilakukan intervensi.

Pada penelitian ini analisis yang digunakan analisa univariat dan bivariat. Teknik analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi, frekuensi, dan persentase dari karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, dan pendidikan serta tingkat stres, cemas dan depresi dgn kriteria: 0–29 = normal, 30–59 = tingkat stress ringan, 60–89 = tingkat stress sedang, 90–112 = tingkat stress berat, dan > 120 = tingkat stress sangat berat

Analisis kedua adalah analisis bivariat. Pada penelitian ini, sebelum dilakukan analisa bivariat, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data. Analisis yang digunakan untuk pengujian skor stres *pretest* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji T Test karena data terdistribusi normal. Selanjutnya untuk pengujian beda antara skor depresi *pre*



dan *posttest* pada kelompok intervensi menggunakan uji t berpasangan, hal tersebut dikarenakan data yang dikumpulkan adalah data numerik dan dilakukan pada kelompok yang sama dengan menghitung *pre* dan *post test* nya (berpasangan) (Dahlan 2011).

## HASIL

Hasil pada tabel 1 menunjukkan bahwa sebelum dilakukan psikoedukasi sebagian besar responden (64,9 %) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi (yang diukur dengan DASS) tingkat ringan. Hampir setengahnya dari responden (35,1%) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi tingkat sedang. Setelah diberikan terapi psikoedukasi sebagian besar responden (75,7 %) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi normal (dalam batas norma) dan hanya sebagian kecil saja yang masih mengalami stres, cemas dan depresi, itupun tingkat ringan. Tabel 2 menunjukkan bahwa pada pengukuran pertama sebagian besar responden (62,2 %) mengalami tingkat stres, cemas dan depresi (yang diukur dengan DASS) tingkat ringan dan hampir setengahnya dari responden (35,1%) mengalami stres, cemas

dan depresi tingkat sedang. Pada pengukuran kedua sebagian besar responden (75,7 %) masih mengalami tingkat stres, cemas dan depresi ringan, hanya sebagian kecil saja yang menjadi normal dan sebagian yang lain malah tetap mengalami stres, cemas dan depresi tingkat sedang.

Hasil penghitungan *kolmogorov smirnov* untuk kelompok intervensi didapatkan  $D_{hitung} = 0.11 < D_{tabel} 0.1581$ , dengan taraf nyata 5%, ternyata  $H_0$  diterima, artinya data (kelompok intervensi) berasal dari populasi yang berdistribusi normal. Untuk kelompok kontrol didapatkan  $D_{hitung} = 0.09 < D_{tabel} 0.1581$ , dengan taraf nyata 5%, ternyata  $H_0$  diterima. artinya data (kelompok kontrol) berasal dari populasi yang berdistribusi normal. Uji normalitas data berdistribusi normal maka digunakan uji T, untuk pengujian karena kita ingin membandingkan tingkat stress penderita TB paru kelompok intervensi dan kontrol maka dibandingkan *pre* pada kelompok kontrol dengan *pre* pada kelompok intervensi dan *post* pada kelompok kontrol dengan *post* pada kelompok intervensi.

Tabel 1. Prosentase tingkat strss, cemas dan depresi dari responden kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi psikoedukasi

No	Tingkat stres, cemas dan depresi	Sebelum intervensi		Sesudah intervensi	
		Jumlah	Prosentase	jumlah	Prosentase
1	Normal			28	75,7
2	Ringan	24 orang	64,9 %	9	24,3
3	Sedang	13 orang	35,1 %		

Tabel 2. Prosentase tingkat strss, cemas dan depresi dari responden kelompok kontrol

No	Tingkat stres, cemas dan depresi	Pengukuran pertama		Pengukuran kedua	
		Jumlah	Prosentase	jumlah	prosentase
1	Normal			3	8,1
2	Ringan	23	62,2	28	75,7
3	Sedang	14 orang	37,8	6	16,2

Tabel 3. Perhitungan nilai t menggunakan Ms. Excel dan didapatkan nilai t sebagai berikut :

*t-Test: Paired Two Sample for Means*

	<i>Intervensi(Pre)</i>	<i>Kontrol(Pre)</i>
<i>Mean</i>	54.02702703	54.10810811
<i>Variance</i>	142.5825826	282.9324324
<i>Observations</i>	37	37
<i>Pearson Correlation</i>	-0.101389018	
<i>Hypothesized Mean Difference</i>	0	
<i>Df</i>	36	
<i>t Stat</i>	-0.022840948	
<i>P(T&lt;=t) one-tail</i>	0.490951641	
<i>t Critical one-tail</i>	1.688297694	
<i>P(T&lt;=t) two-tail</i>	0.981903282	
<i>t Critical two-tail</i>	2.028093987	

Kriteria Uji : Tolak  $H_0$  jika  $T_{hitung} > T_{table}$

Nilai T hitung diatas yaitu  $t \text{ stat} = -0.022840948 < t \text{ tabel}$  diatas yaitu = 2.028093987 maka  $H_0$  di terima. Sampel diatas dapat diketahui bahwa rata –rata tingkat stress penderit TB paru pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi psikoedukasi sama dengan rata –rata tingkat stress penderita TB paru kelompok Kontrol sebelum diberikan terapi psikoedukasi dengan taraf signifikansi 5%, artinya tidak ada perbedaan tingkat stress penderita TB paru pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan terapi psikoedukasi.

Hasil analisis menggunakan uji t diatas dapat kita ketahui bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat stress penderita TB paru sebelum diberikan terapi psikoedukasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kemudian ketika penderita TB paru diberikan terapi psikoedukasi dapat kita lihat bahwa terdapat perbedaan tingkat stress penderita TB paru yang diberikan terapi psikoedukasi (kelompok intervensi) dengan penderita TB paru yang tidak diberikan terapi psikoedukasi (kelompok kontrol), dapat kita lihat pada hasil perbandingan T hitung dengan T tabel juga selain itu dapat kita lihat dari nilai mean tingkat stress penderita TB paru setelah diberikan terapi psikoedukasi (kelompok intervensi) sebesar 27.05405405 sedangkan nilai mean penderita TB paru yang tidak diberikan terapi psikoedukasi = 47.72972973, semakin kecil nilai mean tingkat stress penderita TB paru maka semakin baik untuk kondisi psikologis penderita TB paru. Jadi, pemberian terapi psikoedukasi memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkat depresi, cemas dan stress pada penderita TB paru sehingga pemberian terapi psikoedukasi sangat berguna dan baik untuk diterapkan kepada penderita TB paru untuk mengurangi tingkat depresi, cemas dan stress penderita.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa tingkat depresi, cemas, dan stress, yang diukur dengan DASS, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebagian besar mengalami tingkat ringan, dan hampir setengahnya mengalami tingkat sedang. Hal tersebut menunjukkan bahwa penderita TB paru mengalami masalah psikososial yang cukup signifikan yang termanifestasi dalam bentuk stress, cemas dan depresi. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Padayatchi et al. (2010)

di India yang menemukan bahwa sampai dua tahun setelah terdiagnosa TB paru, penderita masih mengalami stress, cemas dan depresi. Hasil penelitian ini juga mendukung temuan dari Venkatraju & Prasad (2013) di India yang menggali masalah psikososial yang dialami penderita TB dengan menggunakan metode kualitatif. Salah satu hasil penelitian penelitian mereka adalah bahwa penderita merasa cemas dan takut dalam menjalani hidup dengan TB paru.

Untuk mengatasi masalah psikososial yang dihadapi oleh penderita TB paru, pada penelitian ini telah dilakukan psikoedukasi (psikoedukasi aktif dan pasif). Psikoedukasi merupakan pendidikan kesehatan untuk mengatasi masalah psikososial bagi pasien baik yang mengalami penyakit fisik maupun gangguan jiwa (Donker et al. 2009). Psikoedukasi ini terdiri dari psikoedukasi aktif dan pasif. Psikoedukasi aktif dilakukan dengan melakukan konseling bagi pasien yang mengalami masalah psikososial terkait penyakit yang dialaminya sedangkan psikoedukasi pasif dilakukan dengan memberikan booklet, pamflet, website atau video tentang bagaimana mengatasi masalah psikososial yang biasanya dialami oleh penderita TB. Pada penelitian ini dilakukan kombinasi keduanya sehingga diharapkan dapat lebih efektif dalam mengatasi masalah pasien.

Pasien terdiagnosa TB paru mengalami banyak masalah psikososial. Selama mereka mencari pertolongan atau berobat ke puskesmas, menurut hasil penelitian tahap 1 (satu) kami, terdapat 5 aspek kebutuhan psikososial yang tidak terpenuhi antara lain kebutuhan akan tenaga profesional kesehatan, kebutuhan emosional dan spiritual, kebutuhan informasi, kebutuhan dukungan jaringan dan kebutuhan praktis (Suryani et al. 2014). Sebagian besar responden (62%) pada penelitian tahap satu menyatakan bahwa tidak ada pelayanan pendukung yang dapat memberikan dukungan psikososial bagi mereka. Sehingga masalah psikososial yang dialami mereka tidak pernah teratasi. Karena itu pada penelitian tahap dua kami peneliti meneliti tentang terapi yang kemungkinan besar bisa mengatasi masalah psikososial yang mereka alami agar penderita mempunyai strategi koping yang konstruktif sehingga dapat mengatasi berbagai masalah psikososial yang mereka alami dan terbebas dari stress, cemas maupun depresi.

Hasil penelitian tahap dua menunjukkan bahwa psikoedukasi efektif dalam menurunkan tingkat stres, cemas dan depresi yang dialami penderita TB paru. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Donker et al. (2009) di Netherland yang menyimpulkan bahwa terapi psikoedukasi pasif berupa pemberian leaflet efektif dalam menurunkan gejala depresi dan stres. Hasil penelitian ini juga mendukung hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kaliakbarova et al. (2013) di India yang menemukan bahwa terapi kelompok psikososial support yang diberikan kepada pasien dapat menurunkan frekuensi putus obat pada pasien TB.

Terapi psikoedukasi yang telah dilakukan kepada kelompok Intervensi berupa gabungan dari psikoedukasi aktif dan psikoedukasi pasif. Pemberian terapi gabungan (aktif dan pasif) ini didasarkan pada temuan sebelumnya oleh Moul et al. (2004) bahwa informasi kesehatan yang diterima oleh seorang pasien bisa terlupakan dalam beberapa menit setelah mereka mendapatkan informasi, karena itu diperlukan booklet supaya penderita bisa mengulang di rumah apa yang telah dibicarakan sebelumnya dengan perawat. Penderita TB yang datang ke Puskesmas yang masuk kedalam kelompok intervensi diberikan konseling tentang masalah psikososial yang mereka hadapi, kemudian diberikan booklet yang berisi tentang cara-cara mengatasi masalah psikososial yang biasa dialami penderita TB. Kombinasi kedua pendekatan psikoedukasi (pasif dan aktif) ini sangatlah efektif dalam mengatasi masalah psikososial penderita TB, terbukti dengan hasil penelitian yang signifikan dimana terdapat perbedaan yang bermakna dari tingkat depresi, cemas dan stres kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terapi psikoedukasi terbukti efektif menurunkan tingkat stres, cemas dan depresi pada penderita TB paru. Pada penelitian ini juga dapat disimpulkan bahwa dalam memberikan terapi psikoedukasi haruslah mempertimbangkan latar belakang pendidikan dari penderita. Pada umumnya mereka yang menderita penderita TB paru adalah mereka yang berlatar pendidikan rendah dan miskin, karena itu psikoedukasi baik

pasif maupun aktif harus dilakukan menggunakan bahasa awam, bukan bahasa ilmiah.

### Saran

Saran kepada perawat puskesmas penanggung jawab pengobatan TB paru di rumah sakit dan Puskesmas untuk selalu mengkaji masalah psikososial penderita TB. Perawat juga diharapkan melakukan terapi psikoedukasi bagi mereka dengan bahasa yang dimengerti oleh penderita. Kepada kepala puskesmas disarankan untuk membuat ruangan pojok konseling bagi penderita TB dan memperbanyak booklet mengatasi masalah psikososial pada penderita TB yang dihasilkan pada penelitian ini untuk dibagikan pada penderita yang datang berobat ke Puskesmas

## KEPUSTAKAAN

- (WHO), W.H. organization, 2010. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response.*, Geneva.
- Aye', R. et al., 2011. Factors determining household expenditure for tuberculosis and coping strategies in Tajikistan. *Tropical Medicine and International Health*, 16(3), pp.307–313.
- B., V. & S., P., 2013. Psychosocial trauma of diagnosis: A qualitative study on rural TB patients' experiences in Nalgonda District, Andhra Pradesh. *Indian Journal of Tuberculosis*, 60, pp.162 – 167.
- Bauml et al., 2006. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, pp.S1–S9.
- Dahlan, S.M., 2011. *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan. Deskriptif, bivariat, dan multivariat dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS (D.J. Ishardini, Ed) 5th ed.*, Jakarta: Salemba Medika.
- Donker, T. et al., 2009. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), p.79. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/79>.
- Jong, K., 2011. *Psychosocial and mental health interventions in areas of massive violence* 2nd ed., Medecins sans frontier. Amsterdam: Rozenberg Publishing Services.

- Kaliakbarova, G. et al., 2013. Psychosocial Support Improves Treatment Adherence Among MDR-TB Patients: Experience from East Kazakhstan. *The Open Infectious Diseases Journal*, 7, pp.60–64.
- Moult, B., Franck, L. & H., B., 2004. Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written healthcare material. *Health Expectations*, 7(2), pp.165–173.
- Padayatchi, A. et al., 2010. Case series of the long-term psychosocial impact of drug-resistant tuberculosis in HIV-negative medical doctors. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 14(8), pp.960–966.
- Suryani et al., 2014. Psychosocial need analysis of patients with pulmonary tuberculosis. *Makara Journal of Health Research*, 18(3).

# PENINGKATAN PARENTING SELF EFFICACY PADA IBU PASCA SEKSIO SESARIA MELALUI KONSELING

*(Improving Parenting Self Efficacy after Caesarean Section through Counselling)*

Diah Astutiningrum\*, Elsi Dwi Hapsari\*\*, Purwanta\*\*

\*Stikes Muhammadiyah Gombong

\*\*Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Email: diahashari@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** *Parenting Self Efficacy (PSE)* merupakan keyakinan orang tua terhadap kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tugas yang berhubungan dengan mengasuh anak. Rasa sakit setelah persalinan SC dapat mengurangi kemampuan dan menurunkan keyakinan ibu dalam merawat bayi. Konseling pada ibu postpartum merupakan upaya meningkatkan keyakinan diri dalam mengasuh bayi. **Tujuan:** menguji pengaruh konseling yang diberikan pada ibu postpartum dengan SC terhadap peningkatan PSE. **Metode:** Penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan *pre-test and post-test with control group*. Jumlah subjek penelitian sebanyak 66 subjek terbagi menjadi kelompok eksperimen 33 dan kontrol 33. Subjek yang sesuai kriteria inklusi, diberikan kuesioner dan dilakukan *pre-test* dengan *parenting self efficacy scale (PSES)*, melakukan konseling dan memberi *booklet* pada kelompok eksperimen dan memberi *booklet* saja pada kelompok kontrol. Pengukuran dilakukan dengan instrumen *parenting self efficacy scale (PSES)*. Uji statistik yang digunakan adalah *paired t-test* dan *independent sample t-test*. **Hasil:** Peningkatan skor PSE yang bermakna setelah dilakukan intervensi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ( $6,19 \pm 0,93$  Vs  $7,54 \pm 0,71$ ,  $P=0,001$ ;  $5,56 \pm 0,85$  Vs  $5,87 \pm 0,68$ ,  $P=0,001$ ). Perubahan skor setelah intervensi secara bermakna lebih tinggi pada kelompok eksperimen dibanding kelompok kontrol ( $1,35 \pm 0,58$  Vs  $0,31 \pm 0,26$ ,  $p= 0,000$ ). **Kesimpulan:** Konseling dengan menggunakan *booklet* berpengaruh terhadap *parenting self efficacy* pada ibu postpartum dengan SC.

**Kata kunci :** *Parenting Self Efficacy*, konseling, postpartum, *section caesarea*

## ABSTRACT

**Introduction:** *Parenting Self Efficacy (PSE)* is the conviction of parents for their ability to manage and perform tasks related to parenting. Pain after caesarean childbirth can reduce the ability and lower confidence in caring for the babies. Counseling on postpartum mother is an effort to increase confidence in caring for the baby. This study was aimed to test the effect of counseling given to mothers after caesarean section to increase PSE. **Methods:** The study used a quasi experimental with *pre-test and post-test with control group*. Number of research subjects were 66 divided into an experimental group and control group. Subject who pass the inclusion criteria, given the questionnaire and conducted *pre-test* with *parenting self-efficacy scale (PSEs)*, given counseling and provide booklets in the experimental group, while the control group only given booklets. Measurements were made with instruments of *parenting self-efficacy scale (PSEs)*. The statistical test used was *paired t-test* and *independent sample t-test*. **Results:** Increased PSE significant score after the intervention in the experimental group and the control group ( $6.19 \pm 0.93$  vs  $7.54 \pm 0.71$ ,  $P = 0.001$ ;  $5.56 \pm 0.85$  vs  $5.87 \pm 0.68$ ,  $P = 0.001$ ). Changes in scores after the intervention were significantly higher in the experimental group than the control group ( $1.35 \pm 0.58$  vs  $0.31 \pm 0.26$ ,  $p = 0.000$ ). **Discussion:** Counseling by using booklets effect on *parenting self-efficacy* in women after caesarean section.

**Keywords:** *Parenting Self-Efficacy*, counseling, postpartum, *section caesarea*

## PENDAHULUAN

Periode postpartum merupakan krisis bagi seorang ibu, pasangan, dan keluarga akibat berbagai perubahan yang terjadi baik secara fisik, psikologis, maupun struktur keluarga yang memerlukan proses adaptasi atau penyesuaian. Adaptasi secara fisik dimulai sejak bayi dilahirkan sampai kembalinya kondisi tubuh ibu pada kondisi seperti sebelum hamil, yaitu dalam kurun waktu 6 sampai 8 minggu (Piliteri, 2003; Murray & McKinney, 2007). Persalinan melalui pembedahan atau *Seksio sesarea (SC)* juga memerlukan proses adaptasi

yang tidak mudah bagi ibu postpartum. Rasa sakit setelah persalinan dan keterbatasan fisik untuk bergerak dapat juga mengurangi kemampuan dalam merawat bayi karena ibu postpartum dengan SC biasanya akan merasa takut dan cemas terhadap kondisi kesehatannya sendiri. Hal ini juga dapat menurunkan keyakinan ibu dalam merawat bayi baru lahir. *Parenting self efficacy* merupakan keyakinan orang tua terhadap kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tugas yang berhubungan dengan mengasuh anak dalam kondisi tertentu (Bandura, 1997). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Potter dan Hui-Chin pada tahun

2003 membuktikan bahwa ibu yang memiliki PSE yang tinggi mempunyai kemampuan yang lebih baik dalam melakukan tugas sebagai orang tua, lebih tanggap dalam merespon setiap isyarat dan kebutuhan bayi serta memiliki hubungan interaksi yang lebih baik dengan anak.

Pendidikan kesehatan merupakan interaksi antara pendidik dan peserta didik yang mendorong terjadinya pembelajaran sebagai upaya menambah pengetahuan baru, sikap, dan ketrampilan untuk menghasilkan perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2007; Potter & Perry, 2009). Pendidikan kesehatan memiliki berbagai macam metode yang dapat diterapkan sesuai dengan situasi dan kondisi dari penerima edukasi. Pengetahuan dan sikap yang baik akan meningkatkan kepercayaan diri, yang selanjutnya membantu ibu beradaptasi terhadap perubahan-perubahan fisik, emosional, fungsi dan sosial setelah melahirkan (Wess, Fawcett, & Aber, 2009). Pemilihan metode pendidikan kesehatan yang diberikan secara individual yang disebut dengan konseling didasarkan pada keyakinan bahwa setiap individu itu unik serta memiliki minat dan kebutuhan yang berbeda, sehingga konseling menjadi pilihan yang tepat dalam metode pendidikan yang bersifat individual dan terstruktur. Hasil penelitian yang dilakukan Runiarti *et al.*, (2005) menunjukkan bahwa metode pendidikan kesehatan yang efektif dan menjadi pilihan kebanyakan ibu postpartum adalah pendidikan kesehatan perorangan. Selain karena masalah yang dialami oleh setiap ibu berbeda metode perorangan juga lebih bersifat privasi.

Konseling merupakan salah satu cara pendekatan dalam penyampaian informasi untuk menolong individu. Konseling adalah bentuk komunikasi interpersonal yang khusus, yaitu pemberian bantuan yang dilakukan pada orang lain dalam membuat suatu keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman terhadap klien meliputi fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan klien menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2011).

**BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan desain *quasi eksperimen* dengan pendekatan *pre dan post test with control group design* pemilihan sampel digunakan tehnik *non probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling*. Subjek penelitian berjumlah 66 subjek dan dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Intervensi yang diberikan pada kelompok eksperimen berupa konseling dan pemberian *booklet* sedangkan pada kelompok kontrol berupa pemberian *booklet* saja. Pada kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test*. Pengumpulan data menggunakan instrumen *PSE Scale* dan instrumen dukungan keluarga. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus - Oktober 2014 diruang Rahma RSUD Muhammadiyah Gombong Kabupaten Kebumen. Teknik analisis data dengan menggunakan *independent sample t-test* dan *paired t-test*.

**HASIL**

Tabel 1. Analisis skor PSE pada aspek Kognitif, Afektif, Ketrampilan dan PSE pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol

	Eksperimen				Kontrol				
	Mean±SD	P	CI 95%	Δ	Mean±SD	P	CI 95%	Δ	P Δ
	(pre-pos)			(n=33)	(pre-pos)			(n=33)	
Kognitif pre	6,18±0,99	0,001	1,18-1,62	1,41±0,61	5,50±0,85	0,001	0,21-0,41	0,31±0,29	0,0
Kognitif pos	7,59±0,79				5,82±0,69				
Afektif pre	6,03±0,92	0,001	1,13-1,61	1,37±0,67	5,57±0,89	0,001	0,21-0,42	0,32±0,29	0,0
Afektif pos	7,40±0,72				5,88±0,76				
Ketrampilan pre	6,37±0,94	0,001	0,98-1,52	1,25±0,76	5,65±0,91	0,001	0,17-0,41	0,29±0,34	0,0
Ketrampilan pos	7,62±0,78				5,94±0,69				
PSE pre	6,19±0,93	0,001	1,15-1,56	1,35±0,58	5,56±0,85	0,001	0,22-0,40	0,31±0,26	0,0
PSE pos	7,54±0,71				5,87±0,68				

Δ = selisih rerata

Tabel 2. Perbedaan Tingkat PSE Sebelum dan Setelah Intervensi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol

		Sebelum	Setelah	p
Eksperimen	Rendah	2 (6,1%)	0 (0,0%)	0,500
	Cukup	28 (84,8%)	20 (60,6%)	0,312
	Tinggi	3 (9,1%)	13 (39,4%)	0,021
Kontrol	Rendah	4 (12,1%)	0 (0,0%)	0,125
	Cukup	29 (87,9%)	33 (100,0%)	0,704
	Tinggi	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000

Karakteristik subjek penelitian antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah sama. Sehingga kedua kelompok bisa dikatakan homogen. Namun, setelah dilakukan konseling didapatkan peningkatan skor PSE yang bermakna pada kelompok eksperimen, dibanding kelompok kontrol. Aspek tersebut dibedakan menjadi aspek kognitif, aspek afektif, aspek ketrampilan, dan *parenting self efficacy* (Tabel 1).

Perbedaan PSE antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol disajikan dalam tabel 2. Pada kelompok eksperimen tidak terdapat perbedaan proporsi PSE kategori rendah dan cukup antara sebelum dan setelah intervensi ( $p > 0,05$ ) sedangkan pada kategori tinggi terdapat perbedaan bermakna proporsi PSE antara sebelum dan setelah intervensi ( $p < 0,05$ ). Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan proporsi PSE kategori rendah, cukup, maupun tinggi antara sebelum dengan setelah intervensi ( $p > 0,05$ ).

## PEMBAHASAN

### Perubahan PSE pada aspek kognitif

Dalam penelitian ini tindakan konseling dengan menggunakan demonstrasi dan *booklet* yang dilakukan pada kelompok eksperimen berpengaruh signifikan terhadap peningkatan skor PSE pada aspek kognitif. Dengan menggunakan metode demonstrasi dan pemberian *booklet* pada kelompok eksperimen menjadi faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan tersebut. Selama proses konseling ibu mendapat kesempatan untuk mendengarkan informasi yang diberikan oleh petugas, bertanya secara langsung, terlibat dalam diskusi maupun melakukan praktek secara langsung dengan menggunakan alat peraga sehingga semakin banyak indera yang digunakan dalam menangkap materi akan semakin baik penyerapannya. Berdasarkan *The learning pyramid* oleh Edgar Dale bahwa penyerapan materi pada metode melihat demonstrasi sebesar 30%,

terlibat dalam diskusi 50% dan mempraktekkan kembali cara merawat bayi sebesar 75%. Fokus perawatan postpartum menempatkan ibu sebagai individu yang sehat dan memiliki kemampuan, namun memerlukan dukungan baik dari keluarga maupun tenaga kesehatan untuk dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Dukungan dan nasehat dari orang yang tepat dan dapat dipercaya akan meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya. Perawat dapat membantu pasien membentuk suatu riwayat perilaku yang positif bagi masa depan dengan memfokuskan pada manfaat perilaku tersebut dan membantu pasien dalam mengatasi rintangan dalam melaksanakan perilaku tersebut, meningkatkan level *efficacy* dan pengaruh positif melalui pengalaman yang sukses dan *feedback* yang positif (Pender, 2002).

Melalui konseling secara individual, perawat dapat menjadi system pendukung bagi ibu karena informasi yang disampaikan oleh perawat dirasa tepat dan jelas serta sesuai dengan kebutuhan ibu. Artinya bahwa metode konseling secara individu terbukti dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam menerima dan mengolah informasi yang disampaikan sehingga mempengaruhi pengetahuan ibu. Sesuai dengan temuan Runiarti *et al.*, (2005) bahwa ibu dan keluarga lebih memilih metode edukasi perorangan karena metode ini bersifat *privacy* dan memberikan kemudahan bagi ibu memahami informasi yang disampaikan.

Dalam teori *The learning pyramid* Edgar Dale hasil belajar seseorang diperoleh melalui pengalaman langsung (konkrit), kenyataan yang ada di lingkungan kehidupan seseorang kemudian melalui benda tiruan, sampai kepada lambang verbal (abstrak). Semakin keatas puncak kerucut semakin abstrak media penyampai pesan itu. Pembelajaran yang dikembangkan dengan merujuk pada piramida Edgar Dale, penguatannya pada bagian piramida terbawah yaitu benda tiruan dan pengalaman langsung, melalui praktek

pengalaman langsung akan memberikan informasi dan gagasan yang terkandung dalam pengalaman itu, karena melibatkan indera penglihatan, pendengaran, perasaan, penciuman, dan peraba. Studi yang dilakukan oleh Bloomfield dan Kendall (2007) yang mengembangkan intervensi dengan metode diskusi kelompok dan pemberian *booklet*, intervensi ini terbukti dapat meningkatkan PSE pada orang tua. Perawat dapat menjadi fasilitator dalam sebuah diskusi kelompok dimana setiap individu dapat berbagi pengalaman menjadi orang tua. Pemberian *booklet* pada kelompok kontrol juga mempengaruhi peningkatan PSE, *booklet* merupakan sumber informasi yang menarik dan dapat digunakan sewaktu-waktu sehingga dapat memenuhi kebutuhan belajar ibu dalam perawatan bayi baru lahir.

### **Perubahan PSE pada aspek afektif**

Perubahan rata-rata skor PSE juga terlihat pada aspek afektif. Perbedaan skor sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan perbedaan yang bermakna. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa pemberian informasi dalam bentuk konseling dan pemberian *booklet* serta dukungan sesuai dengan prioritas kebutuhan ibu dapat meningkatkan reaksi emosional. Secara umum bahwa faktor yang dapat mempengaruhi reaksi emosional adalah jenis persalinan yaitu ibu yang menjalani persalinan secara SC. Kurangnya persiapan terhadap proses persalinan menjadi trauma psikologis bagi ibu terutama primipara. Proses penyembuhan luka dan pemulihan fungsi tubuh yang lebih lama menyebabkan ketidaknyamanan secara fisik dan psikologis sesuai dengan pernyataan dari Bandura (1977) bahwa kondisi psikologis dan emosional yang tidak stabil misalnya stress dan kecemasan akan mengancam kemampuan diri seseorang. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Salonen *et al.*, (2008) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan internet sebagai media belajar adalah jenis persalinan dengan SC, ketidaknyamanan fisik dan psikologis membuat ibu tidak mau untuk beraktifitas.

Pemberian dukungan dan informasi melalui konseling postpartum terbukti dapat meningkatkan penilaian positif ibu terhadap dirinya dalam melakukan pengasuhan bayi baru lahir. Kesiapan belajar dan kondisi emosional ibu yang stabil menjadi faktor penentu dari keberhasilan konseling. Pendampingan selama proses penelitian merupakan kesempatan bagi

perawat untuk menilai kebutuhan dan kemampuan belajar setiap ibu, baik secara fisik maupun secara psikologis. Mercer dan Walker (2006) menegaskan bahwa kualitas interaksi dan dukungan sosial perawat secara langsung mempengaruhi kepercayaan diri ibu. Interaksi positif yang telah terbina menjadi hal yang penting bagi ibu untuk bersedia mendengar dan mengikuti apa yang disampaikan oleh perawat, karena bagi pasien tenaga kesehatan adalah sebagai role model yang layak untuk ditiru. Sesuai dengan pernyataan Bandura (2005) bahwa seseorang akan cenderung mengikuti dan meniru orang yang dianggap sebagai model. Dalam penelitian sebelumnya (Salonen *et al.*, 2011) juga ditemukan perubahan aspek afektif yang signifikan. Perubahan ini terjadi karena adanya penambahan topik yang dibutuhkan oleh ibu postpartum dan tersedianya media interaktif dalam bentuk *website* sehingga ibu mendapatkan dukungan yang cukup setelah melahirkan bayinya.

### **Perubahan PSE pada aspek ketrampilan.**

Ketrampilan merupakan aspek nyata dari perubahan perilaku menurut Bloom dalam Maulana (2009) kemampuan seseorang dalam melakukan tindakan tertentu biasanya terbentuk dari pengetahuan dan sikap sebelumnya. Peningkatan skor pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan sangat berpengaruh terhadap peningkatan ketrampilan dalam merawat bayi baru lahir. Hal ini disebabkan selama proses konseling pada kelompok eksperimen, subjek dapat lebih leluasa dalam berdiskusi dengan petugas kesehatan dan melakukan demonstrasi untuk melatih tindakan perawatan bayi baru lahir dengan pengawasan sehingga apabila terdapat kesalahan dalam tindakan akan lebih cepat untuk dikoreksi oleh petugas. Kegiatan ini merupakan aktifitas yang membutuhkan keberanian dan pengalaman karena bayi baru lahir memiliki kondisi yang lemah. Kurangnya pengalaman dalam merawat bayi sebelumnya menjadi salah satu faktor penyebab karena ketrampilan ini dapat ditingkatkan dengan latihan dan mencoba melakukan tindakan tersebut secara berulang-ulang. Aktifitas perawatan dasar terhadap bayi baru lahir merupakan suatu ketrampilan sehingga ibu perlu latihan dan pendampingan agar ibu memiliki pengalaman melakukan tindakan tersebut, pendidikan kesehatan secara individual dengan metode konseling dan demonstrasi merupakan interaksi antara pendidik dan



peserta didik. Metode ini sangat tepat digunakan dan terbukti dapat lebih meningkatkan keyakinan dalam melakukan tindakan perawatan dasar pada bayi baru lahir.

Demonstrasi dilakukan untuk memperagakan tindakan yang membutuhkan ketrampilan dan kecakapan. Alat bantu peraga dibutuhkan sebagai perumpamaan objek yang dicontohkan. Sesuai dengan pernyataan Setiawati dan Dermawan (2008) bahwa metode demonstrasi melibatkan lebih banyak indera yaitu indera pengelihatan, pendengaran, penciuman dan peraba sehingga mempermudah penerimaan informasi.

Metode redemonstrasi juga dilakukan sebagai upaya melatih ibu melakukan tindakan dengan pengawasan dan pendampingan perawat. Penilaian dan koreksi dapat diberikan saat ibu menunjukkan tindakan yang kurang tepat. Metode ini dapat bermanfaat untuk menurunkan kecemasan dan kekhawatiran ibu terhadap kesalahan yang mungkin terjadi. Redemonstrasi juga terbukti efektif untuk melihat dan menilai ketrampilan ibu dalam melakukan tindakan tertentu.

Selain itu konseling dan demonstrasi selama di rumah sakit dan *follow up* setelah lebih dari tujuh hari setelah ibu dipulangkan dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam perawatan bayi baru lahir. Peningkatan pada kelompok kontrol relative lebih rendah dibandingkan pada kelompok eksperimen karena pada kelompok kontrol hanya diberikan *booklet* saja dan tidak ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu. Metode demonstrasi dan redemonstrasi tidak dapat dilakukan pada intervensi berbasis internet karena intervensi ini dibatasi ruang dan waktu seperti hasil temuan Salonen *et al.*, (2011) menunjukkan peningkatan 0,11 poin. hal ini disebabkan tidak adanya kontak secara langsung antara penyedia informasi dengan ibu postpartum sehingga interaksi dan latihan tidak dapat dilakukan. Rekaman video yang disediakan tentang tindakan perawatan bayi baru lahir dianggap kurang efektif karena seringkali ibu merasa takut dan khawatir melakukan kesalahan karena tidak ada yang mengawasi.

Konseling yang dilakukan terhadap ibu postpartum mempengaruhi peningkatan PSE, dengan faktor yang menjadi penentu adalah waktu, materi, metode dan media pendidikan kesehatan yang sesuai. Semua komponen tersebut menentukan kualitas konseling yang diberikan dan mempengaruhi kepuasan ibu terhadap perawatan yang diterimanya. Sesuai

dengan temuan Davidson (2011) bahwa ibu yang mendapatkan edukasi yang berkualitas memiliki kepuasan yang lebih besar terhadap perawatan yang diterimanya. Beberapa penelitian lain membuktikan pendidikan kesehatan postpartum dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kemampuan ibu dalam melakukan perawatan bayi baru lahir (Mutmaina *et al.*, 2006). Pengetahuan, sikap dan kemampuan ibu akan berpengaruh terhadap kesiapan, kepercayaan diri dan kemampuan ibu dalam menjalankan peran sebagai orang tua (Weiss & Lokken, 2009).

Hasil penelitian ini memberikan informasi bahwa konseling yang dilakukan pada ibu postpartum merupakan salah satu upaya yang baik untuk mempersiapkan ibu menjadi orang tua, yaitu masa transisi yang sangat penting bagi kehidupan seorang wanita (Mercer, 2006). Pengalaman pada periode ini bersifat permanen yang akan mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anak. Proses transisi menjadi orang tua dikatakan sehat dan berhasil apabila ibu mampu beradaptasi dan melaksanakan peran baru, mempertahankan hubungan dengan pasangan dan mampu membentuk kepuasan hubungan dengan anak (Elek, Hudson & Flek, 2002). Persiapan fisik dan psikologis menjadi hal yang penting dalam mencapai keberhasilan transisi peran sebagai seorang ibu, terutama yang baru pertama kali melahirkan dan mengalami operasi SC.

Fokus asuhan perawatan pada ibu postpartum yaitu tidak hanya pemulihan secara fisik tetapi juga menyiapkan ibu secara psikologis dan emosional agar mampu menjalankan tugas dan tanggung jawabnya dengan baik. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa PSE berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anak yang optimal. Ibu yang memiliki PSE yang tinggi memiliki kemampuan yang lebih baik dalam melakukan tugas sebagai orang tua. Semua hasil penelitian memberikan dukungan tentang pentingnya pendidikan kesehatan dengan berbagai metode dalam meningkatkan PSE.

### **Pengaruh konseling terhadap PSE pada ibu postpartum dengan SC**

Peningkatan skor pada aspek kognitif, afektif dan ketrampilan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah mendapat intervensi, menggambarkan bahwa tindakan yang diberikan pada ibu berpengaruh

terhadap PSE. Perbedaan skor pada kelompok eksperimen dibanding kelompok kontrol sebelum perlakuan dipengaruhi oleh adanya kegiatan *antenatal care* yang diikuti oleh ibu selama masa kehamilan baik di Rumah Sakit, Puskesmas maupun bidan setempat. Pada saat dilakukan penelitian terjadi peningkatan hasil pengukuran sesudah intervensi baik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol bermakna secara statistik. Temuan ini membuktikan bahwa PSE ibu postpartum mengalami perubahan positif. Konseling yang diberikan kepada ibu postpartum pada kelompok eksperimen meningkatkan skor PSE. Hasil ini lebih tinggi signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol baik dari aspek kognitif, afektif, maupun ketrampilan. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada orang yang memiliki kemampuan kognitif, afektif dan ketrampilan yang baik akan lebih muda diserap dan diaplikasikan dibanding pendidikan kesehatan yang diberikan pada orang kemampuan kognitif, afektif dan ketrampilan yang lebih rendah. Perubahan PSE pada ibu postpartum berdasarkan kategori yang terjadi kelompok eksperimen sebelum dan setelah dilakukan intervensi terlihat signifikan pada kategori tinggi. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak signifikan disemua kategori. Perlakuan yang menekankan pada hubungan dan interaksi yang baik antara perawat dan klien menjadi pilihan yang tepat. Kontak yang rutin dan keberlanjutan selama perawatan di Rumah Sakit memberikan kesempatan bagi perawat untuk mengamati serta menilai kebutuhan fisik dan psikologis setiap ibu. Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan ibu merupakan usaha meningkatkan motivasi dan minat belajar ibu. Berdasarkan teori keperawatan yang dikemukakan Reva Rubin bahwa perawatan menekankan pada pencapaian peran sebagai ibu. Untuk mencapai peran ini seorang wanita memerlukan proses belajar melalui serangkaian aktivitas atau latihan. Dengan demikian, seorang wanita terutama calon ibu dapat mempelajari peran yang akan di alaminya kelak sehingga ia mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi khususnya perubahan psikologis dalam kehamilan dan setelah persalinan.

Pendampingan dan rasa empati yang ditunjukkan oleh perawat sebagai bentuk persuasi untuk mempengaruhi orang lain dalam merubah perilaku positif (Bandura, 2005). Sesuai dengan hasil temuan Schmied *et al.*, (2008) bahwa usaha meningkatkan perawatan postpartum dapat dilakukan dengan membina hubungan

baik dengan klien serta memenuhi kebutuhan setiap ibu secara individual.

Studi yang dilakukan oleh Salonen (2008) mengembangkan sebuah intervensi berbasis internet untuk memberikan dukungan dan informasi bagi ibu postpartum. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perubahan rerata skor PSE ibu sebelum dan sesudah perlakuan tidak bermakna secara statistik  $p > 0.005$  namun perlakuan tersebut terbukti meningkatkan PSE ibu sebesar 0.30 poin. Intervensi yang sama juga dikembangkan oleh Hudson *et al.*, (2003) sebagai bentuk penyediaan dukungan sosial dan informasi bagi pria yang baru pertama kali menjadi ayah. Temuan pada penelitian tersebut menunjukkan PSE ayah kelompok perlakuan meningkat signifikan  $p < 0.001$  pada dua kali pengukuran, yaitu 2.79 (SD 0.73) ketika bayi berusia 4 minggu, dan 3.66 (SD 0.53) ketika bayi berusia 8 minggu. Perbedaan hasil penelitian ini dengan temuan sebelumnya dapat disebabkan bentuk perlakuan yang disediakan. Dukungan dan informasi berbasis internet efektif dan tepat digunakan pada masyarakat yang memiliki kesadaran tinggi terhadap kebutuhan informasi. Keterbatasan fisik selama masa pemulihan setelah melahirkan dan tugas perawatan bayi tidak menjadi penghalang bagi ibu dalam menggunakan internet karena akses internet tersedia kapan saja dan dimana saja. Pengembangan informasi berbasis internet sangat efektif digunakan pada populasi di negara maju dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, memiliki kemampuan menggunakan komputer dan internet, serta dukungan sarana dan prasarana yang memadai. Konseling pada ibu postpartum merupakan salah satu upaya menyediakan dukungan dan informasi bagi ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan ibu dalam melakukan tugas dan tanggungjawab sebagai seorang ibu. Sesuai dengan penelitian terdahulu, perlakuan konseling pada ibu postpartum dalam penelitian ini dikembangkan mengacu pada teori belajar sosial kognitif oleh Bandura. Edukasi dikemas dalam satu paket yang meliputi empat sumber informasi yang dapat meningkatkan PSE (Bandura, 2005) yaitu *enactive mastery experience* (pengalaman penguasaan tindakan), *vicarious experience* (pengalaman pemodelan), persuasi verbal serta pemulihan kondisi fisik dan psikologis. Menurut Bandura bahwa teori sosial kognitif sangat tepat digunakan pada intervensi-intervensi yang bertujuan untuk merubah perilaku dan promosi kesehatan, misalnya edukasi kesehatan. Menurut teori *self*

*efficacy* oleh Bandura (1997), pengalaman merawat anak sebelumnya merupakan sumber informasi utama yang mempengaruhi PSE.

Hasil studi ini menunjukkan bahwa pemberian konseling dengan demonstrasi dan pemberian *booklet* meningkatkan pengetahuan dan keyakinan ibu terhadap kemampuannya dalam melakukan tugas mengasuh anak seperti: menyusui, mengganti popok, memandikan, menidurkan dan menenangkan bayi. Semua tugas-tugas dalam merawat bayi baru lahir membutuhkan pemahaman, penguasaan dan keberanian ibu dalam tiga aspek yaitu kognitif, afektif dan ketrampilan.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Konseling dengan menggunakan *booklet* berpengaruh terhadap peningkatan PSE pada ibu post partum dengan SC

### Saran

Pihak Rumah Sakit agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kepada ibu postpartum dengan melatih petugas kesehatan perawat dan bidan untuk dapat melakukan konseling secara individu sebelum pasien pulang agar dapat meningkatkan keyakinan diri dalam merawat bayi baru lahir, melakukan *discharge planing* dengan pengkajian menggunakan instrumen *parenting self efficacy scale* untuk mengetahui keyakinan ibu dalam merawat bayi sebelum ibu pulang, melakukan pengkajian kebutuhan belajar pasien dan menyediakan media informasi bagi pasien tentang perawatan bayi dalam bentuk *booklet* atau *leaflet* yang dapat dipelajari selama ibu merawat bayi baru lahir.

Pihak institusi pendidikan kesehatan agar dapat mengembangkan metode pembelajaran yang menekankan pada *family centre nursing* dan mengembangkan metode pendidikan kesehatan agar dapat meningkatkan *self efficacy*.

## KEPUSTAKAAN

- Ansara, D., Cohen, M. M., Gallop, R., Kung, R., & Schei, B. (2005). *Predictors of women's physical health problems after childbirth*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology
- Aisyah., Setyowati., & Rekawati, E. (2010). *Pengaruh Pemberian Paket Pendidikan Kesehatan perawatan ibu nifas (PK-PIN)*

*yang dimodifikasi terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu postpartum primipara dalam merawat diri di Palembang*. Program pascasarjana FIK UI. Tesis

- Ardinasari, E. (2013). *Panduan lengkap bayi 1 tahun pertama*, klikbayi.com. All Right Reserved
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. New Jersey : Prentice Hall, Englewood
- Billek-Sawhney, B., & Reicherter, A. (2004). *Social Cognitive Theory use by Physical Therapist in education of The Older Adult Clie. Topic in Geriatric Rehabilitation*, BKKBN. (2007). *Survey Demografi Kesehatan Indonesia*, Jakarta
- Bloomfield, L., & Kendall, S. (2007). *Testing a parenting programme evaluation tool as a pre and post course measure of PSE*. Journal of advanced nursing
- Corwin, E. J., et al (2005). *The impact of fatigue on the development of postpartum depression*. Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing.
- Dahlan, S., (2008). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Salemba Medika. Jakarta
- Dharma, K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Trans Info Media.
- Elek, S. M., Hudson, D. B., & Fleck, M. (2002). *Couple's experiences with fatigue during the transision to parenthood*. Journal of family nursing.
- Elek, S.M., Hudson, D.B., & Boufard, C. (2003). *Marital and Parenting Satisfaction and infant Care Self Efficacy During The Transition to Parenthood: The Effect of infant sex*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.
- Emmanuel, E., Creedy, D.K., John, W. St., Gamble, J., & Brown, C. (2008) *Maternal role development following childbirth among Australian women*. Journal of advanced nursing.
- Handy, F. (2011). *Panduan cerdas perawatan bayi*. Jakarta : Pustaka Bunda.
- Hudson, D.B et al., (2003). *Effects of The New Fathers Network on First Time Fathers PSE and Parenting Satisfaction during the Transition to Parenthood: Issue in Comprehensive Pediatric Nursing*.
- Hurlock, E.B. (1994). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga
- Jones, T., & Prinz, R., (2005). *Potential roles of parental self efficacy in parent and*

- child adjustment: A review. Clinical Psychology review*
- Leahy-Warren, P.,(2005). *First time mothers : Social support and confidence in infant care*. Journal of advanced nursing
- Leveno et al.,(2009). *Obstetri Williams: Panduan Ringkas*. Edisi 21. Jakarta: EGC
- Logsdon, M.C., Wisner, K.L.,& Pinto-Foltz. M.D (2006), *The Impact of Postpartum Depression on Mothering*. JOGNN
- Maulana Heri, D.J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
- McQueen, K.A., Dennis, C.L.,Stremmler, R., & Norman, C.D. (2011). *A Pilot Randomized Controlled trial of a Breastfeeding Self efficacy intervention with Primiparous Mothers*. JOGNN, 40: 35-46.
- Mercer, R., T. (2006). *Nursing support of the proses of Becoming a Mother*. JOGNN
- Murray, S. S & Mc Kinney, E.S. (2007). *Foundations of maternal-newborn nursing*. Vol 1. 4<sup>th</sup> ed. Philipines:Elsevier
- Mutmainah, M. Rustinah, Y. & Besral. (2006). *Efektifitas pendidikan kesehatan pada periode awal postpartum dengan metode CPDL terhadap kemampuan ibu primipara merawat bayi di propinsi Jambi*. Program pascasarjana UI. Tesis
- Notoatmojo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka cipta.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D.L. & Wilson, D. (2002). *Maternal and child nursing care*. Vol 1. 4 ed. Missouri: Mosby Elsevier.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal and child health nursing*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins
- Porter, C. H., & Hui-chin. (2003). *First-time mothers perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament*. Journal of family psychology.
- Potter, P.A., & Perry, A.G., (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7 buku 1&2. Jakarta: Salemba Medika.
- Rahmawati., Allenidekania., & Wijarini. (2001). *Identifikasi kebutuhan perawatan mandiri ibu nifas*. Journal keperawatan indonesia. Fakultas ilmu Keperawatan UI.
- Redman, B.K., (2007). *The Practice Patient Education*. 10 th ed. St. Louis: Mosby
- Reeder, S.J. Martin, L. L. & Koniak-Griffin, D. (2011). *Keperawatan maternitas : Kesehatan wanita, Bayi dan keluarga ( terjemahan)* edisi 18, Jakarta. EGC.
- Runiarti, N., Hamid, A.Y.S., & Sabri, L. (2005). *Persepsi perawat, ibu postpartum dan keluarga tentang matri yang prioritas dan metode pemberian edukasi ibu postpartum di RSUP Fatmawati tahun 2005*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Salonen, A., Kaunonen, M., Astedt-kurki, P., Jarvenpaa, A-L., Isoaho, H., & Tarkka, M. (2008). *Development of an internet-based interventian for parents infants*. Journal of Advanced Nursing, 64, 1:60-72
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiawati, S. & Dermawan, A.C.,(2008). *Proses Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Silalahi, Y. F. (2012). *Efektivitas intervensi edukasi postpartum terhadap perubahan PSE pada periode awal postpartum*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis
- Sugiyono, .Prof., Dr. (2012). *Metode penelitian kuantitatif dn kualitatif dan R & D*. edisi 15. Bandung. Alfabet.
- Sulihah, (2001). *Metode Pendidikan Kesehatan*, Jakarta: EGC
- Tomey A. M., Alligood M. R., (2006). *Nursing Theorists and Their Work*, 6<sup>th</sup> edition, St. Louis, Missouri, CV. Mosby Company.
- Wagner, D.L., Bear, M., & Davidson, N.S. (2011). *Measuring Patient Satisfaction With Postpartum Teaching Methods Use by Nurses Within the Interaction Model of Client Health Behavior. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 25, no. 3
- Wong et al. (2009). *Buku keperawatan pediatrik*. Edisi 6, Alih bahasa. Jakarta : EGC

# MODEL PEMBELAJARAN REPRODUKSI SEHAT MELALUI KELOMPOK SEBAYA PADA REMAJA PUTRI

*(Reproductive Health Learning Model Through Adollescent Peer)*

Awatiful Azza\*, Cipto Susilo\*

\*Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.

Email: awatiful.azza@yahoo.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Masalah remaja merupakan kondisi yang perlu diperhatikan dalam pembangunan nasional di Indonesia. Masalah remaja terjadi, karena mereka tidak dipersiapkan mengenai pengetahuan tentang aspek yang berhubungan dengan masalah peralihan dari masa anak ke dewasa. Salah satu masalah yang dihadapi oleh remaja saat ini adalah tentang kesehatan remaja terutama terkait dengan kesehatan reproduksi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif pra eksperimen dengan pendekatan pre – post test design, dengan tujuan menyusun model pembelajaran reproduksi sehat melalui kelompok sebaya di pesantren tradisional dan menganalisis aplikasi dari pembelajaran melalui kelompok sebaya terhadap pengetahuan santriwati tentang reproduksi sehat. Sampel penelitian ini adalah santriwati yang ada di pesantren Gunung Sepikul berjumlah 50 santriwati, dengan tehnik purposive sampling. **Hasil** analisis dengan menggunakan uji *Spearman's rho* didapatkan nilai P value 0,00 dimana nilai tersebut  $\leq$  lebih kecil dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pembelajaran reproduksi sehat melalui kelompok sebaya terhadap pemahaman santriwati. **Diskusi:** Pondok pesantren perlu memberikan kurikulum tentang kesehatan reproduksi agar meningkatkan pemahaman santriwati dalam berperilaku hidup sehat terkait dengan organ reproduksinya.

**Kata kunci:** pesantren, tutor sebaya, kesehatan reproduksi

## ABSTRACT

**Introduction:** Teen problems are conditions that need to be considered in national development in Indonesia. Teenagers problems occur, because they are not prepared regarding knowledge of aspects related to the problem of transition from childhood to adulthood. One of the problems faced by teenagers today is about the health of adolescents, especially related to reproductive health. **Method:** This study uses a quantitative approach pre experiment with pre - post test design, the purpose of research, construction of models of healthy reproductive learning through peer groups in traditional schools and analyze the application of learning through peer group against knowledge female students about reproductive health. The sample was female students in pesantren Gunung Sepikul amounted to 50 female students, with purposive sampling technique. **Result:** of analysis using Spearman's rho test ,P value of 0.00 obtained value where the value is < less than 0.05 so it can be concluded that there is a learning effect of reproductive health through peer groups for knowledge female students. **Discussion:** Boarding schools need to provide curriculum on reproductive health in order to improve the understanding of female students in healthy living behavior associated with reproductive organs.

**Keywords:** boarding school, peer tutors, reproductive health

---

## PENDAHULUAN

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja saat ini menjadi acuan standar tentang perilaku remaja dalam menjaga reproduksinya. Data menunjukkan bahwa kondisi remaja saat ini baik di perkotaan maupun perdesaan tidak jauh berbeda terkait dengan peningkatan perilaku negative terutama dalam hal kesehatan reproduksi. Perilaku negatif yang dimaksud adalah semakin maraknya seks pra-nikah. Namun, menarik dipertanyakan adalah apakah mereka memahami resiko-resiko seksual yang menyertainya? Berdasarkan studi di 3 kota Jawa Barat (2009) tentang penyebab perilaku seks pra nikah adalah remaja putri lebih takut pada resiko sosial (antara lain: takut kehilangan keperawanan/ virginitas, takut hamil di luar

nikah karena jadi bahan gunjingan masyarakat) dibanding resiko seksual, khususnya menyangkut kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya (Iriyanti 2003). Padahal kelompok usia remaja merupakan usia yang paling rentan terinfeksi HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual (PMS) lainnya. Bahkan, dalam jangka waktu tertentu, ketika remaja putri menjadi ibu hamil, maka kehamilannya dapat mengancam kelangsungan hidupnya atau janin yang dikandungnya (Azza 2009).

Di dunia dewasa ini jumlah orang yang terinfeksi HIV/AIDS mencapai 39,4 juta, dari data tersebut perempuan cenderung berpeluang besar tertular HIV/AIDS yaitu sekitar 17,6 juta penderita. Data yang ada di Indonesia menunjukkan jumlah penularan HIV/AIDS

perhari 14 ribu, dan 6.000 kasus dialami oleh perempuan (Hutapea 2003). Data lain dari Dinas kesehatan kabupaten Jember Jawa Timur menetapkan status merah terhadap penyebaran HIV/AIDS. Status ini ditetapkan karena terus meningkatnya penderita HIV/AIDS tiap tahunnya (Azza 2009)

Pada dasarnya, kerentanan perempuan, bukan hanya karena faktor biologisnya, namun juga secara sosial dan kultural kurang berdaya untuk menyuarakan kepentingan/haknya pada pasangan seksualnya demi keamanan, kenyamanan, dan kesehatan dirinya. Kespasipan dan ketergantungan sebagai karakter feminin yang dilekatkan pada perempuan juga melatari kerentanan tersebut. Faktor ekonomi juga mengkondisikan kerentanan perempuan.

Model pembelajaran reproduksi sehat melalui teman sebaya yang tersusun secara sistematis dan sebagai strategi dalam pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk membangun sumber daya generasi muda serta untuk membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya dalam upaya untuk meningkatkan status kesehatan reproduksinya.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan partisipatif yang dilakukan dalam 2 (dua) tahap yaitu; 1) Mengidentifikasi dukungan pengelola pesantren, dan masyarakat tentang kurikulum kesehatan reproduksi di pesantren tradisional dan Menguatkan peran tutor sebaya dalam pembelajaran reproduksi sehat di pesantren tradisional putri dengan menggunakan metoda *Participatory Action Research* (PAR), hasil identifikasi tersebut digunakan untuk menyempurnakan model pembelajaran kesehatan reproduksi melalui teman sebaya 2) dilanjutkan dengan pelaksanaan uji coba model yang komprehensif dan kompleks yang melibatkan seluruh remaja putri serta pengelola pesantren dan pendampingan kelompok sebaya oleh tim peneliti dan pendampingan pelaksanaan model. Selanjutnya peneliti melakukan evaluasi hasil pengembangan model pembelajaran reproduksi sehat yang berkelanjutan untuk peningkatan kesehatan fisik dan sosial bagi remaja putri.

Penelitian ini dilakukan di pondok pesantren tradisional putri di kabupaten Jember yaitu pesantren Miftahul Hasan Gunung Sepikul Pakusari Jember, dengan melibatkan remaja putri di pondok pesantren tradisional

Miftahul Hasan Gunung Sepikul Pakusari kabupaten Jember dengan jumlah 50 orang, pengelola pondok pesantren tradisional dengan jumlah 5 orang. Kegiatan ini dilakukan bekerjasama dengan kementerian agama, dan Dinas Pendidikan Kabupaten Jember.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh secara langsung sebagai sumber data yaitu melalui observasi, kuesioner dan wawancara yang dilakukan kepada remaja putri.

Penelitian ini juga membutuhkan data sekunder. Data sekunder diperoleh dari tokoh masyarakat, pengelola pondok pesantren melalui hasil *Focus Group Discussion* (FGD), selain itu peneliti juga membutuhkan sumber lain yang relevan dengan kebijakan serta program terkait dengan kesehatan reproduksi remaja. Data sekunder yang dikumpulkan meliputi: 1) Pemahaman pengelola pesantren tradisional tentang kurikulum kesehatan reproduksi dalam pendidikan pesantren, 2) Peran serta masyarakat dalam mendukung pembelajaran reproduksi sehat di pesantren tradisional, 3) Peran pemerintah Daerah (kementerian agama dan dinas pendidikan) dalam mendukung pemberian edukasi tentang kesehatan reproduksi bagi remaja.

Terkait kebijakan pemerintah tentang kesehatan reproduksi, maka peneliti melakukan identifikasi dan analisa data pada dinas kesehatan kabupaten serta dinas sosial.

Pada Pelaksanaan penelitian, 50 sampel santriwati dibagi menjadi 5 kelompok dengan masing-masing kelompok terdiri dari 10 santriwati. Selanjutnya tiap kelompok ditunjuk satu sebagai tutor bagi kelompoknya. Peneliti memberikan kuesioner kepada seluruh sampel sebelum perlakuan dan kemudian dilanjutkan dengan pelatihan tutor oleh peneliti untuk bisa menjadi tutor bagi kelompoknya. Tutor yang dipilih adalah santriwati yang cakap, mudah bergaul, mampu menyampaikan informasi dan mempunyai wawasan yang luas. Selanjutnya pelaksanaan tutor sebaya tentang kesehatan reproduksi berlangsung selama 1 bulan dengan pendampingan peneliti. Dan setelah itu peneliti membagikan kuesioner untuk dilakukan analisis setelah tindakan pada 50 sampel.

Pengolahan dan analisa data yang diperoleh baik secara dokumenter maupun dari lapangan dianalisa secara kuantitatif dan kualitatif. Untuk mengetahui pengaruh teman sebaya terhadap pemahaman santriwati di pesantren tentang kesehatan reproduksi analisis

yang dilakukan dengan menggunakan uji *sperman Rho*. Sedangkan untuk temuan data melalui FGD dianalisis secara kualitatif.

**HASIL**

Data tentang usia pertama kali santriwati di pesantren Miftahul Hasan mengalami *menarche* berdasarkan kuesioner pada sampel didapatkan bahwa dari 50 sampel, sebagian berusia 12 tahun (50%). Jika dilihat dari rentang usia santriwati yang berada di pondok pesantren Miftahul Hasan berkisar antara 11-16 tahun dan kebanyakan santriwati berusia 14 tahun yaitu sebanyak 18 santriwati (36 %). Lama santriwati berada di pesantren berkisar antara 1-4 tahun, dari data penelitian ditemukan bahwa sebagian santri berada di pesantren selama 3 tahun (50%). Ada tiga katagori pengetahuan yang berdasarkan analisis terhadap responden yitu pengetahuan baik, cukup dan kurang. Hasil cross tabulasi pada kelompok sebelum diberi perlakuan didapatkan bahwa pengetahuan santriwati adalah 20% pengetahuan baik, 68% pengetahuan sedang dan 12% pengetahuan kurang. Untuk pengetahuan pada kelompok setelah diberi perlakuan didapatkan Pengetahuan baik 70%, pengetahuan cukup 20% dan pengetahuan kurang 10%.

Hasil uji menggunakan *Spearman's rho* menunjukkan nilai 0,00 dimana nilai tersebut

lebih kecil dari 0,05 sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada pengaruh pembelajaran reproduksi sehat terhadap pemahaman santriwati. Berdasar temuan tersebut maka model pembelajaran reproduksi sehat menjadi penting untuk diterapkan di pesantren tradisional. Untuk keeratan hubungan atau koefisien korelasi pada penelitian ini didapatkan bahwa berada pada 0,627 artinya berada pada korelasi yang tinggi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pengetahuan santriwati 62,7 % dipengaruhi oleh tutor sebaya, dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain.

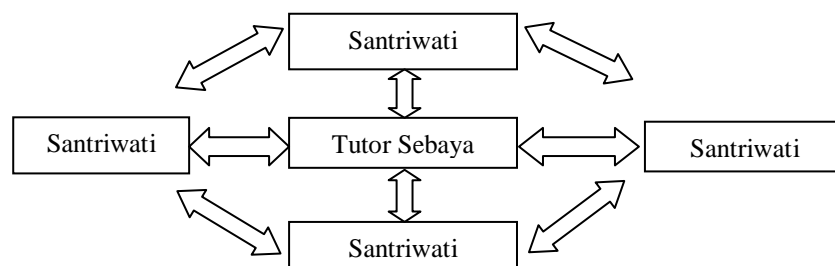
**PEMBAHASAN**

Kesehatan reproduksi menyangkut proses, fungsi dan system reproduksi pada seluruh tahap kehidupan. Untuk mendapatkan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab memerlukan bimbingan moral yang baik (Crow 2004). Dalam kaitannya pemasyarakatan kehidupan reproduksi yang sehat dibutuhkan tidak hanya kekuatan lembaga (melalui tokoh), namun juga sangat ditentukan ketepatan materi yang disampaikan, cara penyampaian dan kepada siapa materi itu disampaikan. Santri di pesantren merupakan remaja yang membutuhkan pengetahuan serta pendidikan mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi.

Tabel 1. Pengetahuan sebelum dan sesudah pembelajaran reproduksi sehat di Pesantren Miftahul Hasan

			Pengatahuan sebelum	Pengetahuan sesudah
<i>Spearman's rho</i>	Pengatahuan sebelum	<i>Correlation Coefficient</i>	1.000	.627**
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.	.000
		N	50	50
	Pengetahuan sesudah	<i>Correlation Coefficient</i>	.627**	1.000
		<i>Sig. (2-tailed)</i>	.000	.
		N	50	50

\*\**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*



Gambar 1: Model pembelajaran reproduksi sehat melalui tutor sebaya di pesantren Miftahul Hasan Jember

Hasil penelitian di pesantren salaf ini menunjukkan bahwa pembelajaran kesehatan reproduksi ini kebanyakan hanya diberikan melalui media kitab kuning. Pembelajaran seksualitas melalui media kitab kuning lebih banyak memberikan pendidikan normatif syari'ah, akhlak dan belum terkait dengan kesehatan reproduksi. Pembelajaran seksualitas lewat kitab kuning ini diberikan kepada santri dengan materi seksualitas dan kesehatan reproduksi melalui kitab Risalatul Mahid. Materi-materi yang dijelaskan dalam kitab Risalatul Mahid yaitu sebagian besar membahas mengenai haid, nifas dan wiladah serta cara bersucinya setelah mengalami haid, nifas ataupun wiladah. Di dalamnya juga dijelaskan mengenai tata cara hubungan suami istri tetapi hanya dijelaskan garis besarnya saja.

Data tentang dukungan pengelola pesantren didapatkan melalui kegiatan wawancara dengan ustadz dan pimpinan pesantren, serta melalui diskusi dalam kegiatan FGD. Hasil temuan peneliti didapatkan gambaran bahwa sistem pembelajaran yang ada dalam pondok pesantren tradisional mempunyai keunikan dibandingkan dengan sistem yang diterapkan dalam pendidikan pada umumnya. Tidak ada kurikulum baku yang dikembangkan dalam pesantren tradisional atau salaf. Masing-masing pesantren diberi kewenangan untuk menyusun kurikulum sesuai kebutuhan santriwati. Penelitian yang dilakukan di tempat pondok pesantren salaf ini menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda tentang pengelolaan pesantren, yaitu: 1) memakai sistem tradisional yang mempunyai kebebasan penuh dibandingkan dengan sekolah modern, sehingga terjadi hubungan dua arah antara santri dan kiyai; 2) kehidupan di pesantren menempatkan semangat demokrasi karena mereka praktis bekerja sama mengatasi problema non-kurikuler mereka; 3) para santri tidak mengharap penghargaan kependidikan yaitu perolehan gelar dan ijazah, karena sebagian besar pesantren tidak mengeluarkan ijazah, sedangkan santri dengan ketulusan hatinya masuk pesantren tanpa adanya ijazah tersebut. Hal itu karena tujuan utama adalah mencari keridhaan Allah Swt dan ilmu untuk diamalkan.

Namun ada temuan yang berbeda dengan pesantren Miftahul Hasan, pengelola pesantren memberikan kebebasan santrinya untuk

mengikuti kegiatan ujian paket C, karena sesuai dengan tuntutan kebutuhan santri setelah keluar dari pesantren, yaitu: a) sistem pondok pesantren mengutamakan kesederhanaan, idealisme, persaudaraan, persamaan, rasa percaya diri, dan keberanian hidup; b) pembelajaran kesehatan reproduksi selama ini dipelajari di media kitab kuning; c) hal-hal yang telah dipelajari lebih banyak memberikan pendidikan normatif syari'ah, akhlak dan belum terkait dengan kesehatan reproduksi. Pembelajaran seksualitas lewat kitab kuning ini diberikan kepada santri dengan materi seksualitas dan kesehatan reproduksi melalui kitab Risalatul Mahid. Materi-materi yang dijelaskan dalam kitab Risalatul Mahid yaitu sebagian besar membahas mengenai haid, nifas dan wiladah serta cara bersucinya setelah mengalami haid, nifas ataupun wiladah. Di dalamnya juga dijelaskan mengenai tata cara hubungan suami istri tetapi hanya dijelaskan garis besarnya saja. Hasil FGD pengelola pesantren bersama masyarakat menunjukkan bahwa pengelola pesantren setuju dimasukkan pembelajaran kesehatan reproduksi, namun harus di sampaikan dengan pendekatan yang santun dan tidak terlalu vulgar. Selama ini santri belum mendapatkan materi khusus tentang kesehatan reproduksi. Santriwati hanya mendapatkan pelajaran kesehatan reproduksi berdasar tinjauan hukum Islam.

Kelompok sebaya adalah sekelompok siswa yang telah tuntas terhadap bahan pelajaran, memberikan bantuan kepada siswa yang mengalami kesulitan dalam memahami bahan pelajaran yang dipelajarinya. Bantuan belajar oleh teman sebaya dapat menghilangkan kecanggungan. Bahasa teman sebaya lebih mudah dipahami selain itu dengan teman sebaya tidak ada rasa enggan, rendah diri, malu, dan sebagainya, sehingga diharapkan siswa yang kurang paham tidak segan-segan untuk mengungkapkan berbagai kesulitan yang dihadapinya (Desmita 2009).

Tutor sebaya merupakan salah satu strategi pembelajaran untuk membantu memenuhi kebutuhan peserta didik. Ini merupakan pendekatan kooperatif bukan kompetitif. Rasa saling menghargai dan mengerti dibina diantara peserta didik yang bekerjasama. Pondok pesantren memiliki karakteristik unik dari lembaga-lembaga



pendidikan lainnya, dan karakteristik ini tidak dimiliki oleh lembaga pendidikan lain selain pesantren. Ada beberapa metode pengajaran yang diberlakukan di berbagai pesantren, diantaranya adalah: Sorogan, Wetan/Bandungan, Halaqoh, Hafalan, Hiwar, Bahtsul Masa'il, Fathul Kutub, dan Muqorohah (Nurhasannah 2006) Dalam perkembangannya santri belajar dengan menggunakan banyak sumber (Dian 2010).

Dalam proses pendidikan kesehatan reproduksi di pesantren, ustadzah bukan satu-satunya sumber yang dapat dijadikan pedoman oleh santri. Hal ini berarti santri harus mandiri, tidak tergantung dan tidak mengandalkan materi pendidikan kesehatan reproduksi dari ustadzah semata. Dengan memanfaatkan berbagai sumber belajar yang tersedia santri berusaha aktif mencari sumber belajar yang berkaitan dengan materi pendidikan kesehatan reproduksi. Metode pembelajaran tutor sebaya mampu meningkatkan pemahaman santri tentang kesehatan reproduksi secara mandiri dan lebih bertanggung jawab.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Pesantren tradisional merupakan pendidikan non formal yang mempunyai andil cukup besar dalam membantu meningkatkan kecerdasan bangsa. Tidak adanya kurikulum yang baku tentang kesehatan reproduksi menyebabkan sebagian besar santriwati belum mendapatkan pemahaman yang benar tentang kesehatan reproduksi, selama ini mereka hanya mempelajari kesehatan reproduksi berdasar pada tinjauan agama. Pengetahuan santriwati sebelum dilakukan pembelajaran reproduksi

sebagian besar cukup dan setelah dilakukan pembelajaran reproduksi sehat di pesantren Miftahul Hasan mayoritas menjadi baik. Ada pengaruh pembelajaran reproduksi sehat yang diberikan di pesantren tradisional terhadap pemahaman santriwati.

### Saran

Perlu kerjasama lintas program dan sektor dalam meningkatkan sosialisasi kesehatan reproduksi pada remaja baik di lingkungan umum maupun di pesantren. Perlu diberikan penguatan bagi pengelola pesantren agar pembelajaran kesehatan reproduksi menjadi materi yang disampaikan di pesantren tidak hanya dari tinjauan agama, namun juga tinjauan bio-psiko dan sosial.

## KEPUSTAKAAN

- Azza, A., 2009. *Beban Perempuan penderita HIV/AIDS dalam perspektif Gender*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.
- Crow, 2004. *Educational Psychology*. American Book Company, New York.
- Desmita, 2009. *Model Teman Sebaya sebagai media pembelajaran*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Dian, 2010. *Pondok pesantren dalam perspektif pendidikan Islam Indonesia*. Skripsi. STAIN Jember.
- Hutapea, R., 2003. *No Title*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Iriyanti, 2003. *No Title*, Jakarta: EGC.
- Nurhasannah, 2006. *Pola Pendidikan Pesantren: Studi Terhadap Pesantren se-Kota Pekanbaru*. Fakultas Tarbiyah dan Keguruan UIN Suska Riau.

# Ners Journal Jurnal Ners

Volume 11 Nomor 2 Oktober 2016

- Psychological Well Being in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Mulyorejo Public Health Center Surabaya
- Development of Nursing Diagnosis and Intervention Instrument Based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC)
- Early Marriage Factor Based On Transcultural Nursing Theory In Desa Kara Kecamatan Torjun Sampang
- Role Attainment Ibu dalam Kompetensi Pemberian MP – ASI dengan Pertumbuhan Bayi 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Jogoloyo Jombang
- Pengembangan Model Kompetensi Kepemimpinan Kepala Ruang sebagai Upaya Peningkatan Motivasi dan Kinerja Perawat Pelaksana (Studi Kasus: Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram, Nusa Tenggara Barat)
- Perception of Indonesian Nursing Students Regarding Caring Behavior and Teaching Characteristics of Their Clinical Nursing Instructors
- Persepsi Ibu Postpartum yang Menyusui dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Suatu Studi Ethnography pada Suku Jawa
- Kinerja Bidan dalam Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak
- Correlation Between Pornographic Media and Influence of Peers with Unsafe Sexual Behavior in Adolescent of South Sumatera
- Systemic Lupus Erythematosus: Correlation between Precipitating Factors of Symptom and Preventive Behavior towards the Exposures
- Poor Financial Support And Lack Of Knowledge, And Neglect Among Female Elders Who Lived In Extended Families
- Peran Ayah dalam Keberhasilan Program Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi yang Lahir Secara Sectio Cesaria
- Kompetensi Perawat dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa
- Role of Care Giver Stimulation on Toddler's Language Development in Day Care
- Efek Mie Pisang Dan Sukun Terhadap Glukosa Darah Sewaktu Pada Responden Bukan Penderita Diabetes Mellitus (The Effect Of Banana And Breadfruits Noodles On Glucose Levels Of Non Diabetic Mellitus Respondents)
- Improving Psychological Response on Indonesian's Migrant Worker (TKI) Infected by HIV Through Family and Peer Group Support
- Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping pada Odha dengan Pendekatan Teori Adaptasi Callista Roy
- Pengalaman dan Harapan Asuhan Keperawatan Psikososial Masa Nifas Menghadapi Asi Belum Keluar 0-3 Hari Pascasalin
- Efek Zat Aktif Ekstrak Daun Jambu Biji Merah (Psidium Guajava.L) Terhadap Spermatogenesis pada Tikus Putih Jantan (Rattus Norvegicus)
- The Effects of Traditional East Java Indonesia Sirep on Cortisol Level, IFN- $\alpha$  and IL-10 in Folk Home Elderly Disturbed Sleep Needs
- Pengalaman Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa Pasca Pasung
- Community Empowerment Aware of Health Model
- Personality Factor, Self Efficacy and Prevention of Cervical Cancer in Women if Childbearing Age
- The Effectiveness of Nursing Interventions Truncal Control Exercise Against The Upper Limb Function, Balance, and Gait on The Client Post Stroke
- Pendampingan Ibu Hamil Trimester III Meningkatkan Praktek Pemberian Asi dan Status Gizi Balita 0-4 Bulan

Diterbitkan oleh:

Program Studi Ilmu Keperawatan FKp Unair bekerjasama dengan  
PPNI Propinsi Jawa Timur

**Terakreditasi B**

**Nomor: 58/DIKTI/Kep/2013**

Jurnal Ners (Ners. J.)	Vol. 11	No. 2	Hal. 147 - 310	Surabaya Oktober 2016	ISSN 1858-3598
---------------------------	---------	-------	-------------------	--------------------------	-------------------

# KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS MULYOREJO SURABAYA

*(Psychological Well Being In Type 2 Diabetes Mellitus Patients In Mulyorejo Public Health Center Surabaya)*

**Rr Dian Tristiana\*, Kusranto\*, Ika Yuni Widyawati\*, Ah Yusuf\*, Rizki Fitryasari\***

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

Email: diantristiana@fkp.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Hidup dengan penyakit kronis seperti diabetes mellitus tipe 2 akan membuat pasien mengalami perubahan atau ketidakseimbangan antara biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Salah satu aspek psikologi pada pasien dengan Diabetes mellitus tipe 2 adalah kesejahteraan psikologis (PWB). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi deskripsi PWB pada pasien tipe 2 Diabetes mellitus dalam enam aspek PWB dan PWB memfasilitasi dan faktor penghambat pada pasien DM tipe 2. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif pendekatan studi kasus. Subjek penelitian adalah 7 peserta yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terstruktur dan observasi. Analisis data dilakukan dengan analisis tematik. Hasil dan Analisis Penelitian ini dihasilkan 14 tema. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pasien DM tipe 2 mengalami proses transisi dari kondisi sehat dalam kondisi sakit. Proses transisi dimulai dengan respon kehilangan siklus yang mempengaruhi tipe 2 DM pasien untuk kontrol diri dan membuat hak pengambilan keputusan untuk perawatan diri. Pengendalian diri akan membuat tipe 2 pasien DM mampu beradaptasi dan terlibat dengan pengalaman baru yang menjadi kebiasaan baru untuk tipe 2 pasien DM dan akan memfasilitasi tipe 2 pasien DM dalam beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal dan membuat pasien DM tipe 2 memiliki harapan positif dalam hidup mereka. **Diskusii:** Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi staf kesehatan profesional untuk membuat penilaian tentang PWB di DM tipe 2 pasien, perawat diharapkan dapat membantu pasien dalam transisi dengan kondisi DM tipe 2.

**Kata kunci:** psikologis kesejahteraan, tipe 2 Diabetes mellitus, kualitatif

## ABSTRACT

**Introduction:** Living with chronic diseases such as Diabetes mellitus type 2 will make patients experience change or imbalance include biological, psychological, social and spiritual. One of psychology aspects in patients with Diabetes mellitus type 2 is psychological well being (PWB). The purpose of this research was to explore the description of PWB in patients of type 2 Diabetes mellitus in six aspects of PWB and PWB facilitate and inhibitor factors in type 2 DM patients. **Methods:** This research used qualitative design research with case studies approach. The subject of research was seven participants who met the inclusion criteria. Data collection was done by structured interview and observation. Data analysis was done by thematic analysis. **Results:** This study generated 14 themes. The result showed that the process of type 2 DM patients subjected to the process of transition from a healthy condition into ill condition. The transition process started with cyclic lose response which influence type 2 DM patient to self control and make a right decision-making to self care. Self-control would make type 2 DM patients able to adapt and engage with new experiences that become a new habit for type 2 DM patients and will facilitate type 2 DM patients in adapting to the internal and external environment and make type 2 DM patients have a positive hope in their life. **Discussio:** finding in this study would hopefully be beneficial for professional health staff to make assessment about PWB in type 2 DM patients, nurse hopefully can assist patients in transition with the condition of type 2 DM.

**Key words:** psychological well being, type 2 Diabetes mellitus, qualitative

## PENDAHULUAN

Diabetes mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis dengan angka kejadian tinggi dimana WHO memperkirakan penyakit DM akan menjadi epidemi global pada abad 21 dan 70% kasus DM ada di negara-negara berkembang (Tol et al., 2013) termasuk diantaranya adalah negara Indonesia. Diagnosa DM tipe 2 serta banyaknya perawatan yang dilakukan akan menimbulkan perubahan atau ketidakseimbangan yang

meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual pasien serta memberikan dampak pada kehidupan keluarga pasien (WHO, 2014).

Variabel psikologis merupakan hal yang penting karena kepercayaan akan kesehatan, pengetahuan dan perilaku pada pasien DM akan mempengaruhi pasien DM dalam mengontrol penyakitnya (Miley, 1999). Hasil wawancara yang dilakukan pada 18 April 2014 di puskesmas Mulyorejo, didapatkan bahwa 3 dari

4 pasien menyatakan bahwa pasien jenuh dengan rutinitas yang mereka lakukan sehingga menyebabkan pasien tidak patuh dengan pola diet dan aktivitas fisik yang dilakukan. Dua orang pasien mengatakan putus asa dengan penyakit DM yang diderita, terkadang tidak mau makan karena takut dengan komplikasi yang akan terjadi. Seorang pasien mengatakan mengurangi aktivitas berkumpul dengan teman-temannya. Seorang pasien masih belum mau menerima jika dirinya terkena DM.

Perawatan jangka panjang yang harus dijalani pasien DM sangat sulit dikontrol secara efektif, sehingga sangat penting memperhatikan aspek psikologis selain aspek fisik pasien DM tipe 2. *Psychological Well Being* (PWB) merupakan salah satu bagian dari area psikologi positif umum yang disebut sebagai *subjective well being* (SWB) yang merupakan suatu ukuran berfungsi secara positif dalam tingkat individu. Pasien DM tipe 2 yang memiliki PWB yang rendah akan berakibat pada rendahnya tingkat perawatan diri (*self care*) (Peyrot et al., 2005). Tingkat perawatan diri yang rendah akan mengakibatkan peningkatan terjadinya komplikasi (Davis, 2010; Kusnanto, 2013). Menurut WHO, *Psychological Well Being* adalah sebuah appraisal subyektif fungsi seorang individu dalam realisasi-diri (Keyes, 2013). *Psychological Well Being* (PWB) merupakan salah satu bagian dari area psikologi positif umum yang disebut sebagai *subjective well being* (SWB) yang mana merupakan suatu ukuran berfungsi secara positif dalam tingkat individu. Pengukuran PWB akan memberikan petunjuk mengenai apa yang sedang terjadi pada pasien dalam mengelola penyakitnya dan memberikan gambaran pada petugas kesehatan tentang cara pendekatan kepada pasien dalam meningkatkan kontrol (Miley, 1999).

Konsep transisi memiliki kaitan yang erat dengan kesehatan dan *well being* karena mencakup adaptasi proses psikologis yang harus dilakukan oleh pasien (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Transisi dari kondisi sehat ke kondisi sakit pada pasien DM tipe 2 diperlukan untuk keberhasilan manajemen diri pasien DM tipe 2 (McEwen, Baird, Pasvogel, & Gallegos, 2007). Proses transisi tersebut telah dijelaskan oleh Kralik et al (2004) dalam (Jutterstrom, 2013) sebagai sebuah proses yang harus dialami individu untuk mencapai keseimbangan dalam memaknai kehidupan dan pada waktu yang sama mengalami dampak dari penyakit dan

penanganannya. Hidup dengan DM berarti beradaptasi dengan kondisi DM, mengembangkan pola dan beradaptasi dengan perubahan.

*Psychological well being* yang positif tidak muncul dengan sendirinya pada pasien DM tipe 2. Banyak faktor yang mempengaruhi kondisi PWB pasien DM tipe 2. Respon psikologis pasien DM tipe 2 merupakan hal yang subyektif dan unik sesuai pengalaman individu. Proses transisi tiap individu juga merupakan hal yang subyektif, oleh sebab itu peneliti perlu untuk menggunakan penelitian kualitatif untuk menggali PWB pada pasien DM tipe 2 serta faktor apa saja yang mempengaruhi PWB pada pasien DM tipe 2.

## BAHAN DAN METODE

Peneliti ingin mengeksplorasi kondisi PWB pada pasien DM tipe 2 dari subyektivitas partisipan yang menderita DM tipe 2. Pengalaman partisipan bersifat unik sesuai dengan karakteristik partisipan sehingga tidak dapat digambarkan secara kuantitatif. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *case study*.

Alat bantu pengambilan data penelitian pada penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus ini sebagai berikut: pedoman wawancara, catatan lapangan/*field note* (mencatat data yang didapatkan ketika wawancara): seperti ekspresi partisipan dan lainnya dan *recorder*/perekam berupa *voice recorder*. Panduan wawancara pada penelitian ini dikembangkan dari teori *psychological well being* dari Ryff dan berpedoman pada teori transisi Meleis.

Pengambilan data dengan metode triangulasi yaitu wawancara dan observasi. Subyek penelitian yang menjadi partisipan sesuai dengan kriteria inklusi penelitian dan diambil secara *snowball sampling*.

Tahapan analisis data pada penelitian ini menggunakan metode Colaizzi (1978) dalam (Streubert & Carpenter, 2003).

## HASIL

Penelitian ini menghasilkan 14 (empat belas) tema yang dijabarkan sesuai tujuan penelitian. Gambaran kesejahteraan psikologis pasien Diabetes meliitus tipe 2 dapat digambarkan dari tema respons kehilangan, kontrol/kendali diri, pengambilan keputusan, penyesuaian diri, keterlibatan, adaptasi lingkungan, kemampuan berhubungan dengan orang lain dan kesembuhan. Faktor yang

mempengaruhi kondisi kesejahteraan psikologi pasien Diabetes mellitus tipe 2 dapat digambarkan melalui tema dukungan sosial, sumber informasi, pengetahuan, sikap, persepsi dan kepercayaan/keyakinan, ketersediaan sumber daya pribadi, dan layanan kesehatan.

### **Penerimaan diri**

Tema 1: Respon Kehilangan

“.....kadang menerima kadang kalo waktu pas rodok rodok galau yo gitu cik enakee orang yang nggak berpenyakit....” (P7)

“.....dijalani saja mbak...hidup mati kan takdir allah...” (P4)

### **Otonomi (Autonomy)**

Tema 2: Kendali/kontrol pribadi

“iya saya ngatur sendiri (diet)....” (P1)

“.....daripada ngobatin mending saya nggak makan (makanan yang dilarang dokter) wis....” (P3)

“.....kalo bisa saya menjaga sampai akhir hayat saya kalo bisa dijaga....” (P4)

Tema 3: Pengambilan keputusan

“.....saya sendiri sebagai pelakunya saya kan yang tahu diri saya yang lebih saya sendiri... (berkaitan dengan perawatan)...” (P1)

“..... daripada saya mengobati itu lebih lebih baik saya taat...” (P3)

### **Pertumbuhan pribadi (Personal growth)**

Tema 4: Penyesuaian diri

“...trus sekarang saya pegang pokoknya saya kalo makan gini tu gitu jadi saya trus tak buat kunci gitu lho mbak, heheh...kunci tak buat kunci oo berarti aku sekarang sudah lain mungkin...” (P1)

“....makan gorengan orang yang jual itu tapi yo tetep aja nyamilnya itu saya nggak bisa dok saya lebih baik ndak makan pokoknya lebih baik meninggalkan makan daripada meninggalkan nyamilnya itu aku bilang gitu...” (P7)

Tema 5: keterlibatan

“....diibaratkan kayak ikut KB aja kalo saya ikut KB kan setiap hari (minum obat), oo gitu,...” (P4)

“.....dari dulu saya tetap gak bisa merubah pola makan....” (P7)

### **Penguasaan Lingkungan (Environment mastery)**

Tema 6: Adaptasi Lingkungan

“...saya makan pokoknya saya kalo di mantenan gitu saya nggak pernah ngambil mbak...” (P2)

“.... suami saya tak kasih tahu kamu kalo pengen njajan gak popo titipo aku tak nganu aku tak gak, punya panganan sego jagung tak wrap kelopo saya gitu gak pa pa daripada saya sakit mbak jadi saya legowo....” (P1)

### **Hubungan Positif dengan Orang Lain (Positive relation with other)**

Tema 7: Hubungan dengan orang lain

“..... sekarang tambah semangat (kegiatan di luar rumah).....” (P2)

“....kadang gitu heem menyesuaikan heem kalau pas endak gitu (hubungan seks) ya gulanya bagus gitu ya anu santai gitu, pokoknya kudu nyadar.....” (P1)

### **Tujuan Hidup (Purpose of life)**

Tema 8: Harapan

“..... aku tak diet supoyo engko sampe iso jalan-jalan maneh karo cucu ambek anak gitu...” (P1)

### **Faktor Pendorong dan Penghambat**

Tema 9: Dukungan social

“....tambah anak anak ini tambah buk ati ati lho yo iyo hehehe...malah makan ati ati buk biar sehat iya anak anak begitu,...” (P1)

“...dokter nah saya itu dah semangat semangat hidup harus terus saya itu wis ak...saya kalo terasa itu tho ibu ndak boleh (mengibaskan tangan) kepikiran begitu, orang hidup harus semangat ininya...” (P3)

“...Cuma mengingatkan bu ati-ati..” (P2)

“..... setiap bulan tu ada yang mbantu susu ituuu diabetes yang satu bantu anlene....” (P4)

### **Sumber Informasi**

Tema 10: Sumber informasi

“...dokter, heem, dokter,... (informasi yang diperoleh)” (P1)

“....ahli gizi di puskesmas itu suruh makan ini lho apa sego jaguung sego jaguung sudah ya....” (P2)

### **Pengetahuan**

Tema 11: Pengetahuan

“...Makannya itu kalo peraturannya tujuh sendok , jadi kalo pagi ya pagi jam umpamanya

*saya sarapan jam tujuh ya lima jam jadi delapan Sembilan sepuluh (menghitung menggunakan tangan) sepuluh ini snak, heemm jadi nggak boleh makan snek snek lain, jadi nek kalo sudah sarapan ya jam tujuh ya jam sepuluh itu makan roti apa makan apa gitu kalo buah mungkin habis makan nasi nggak pa pa heem tapi sneknya tiga jam sesudah itu tiga jam ya jadi jam tujuh ya lapan Sembilan sepuluh sebelas dua belas lima jam ini makan lagi tapi minum obat dulu heem gitu...” (P1)*

### **Sikap, Persepsi dan Kepercayaan Komitmen**

Pada sub tema komitmen, partisipan menyampaikan komitmennya dalam melakukan perawatan yang diungkapkan melalui transkrip wawancara di bawah ini:

*“...jadi apapun pokoknya saya jalankan perintahnya dokter saya diet gitu aja...” (P1)*

*“...jangan sampe sakit lagi jangan sampe makan makanan yang menimbulkan sakit...” (P3)*

Hal yang sulit dipatuhi

*“.....orang diabetes itu ya emang gejalanya tidak bisa untuk mengendalikan diri dalam hal makan itu ya iya kalo makan makan yang biasa tu utuh nggak tak jamah aku yo ngombe es teh malah es teh apa malah malah penyakit tapi kalo enak enak es teller apa...makan akuu yaa percuma ngombe gak enak nggarai penyakit lah sing enak sisan gitu aku...” (P5)*

### **Strategi meningkatkan kesehatan**

*“...diminumi atau kadang itu minum itu lho mahkota dewa itu bisa, bisa turun...” (P6)*

### **Ketersediaan Sumber Daya Pribadi**

*“...saya sakit itu langsung beli alatnya saya cek sendiri...” (P6)*

*“...didukung kalo misalnya saya minta cek up gitu ya dikasih uang Sembilan ratus tujuh ratus tapi gak mau mengantar...” (P4)*

### **Layanan kesehatan**

*“...dokter umum...” (P2)*

*“...dokter spesialis...” (P3)*

*“...ke puskesmas...” (P7)*

*“...apotek...” (P1)*

*“...rumah sakit...” (P4)*

## **PEMBAHASAN**

### **Respons Kehilangan**

Penelitian ini menemukan bahwa tahapan pada respons kehilangan mulai terjadi saat pasien mendengar diagnosa penyakit DM tipe 2. Tahapan atau fase dari kehilangan ini teridentifikasi terdiri dari lima tahap yaitu menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima. Tahapan ini sama dengan tahapan proses kehilangan yang dikembangkan oleh (Kubler-Ross, 2005) yang terdiri dari lima tahap. Partisipan tujuh telah berada dalam fase penerimaan, namun belum mengakhiri respon kehilangan pada tahap menerima namun perasaan tersebut kembali dirasakan oleh partisipan kembali yaitu pada tahap tawar menawar.

Partisipan tujuh mengalami masalah yang berkaitan dengan kondisi penyakitnya. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian Blaska (1998) dalam (Fitryasari, 2009) tentang “model siklus berduka”, yaitu suatu model dimana mengalami perasaan berduka sesaat namun terus berulang. Mallow dan Betchel (1999) dalam Collins (2008) juga menyatakan hal yang sama yaitu merupakan bentuk berduka kronis, yaitu perasaan berduka yang dialami secara pervasif, permanen, berulang dan terus dialami sepanjang masa. Hal ini sejalan dengan penelitian (Nash, 2014) yang menunjukkan bahwa proses kehilangan berlangsung seumur hidup, pasien yang didiagnosa DM tipe 2 dapat kembali lagi pada tahapan sebelumnya, terjebak pada tahapan menyangkal maupun tahapan lainnya. Partisipan yang masih belum ke tahapan penerimaan masih memiliki tingkat perawatan diri yang rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Schmitt et al., 2014) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat penolakan diagnosa Diabetes mellitus tipe 2 berkaitan erat dengan koping yang rendah, penurunan tingkat perawatan diri, peningkatan distres DM tipe 2 dan penurunan kontrol glikemik.

### **Kontrol Pribadi**

Martin dan Pear (1999) menjelaskan bahwa kontrol diri adalah ketika individu melakukan upaya tertentu yang dapat mengatur lingkungan sekitarnya untuk mengarahkan konsekuensi perilakunya sendiri. Kendali diri diartikan sebagai pengaturan diri

dalam berperilaku (Ningrum & Hasanat, 2010). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kontrol diri yang rendah berhubungan dengan penurunan tingkat kepatuhan terhadap aktivitas dan diet (Hagger, Panetta, Leung, & G.Wang, 2013).

Hasil penelitian (Basyiroh, 2011) menunjukkan bahwa pasien dengan kontrol diri yang baik cenderung lebih mampu mematuhi pengobatan. Empat partisipan mampu mengontrol dirinya dalam hal diet sedangkan ketiga partisipan cenderung tidak mampu mengontrol dirinya sehingga tidak mampu mengatur diet yang dianjurkan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan Hagger *et al* (2013) dan Basyiroh (2011).

### **Pengambilan Keputusan**

Pasien DM tipe 2 yang memiliki kontrol diri maka pengambilan keputusannya juga positif hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dimana kontrol diri mempengaruhi tingkat usaha dalam pengambilan keputusan dalam melakukan suatu perilaku (Evans, Dillon, Goldin, & Krueger, 2011).

Tahapan pengambilan keputusan menurut Simon (1980) dalam Kadarsah (2002) terdiri dari empat tahap yaitu: (1) *Intelligence*, tahap ini merupakan proses penelusuran dan pendeteksian dari lingkup problematika serta proses pengenalan masalah; (2) *Design*, tahap ini adalah proses menemukan, mengembangkan, dan menganalisis alternatif tindakan yang bisa dilakukan. Tahap ini meliputi proses untuk mengerti masalah, menurunkan solusi, dan menguji kelayakan solusi, (3) *Choice*, tahap ini dilakukan proses pemilihan diantara berbagai alternatif tindakan yang mungkin akan dijalankan. Tahap ini meliputi pencarian, evaluasi, dan rekomendasi solusi yang sesuai untuk model yang telah dibuat; (4) *Implementation*, tahap ini adalah tahap pelaksanaan dari keputusan yang telah diambil. Pada tahap ini diperlukan untuk menyusun serangkaian tindakan yang terencana, sehingga hasil keputusan dapat dipantau dan disesuaikan apabila diperlukan perbaikan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dua partisipan sudah dalam tahap implementasi yaitu dengan menerapkan perawatan diabetes. Pasien DM tipe 2 yang memiliki kontrol diri yang baik maka pengambilan keputusannya juga positif hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dimana kontrol diri mempengaruhi

tingkat usaha dalam pengambilan keputusan dalam melakukan suatu perilaku (Evans et al., 2011).

### **Penyesuaian Diri**

Menurut White dalam (Bharatasari, 2008), penyesuaian diri atau disebut juga adaptasi adalah proses penyesuaian terhadap suatu perubahan. Penyesuaian diri pasien DM tipe 2 yang efektif terukur dari seberapa baik seseorang mengatasi perubahan yang terjadi dalam hidupnya. Menurut Haber dan Runyon dalam (Hasibuan, 2010), penyesuaian diri yang efektif adalah dengan menerima keterbatasan yang tidak bisa berubah dan secara aktif memodifikasi keterbatasan yang masih bisa diubah. Keterbatasan yang tidak bisa diubah pada pasien DM tipe 2 adalah kondisi penyakit DM tipe 2 yang diderita. Pasien DM tipe 2 harus melakukan penyesuaian diri yang bisa diubah seperti melakukan perubahan pola makan, aktivitas, obat, kontrol serta perawatan lain sesuai dengan yang dianjurkan dalam perawatan diri pasien DM tipe 2.

### **Keterlibatan**

Perubahan dalam identitas, peran, hubungan, kemampuan dan pola perilaku diharapkan membawa ke dalam perubahan proses internal sama halnya dengan proses eksternal (Tomey & Alligood, 2010). Partisipan yang sudah terlibat dengan perubahan perilaku yang baru menganggap perubahan tersebut sebagai suatu kebiasaan baru. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Graffigna, Barello, Libreri, & Bosio, 2014) yang menyatakan bahwa keterlibatan (*engagement*) memainkan peran penting dalam meningkatkan perilaku kesehatan dan keluaran klinis.

Penyesuaian diri pasien DM tipe 2 yang efektif terukur dari seberapa baik seseorang mengatasi perubahan yang terjadi dalam hidupnya. Menurut Haber dan Runyon dalam Hasibuan (2010), penyesuaian diri yang efektif adalah dengan menerima keterbatasan yang tidak bisa berubah dan secara aktif memodifikasi keterbatasan yang masih bisa diubah. Keterbatasan yang tidak bisa diubah pada pasien DM tipe 2 adalah kondisi penyakit DM tipe 2 yang diderita. Pasien DM tipe 2 harus melakukan penyesuaian diri yang bisa diubah seperti melakukan perubahan pola makan, aktivitas, obat, kontrol serta perawatan

lain sesuai dengan yang dianjurkan dalam perawatan diri pasien DM tipe 2.

### **Adaptasi Lingkungan**

Seseorang yang sehat dapat mengenali kebutuhan personalnya dan juga merasa mampu untuk berperan aktif dalam mendapatkan apa yang diinginkan dari lingkungannya (Keyes, 2005). Partisipan dengan penguasaan lingkungan yang negatif cenderung tidak mampu berperan aktif dalam mendapatkan apa yang diinginkan, partisipan cenderung mengikuti lingkungannya. Pasien DM tipe 2 harus mampu mengatur lingkungan internal dan eksternal agar dapat mendukung perawatan diri terkait penyakit DM tipe 2 yang diderita.

### **Hubungan dengan Orang Lain**

(Ryff, 1989) menggambarkan individu yang memiliki hubungan yang positif dengan orang lain sebagai individu yang memiliki hubungan yang hangat, memuaskan, dan saling percaya satu sama lain, memperhatikan kesejahteraan orang sekitarnya, mampu berempati dan mengasihani serta terlibat dalam hubungan timbal balik. Relasi yang positif dengan orang lain juga menyatakan adanya kepuasan terhadap kontak sosial dan relasi (Keyes, 2005).

Kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak berkaitan dengan diagnosa DM tipe 2. Partisipan tetap mampu berhubungan dengan orang lain walaupun terjadi perubahan emosi yang dirasakan seperti yang diungkapkan oleh partisipan dua dan tujuh. Rasa cepat marah dan tidak mampu mengendalikan diri setelah didiagnosa DM tipe 2 diungkapkan oleh partisipan tujuh, namun partisipan masih bisa berhubungan baik dengan orang lain. Kondisi hubungan dengan orang lain, adanya konflik dan masalah antara pasien DM tipe 2 dengan orang lain yang mempengaruhi pasien DM tipe 2 dalam melakukan perawatan diri.

### **Harapan**

Seligman (2005) dalam (Maghfirah, 2013) menyatakan bahwa optimisme dan harapan memberikan daya tahan yang lebih baik dalam menghadapi depresi ketika musibah terjadi di masa depan. Individu dikatakan memiliki tujuan dalam hidup dan perasaan terarah, merasakan makna dan tujuan dari kehidupan yang sedang dan telah dilaluinya serta mempunyai tujuan hidup.

Kondisi transisi adalah keadaan yang mempengaruhi cara seseorang melalui sebuah proses transisi. kondisi transisi ini diartikan sebagai faktor pendorong dan penghambat proses transisi. Kondisi transisi ini mencakup faktor personal, faktor komunitas, atau faktor sosial yang mungkin memfasilitasi atau menghambat proses transisi dan hasil yang sehat. Dalam penelitian ini didapatkan faktor internal dan eksternal seperti dukungan sosial, sumber informasi, pengetahuan, sikap, nilai dan keyakinan, ketersediaan sumber daya pribadi, dan layanan kesehatan. Indikator hasil yang akan dicapai berupa kondisi PWB yang baik yang diartikan sebagai pencapaian suatu keterampilan peran dan kenyamanan dengan perilaku yang diperlukan dengan situasi yang baru. Keperawatan terapeutik yang diharapkan dalam penelitian ini yaitu kemampuan perawat dalam pengkajian kesiapan dan persiapan proses transisi pasien DM tipe 2.

Dukungan sosial merupakan bentuk interaksi antar individu yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis melalui terpenuhinya kebutuhan akan afeksi serta keamanan. Hasil penelitian Yuan et al (2009) dalam (Antari, Rasdini, & Triyani, n.d.) Dukungan sosial dapat berperan meningkatkan kualitas hidup pada penderita Diabetes mellitus tipe 2 dengan meregulasi proses psikologis dan memfasilitasi perubahan perilaku. Bentuk-Bentuk Dukungan Sosial menurut Sarafino (2002) dalam (Pudner, 2005) yaitu: 1) Dukungan emosional yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Dukungan emosional merupakan ekspresi dari afeksi, kepercayaan, perhatian, dan perasaan didengarkan. Kesediaan untuk mendengar keluhan seseorang akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan, membuat individu merasa nyaman, tenteram, diperhatikan, serta dicintai saat menghadapi berbagai tekanan dalam hidup mereka; 2) Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung, dapat berupa jasa, waktu, atau uang. Misalnya pinjaman uang bagi individu atau menghibur saat individu mengalami stres. Dukungan ini membantu individu dalam melaksanakan aktivitasnya; 3) Dukungan informatif mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, informasi atau umpan balik. Dukungan ini membantu individu mengatasi masalah dengan cara memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap



masalah yang dihadapi. Informasi tersebut diperlukan untuk mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara praktis. Dukungan informatif ini juga membantu individu mengambil keputusan karena mencakup mekanisme penyediaan informasi, pemberian nasihat, dan petunjuk; 4) dukungan persahabatan mencakup kesediaan waktu orang lain untuk menghabiskan waktu atau bersama dengan individu, dengan demikian akan memberikan rasa keanggotaan dari suatu kelompok yang saling berbagi minat dan melakukan aktivitas sosial bersama.

### **Sumber Informasi**

Peran sumber informasi adalah meningkatkan pengetahuan pasien. Pengetahuan dan informasi dapat memotivasi pasien untuk mencari perawatan yang tepat dan menginspirasi pasien melakukan sesuatu yang berkaitan dengan penyakitnya (Kiberenge, Ndegwa, & Muchemi, 2010).

### **Sikap, Persepsi dan Kepercayaan**

Green dalam Nursalam (2013) menjelaskan faktor-faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan norma.

Kegagalan untuk mematuhi seharusnya tidak semata-mata disalahkan pada pasien, karena kepatuhan adalah produk dari perilaku dalam kaitannya dengan pengobatan, perilaku penyedia perawatan kesehatan, serta kondisi lingkungan dimana pasien dan penyedia bekerja secara individual dan bersama-sama. Kepatuhan harus dilihat sebagai akhir produk dari hubungan yang dibangun atas hormat, partisipasi aktif dan kemitraan antara pasien dan perawatan kesehatan profesional, yang tidak melibatkan paksaan atau manipulasi dari salah satu pihak (Melastuti, 2013). Kamaluddin (2009) juga menjelaskan ada beberapa faktor yang bisa mempengaruhi kepatuhan pasien diantaranya faktor pendidikan, konsep diri, pengetahuan pasien, keterlibatan tenaga kesehatan dan keterlibatan keluarga. Diperlukan kerja sama antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan untuk tetap memberikan dukungan kepada pasien agar pasien mempunyai motivasi dalam meningkatkan kepatuhan.

### **Ketersediaan Sumber Daya Pribadi**

(Cumming & Mays, 2011) mengungkapkan bahwa kemampuan individu membayar biaya pelayanan dan pemeliharaan kesehatan akan mempengaruhi bagaimana mereka menggunakan pelayanan kesehatan. Penelitian serupa juga sejalan dengan (Clark & Utz, 2014) yang menyatakan bahwa biaya berkaitan dengan manajemen diabetes yang dilakukan oleh pasien DM tipe 2.

### **Layanan Kesehatan**

Beberapa alasan memilih layanan kesehatan adalah dari faktor biaya, kelengkapan sarana pemeriksaan dan jarak tempuh serta keramahan petugas kesehatan. Komunikasi antara pasien dengan petugas kesehatan juga mempengaruhi pemilihan sarana kesehatan oleh pasien DM tipe 2.

### **Integrasi Hasil Penelitian pada Model Teori Transisi Meleis**

Transisi dari kondisi sehat ke kondisi sakit akan mempengaruhi pasien Diabetes mellitus tipe 2. Suatu proses transisi dipengaruhi oleh faktor pendorong dan faktor penghambat dalam transisi itu sendiri. Suatu proses transisi diawali dengan tipe dan pola transisi, dimana dalam penelitian ini diartikan sebagai perubahan dari kondisi sehat dan sakit yaitu diagnosa penyakit DM tipe 2. Perubahan tersebut menyebabkan suatu respons terhadap kondisi transisi yaitu suatu respons kehilangan kondisi sehat dimana setiap orang memiliki respons yang berbeda.

Kondisi transisi adalah keadaan yang mempengaruhi cara seseorang melalui sebuah proses transisi. kondisi transisi ini diartikan sebagai faktor pendorong dan penghambat proses transisi. Kondisi transisi ini mencakup faktor personal, faktor komunitas, atau faktor sosial yang mungkin memfasilitasi atau menghambat proses transisi dan hasil yang sehat. Dalam penelitian ini didapatkan faktor internal dan eksternal seperti dukungan sosial, sumber informasi, pengetahuan, sikap, nilai dan keyakinan, ketersediaan sumber daya pribadi, dan layanan kesehatan. Indikator hasil yang akan dicapai berupa kondisi PWB yang baik yang diartikan sebagai pencapaian suatu keterampilan peran dan kenyamanan dengan perilaku yang diperlukan dengan situasi yang baru. Keperawatan terapeutik yang diharapkan dalam penelitian ini yaitu kemampuan perawat

dalam pengkajian kesiapan dan persiapan proses transisi pasien DM tipe 2.

## SIMPULAN DAN SARAN

Pasien dengan DM tipe 2 akan mengalami proses transisi dari kondisi sehat ke kondisi sakit yang akan mempengaruhi kesejahteraan psikologisnya. Sejak awal mengetahui diagnosa terkena DM tipe 2, pasien DM tipe 2 akan mengalami respons kehilangan melalui lima tahapan yaitu menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima. Perasaan kehilangan ini kembali terjadi secara fluktuatif dan berulang meskipun pasien DM tipe 2 telah mencapai tahapan menerima yaitu pada saat pasien DM tipe 2 menemui suatu keadaan yang menyebabkan kembali perasaan kehilangan tersebut.

Pasien dengan DM tipe 2 dalam mencapai kondisi PWB yang positif dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berupa pengetahuan, sikap, nilai dan kepercayaan, ketersediaan sumber daya pribadi. Faktor internal ini berasal dari diri pasien DM tipe 2 sendiri serta dari keluarga. Faktor eksternal berupa dukungan sosial, sumber informasi, dan layanan kesehatan.

Secara umum dapat disimpulkan, bahwa seluruh tema yang didapat dari penelitian ini dapat dijelaskan dalam teori transisi Meleis. Seseorang yang didiagnosa penyakit DM tipe 2 memerlukan suatu proses transisi agar mencapai suatu keterampilan peran dan kenyamanan dengan perilaku yang diperlukan dengan situasi yang baru. Proses transisi ini diawali oleh adanya dasar transisi yaitu tipe transisi yang berupa diagnosa penyakit DM tipe 2, kondisi transisi yang berupa faktor pendorong dan penghambat proses transisi, pola respons pasien DM tipe 2 yang merupakan cara pasien memajemen diri dalam melakukan perubahan serta indikator hasil yang berupa kesejahteraan psikologis (PWB) yang positif.

Pihak puskesmas sebagai tempat pasien DM tipe 2 melakukan pemeriksaan terutama perawat hendaknya menyediakan waktu untuk melakukan pengkajian terkait perubahan yang akan dilakukan oleh pasien DM tipe 2 sejak awal dilakukan diagnosis hingga mencapai tahap pencapaian yang ingin dicapai. Peran petugas kesehatan cukup penting dalam proses penyesuaian diri pasien DM tipe 2 yaitu dengan membantu pasien DM tipe 2 dengan memberikan edukasi tentang kondisi penyakit kronis yaitu DM tipe 2 dan menjelaskan bahwa

perawatan diri merupakan suatu proses penyesuaian diri dimana pasien secara bertahap akan terlibat. Petugas kesehatan juga sebaiknya mengkaji prioritas seseorang dan menemukan cara agar prioritas itu dapat sejalan dengan perawatan diri yang akan dilakukan oleh pasien DM tipe 2.

Pendidikan ilmu keperawatan diharapkan mampu memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai topik bahasan dalam kelas maupun praktik di masyarakat secara langsung. Proses transisi diperlukan oleh pasien dengan penyakit kronis yaitu DM tipe 2 untuk mencapai kondisi pencapaian penuh dan keterampilan yang optimal. Perawat dapat mengembangkan pendekatan psikologis pada pasien yang baru didiagnosa DM tipe 2 serta mendampingi proses transisi hingga pasien DM tipe 2 dapat mandiri melakukan perawatan diri.

Peneliti disarankan juga menggali lebih jauh lagi hubungan antara penerimaan diri pasien DM tipe 2 dengan kontrol diri, proses aktivasi pasien DM tipe 2 hingga terjadi *engagement* perawatan diri, dimensi-dimensi *engagement* pada pasien DM tipe 2, waktu yang diperlukan pasien DM tipe 2 untuk melalui tahapan kehilangan, melakukan adaptasi dengan perilaku baru, waktu yang diperlukan pasien DM tipe 2 dalam proses *engagement, perceived support* yang dirasakan oleh pasien DM tipe 2 terhadap kondisi PWB dan kepatuhan mengikuti perawatan diri.

Metodologi penelitian yang telah digunakan dalam penelitian ini disarankan untuk lebih ditingkatkan untuk menambah variasi data penelitian yang diperoleh. Terutama dalam hal penetapan sampel seperti keluarga pasien, lingkungan sekitar pasien serta petugas kesehatan.

## ETHICAL CLEARANCE

Penelitian ini telah menerima ethical approval oleh komisi etik penelitian kesehatan fakultas kesehatan masyarakat universitas airangga Surabaya No 421-KEPK

## KEPUSTAKAAN

Antari, G. A. A., Rasdini, I. G. A., & Triyani, G. A. P. (n.d.). *Besar Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Kualitas Hidup Pada Penderita DM tipe 2 di Poliklinik Interna RSUP Sanglah*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

- Retrieved from portalgaruda.org
- Basyiroh, A. N. (2011). *Hubungan antara kontrol diri dengan kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 di rsud dr. Moewardi surakarta.*
- Bharatasari, T. A. (2008). *Strategi Koping Pengidap Diabetes Mellitus.*
- Clark, M. L., & Utz, S. W. (2014). Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. *World J Diabetes, 5*(3), 296–304.
- Cumming, J., & Mays, N. (2011). New Zealand's Primary Health Care Strategy: early effects of the new financing and payment system for general practice and future challenges. *Health Economics, Policy, and Law, 6*(1), 1–21. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990260>
- Davis, M. (2010). *Psychological aspects of Diabetes Management.* UK: Elsevier.
- Evans, A. M., Dillon, K. D., Goldin, G., & Krueger, J. I. (2011). Trust and self-control: The moderating role of the default. *Judgement and Decision Making Journal, 6*(7), 697–705.
- Fitryasari, R. (2009). *Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anak dengan Autisme di Sekolah Kebutuhan Khusus Bangun Bangsa Surabaya.* Universitas Indonesia.
- Graffigna, G., Barello, S., Libreri, C., & Bosio, C. A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. *BMC Public Health, 14*, 648.
- Hagger, M., Panetta, G., Leung, C.-M., & G.Wang, G. (2013). Chronic Inhibition, Self-Control and Eating Behavior: Test of a 'Resource Depletion Model. *Ploss One.*
- Hasibuan, C. (2010). *Penyesuaian Diri Penderita Komplikasi Diabetes.*
- Jutterstrom, L. (2013). Illness integration, self-management and patient-centred support in type 2 diabetes. Sweden: Umea University. *Dissertation.*
- Keyes, C. L. (2005). Gender and Subjective Well Being in The United States: From Subjective Well Being To Complete Mental Health. In K. V. Oxington (Ed.), *Psychology of Stress* (pp. 1–15). New York: Nova Science Publishers.
- Keyes, C. L. (2013). Gender and Subjective Well Being in The United States: From Subjective Well Being To Complete Mental Health. In Kimberly V. Oxington (Ed.), *Psychology of Stress* (pp. 1–15). New York: Nova Science Publisher.
- Kiberenge, M. W., Ndegwa, Z. M., & Muchemi, E. W. (2010). Knowledge, attitude and practices related to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal.*
- Kubler-Ross, E. (2005). On Grief and Grieving: Finding The Meaning of Grief Through The Five Stages of Loss. Retrieved August 20, 2014, from [www.proquest.umi.com](http://www.proquest.umi.com)
- Kusnanto. (2013). *Pengembangan Model Self Care Management-Holistic Psychospiritual Care Terhadap Respon Holistik Penderita Diabetes mellitus Tipe 2.* Dissertation. Universitas Airlangga.
- Maghfirah, S. (2013). Optimisme Dan Stres Pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Florence.*
- McEwen, M., Baird, M., Pasvogel, A., & Gallegos, G. (2007). Health-illness transition experiences among Mexican immigrant women with diabetes. *Fam Community Health, 30*(3), 201–12.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci, 23*(1), 12–28.
- Miley, W. (1999). *The Psychology of Well Being.* British: Praeger Publisher.
- Nash, J. (2014). Understanding the psychological impact of diabetes and the role of clinical psychology. *Journal of Diabetes Nursing, 18*(4), 137–142.
- Ningrum, R. P., & Hasanat, N. (2010). Dinamika Regulasi Diri Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. In *First National Conference on Biopsychology* (pp. 235–246).
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoeks, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E.

- (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine*, 1379–1385.
- Pudner, R. (2005). *Nursing The Surgical patients* (2nd ed.). Elsevier.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1069–1081.
- Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermans, N. (2014). Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabetic Medicine*.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing The Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tol, A., Baghbanian, A., Mohebbi, B., Shojaeizadeh, D., Azam, K., & Esmaeeli, S. (2013). Empowerment Assessment and Influential Factors Among Patients with Type 2 Diabetes. *J Diabetes Metab Disord*.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work* (7th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- WHO. (2014). Diabetes: the cost of diabetes. Retrieved March 28, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>

# PENGEMBANGAN INSTRUMEN DIAGNOSIS & INTERVENSI KEPERAWATAN BERBASIS *STANDARDIZED NURSING LANGUAGE* (NANDA-I, NOC, NIC)

*(Development of Nursing Diagnosis & Intervention Instrument Based on Standardized Nursing Language (Nanda-I, NOC, NIC))*

**Diana Rachmania\*, Nursalam\*, Esti Yunitasari\***

\*Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Email: widiana1925@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Dokumentasi keperawatan yang sesuai standar bahasa keperawatan (*Standardized Nursing Language*), masih merupakan masalah di dalam profesi perawat, khususnya keseragaman dalam penggunaan bahasa diagnosa dan intervensi keperawatan. Dibutuhkan suatu instrumen untuk bisa menghasilkan dokumentasi diagnosis dan intervensi yang baik. Tujuan dari penelitian adalah menyusun pengembangan instrumen diagnosis dan intervensi keperawatan berbasis *Standardized Nursing Language* (NANDA-I, NOC, NIC). **Metode:** Desain penelitian ini adalah *action reserach* dilaksanakan dalam 2 tahap. Populasi tahap 1 adalah 16 partisipan dan 9 sampel. Partisipan dan sampel dipilih dengan tehnik *purposive sampling* dengan partisipan sebanyak 15 dan sampel 7. Populasi tahap 2 adalah 13 partisipan dan 8 sampel. Partisipan dan sampel dipilih dengan tehnik *purposive sampling* dengan partisipan sebanyak 13 dan sampel 8. Analisa data menggunakan analisis deskriptif, analisis statistik *Product Moment Pearson Correlation* untuk uji validitas dan *cronbach alpha* untuk uji reliabilitas. **Hasil:** Pengembangan instrumen diagnosis dan intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan hasil kegiatan FGD dinyatakan valid dan reliable. **Diskusi:** Setiap Rumah Sakit diharapkan selalu rutin dalam mengevaluasi instrumen diagnosis dan intervensi keperawatan yang sesuai standar dan kebijakan yang berlaku agar tercipta dokumentasi keperawatan yang berkualitas

**Kata Kunci:** Standardized Nursing Language, NANDA-International, Nursing Outcomes Classification, Nursing Interventions Classification

## ABSTRACT

**Introduction:** Nursing documentation appropriate standards of nursing language (*Standardized Nursing Language*), was still a problem in the nursing profession, especially uniformity in using nursing diagnoses and interventions language. Instrument were needed to produce a good quality of nursing diagnosis and intervention's documentation. The purpose of the research was to develop nursing diagnosis and interventions instrument based on the *Standardized Nursing Language* (NANDA-I, NOC, NIC). **Methods:** This study was *action reserach* carried out in 2 phases. The population of phase 1 were 16 participants and 9 samples. Participants and samples selected by *purposive sampling* techniques with participants were 15 and samples were 7. The population of phase 2 was 13 participants and 8 samples. Participants and samples selected by *purposive sampling* technique with participants were 13 and samples were 8. Analyze data using descriptive analysis, statistical analysis using *Pearson Product Moment Correlation* for validity test and *Cronbach alpha* for reliability test. **Results:** Development of nursing diagnostic and interventions instruments, that was formulated based on *Focus Group Discussion*, declared valid and reliable. **Discussion:** Each hospital was expected to always routinely evaluate the nursing diagnosis and interventions instrument as a standard and policies in order to create a quality nursing documentation

**Keywords:** Nursing Diagnosis, Nursing Intervention, Standardized Nursing Language, NANDA-International, Nursing Outcomes Classification, Nursing Interventions Classification

## INTRODUCTION

Documentation appropriate with standards nursing language was still a problem in the nursing profession, especially uniformity in using nursing diagnoses and nursing interventions language. In order to produce a good nursing documentation, need to be supported with good quality of nursing instrument . The phenomena that often occurs is nursing documentation instrument especially nursing diagnoses and nursing interventions instrument is still not in accordance with the

rules of *Standardized Nursing Language* (NANDA-I, NOC, NIC) one of which occurred in *Amelia Pare Hospital*.

The use of the language contained in the nursing diagnosis instrument in *RS Amelia Pare* were less appropriate to the use of language in *NANDA-I* (*North America Nursing Diagnoses Association- International*), writing outcomes and action plans on nursing interventions instrument was already there, but it was still not fully describe all activities performed by nurses in planning actions. It was also necessary that an instrument need to be

standardized in common nursing language usage among nurses with nurse one another so as to create a good communication process which was reflected from the nursing documentation process contained in RS Amelia Pare.

Data collection on the nursing documentations in Teratai room RS Amelia Pare conducted by researchers at the date of October 4, 2015 by interview and observation. The NUM of Teratai Room said that actually nurses knew that their task after implementation was documented, but only certain things such as TTV, injection drug delivery, and other routine activities that documented in nursing instrument. Result of interviews with four from the 13 nurses (30%), that the four nurses said that they had not much time to write in the instrument that has been provided for the number of actions that must be done to the patient instead of writing on the existing format/instrument. Documentation that has not been completed by a nurse is a diagnosis and intervention, nursing implementation, and evaluation. The results of observations conducted by researchers of the diagnosis and intervention instruments that contained a check list format that facilitates nurses in selecting appropriate nursing diagnoses. But there are not appropriate with NANDA-I nursing diagnoses. One sheet format consists of a variety of purposes and no nursing outcomes and the action plans mixed together with one another diagnosis that made care plan was less specific and less complete.

Nursing documentation seized almost 50% of his time nurse per shift (Gugerty et al, 2007). Most nurses in the clinical order, did not do a complete documentation. The reason why nurses did not do nursing documentation was most nurses prefer to spend their time to perform actions on the patient and not documenting it. Factors of employment, training and workload according to Siswanto, MH., Hariyati, TS., (2013) was a factor that can affect the completeness of the documentation of nursing. Work environment, high workload, and the difficulty of changing time format documentation contributes to lack of quality of nursing documentation (Okaisu, E.M., Kalikwani, F., Wanyana, G. & Coetzee 2014)

The concept of the solutions developed in this research was to develop nursing diagnoses and interventions instruments based on the Standardized Nursing Language (SNL) in a format in the form of check list (√) in patients with cases Diabetes Mellitus in order to facilitated nurses in filling nursing diagnoses

and interventions instrument and efficiency time of nursing care. Nursing diagnosis instrument was made according to the NANDA-I (North America Nursing Diagnoses Association- International), and for nursing interventions, nursing outcome according to the NOC (Nursing Outcomes Classification), and the selection of action plans according to the NIC (Nursing Interventions Classification). The benefits of the use of standardized languages was to improve communication between nurses and other health care providers and patients, increase the visibility of nursing interventions, and improving data collection to evaluate the results of nursing care (Rutherford 2008) The strategy was increased knowledge and skills of nurses through socialization and training, as well as the practice of changing instrument nursing documentation in accordance standardized nursing language.

Development of nursing diagnosis and intervention instrument based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) was expected to improve the quality of nursing diagnosis and interventions. Based on the description that had been described previously so it need to be develop nursing diagnosis and intervention instrument based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC).

## **MATERIALS AND METHODS**

Design research was action research conducted in two phases. The first phase was the preparation of nursing diagnosis and intervention instrument so that the instrument developed valid and reliable, supported by statistical analysis using Pearson Product Moment Correlation test to determined the validity and Cronbach alpha test to determined the reliability and descriptive analysis. Phase two was the process of socialization and training in the used of instruments so that the nurses were able to use the nursing diagnosis and interventions instrument based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC). Descriptive analysis was used to determined the frequency distribution of each sub-category variable.

The population of the first phase of activities FGD consists of a field of nursing, nursing committee, NUM and the nurses. Participants in the focus group were selected based on purposive sampling technique. Participants in the FGD amounted to 15. The population of the first phase to test the validity and reliability is a nurse and the selection of

the sample using purposive sampling technique gained 7 nurses. The population of the second phase that used to evaluate the capability of nurses in the charging nursing diagnoses and intervention instrument based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) was a nurses at Teratai Room and the selection of the sample using purposive sampling technique gained 8 nurses. The population of the second phase for FGD activities consist of nursing, nursing committee, NUM and the nurse at Teratai Room. Participants in the focus group were selected based on purposive sampling technique. Participants in the FGD amounted to 13 participant.

Variables in this research was the development of nursing diagnosis and intervention instruments based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC). Phase 1 consisted of standard nursing diagnostic evaluation and assessment of nursing interventions used in hospital Amelia, drafting nursing diagnosis and intervention instrument through FGD (Focus Group Discussion), to test the validity and reliability of the instrument diagnosis and nursing interventions. Phase 2 consisted of filling training instruments based nursing diagnosis and intervention Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC), the evaluation of the ability of the nurse in charge of instruments and recommendations resulting from the study.

Data processing at one phase consists of a descriptive analysis of the results of the evaluation standards for diagnosis and assessment of nursing interventions used in hospital diagnosis Amelia and drafting instruments and nursing interventions through FGD (Focus Group Discussion). Inferential analysis was carried out to test the validity with Pearson Product Moment Correlation test to determine the validity and Cronbach alpha test to determine the reliability of the provisions of the table  $r = 0.754$  (by 7 respondents). The data processing phase 2 is done with descriptive analysis to determine the frequency distribution of each sub-category variable.

## RESULTS

### Results & Analysis Research phase 1

Characteristics of 15 participants FGD is almost part of the participants (33%) were aged > 40 years, the entire pastisipan (100%)

were women, almost half of the participants (46%) working time > 15 years, most of the last education is D3 of Nursing, and all participants (100%) is a permanent employee. This shows that the FGD participants is included in the category of productive age, with work experience long enough so that it can give an idea of the needs of the instrument nursing documentation in accordance with the conditions in each room.

Seven characteristics of the respondents, almost half of respondents (42%) aged > 31-35 years, all respondents (100%) were women, almost half of respondents (42%) work between 5-10 years old, most of the last education is D3 of Nursing, and all respondents (100%) is a permanent employee. It showed that the respondents to the category of productive age, work experience long enough at more than 5 years can be used as a benchmark of the validity and reliability of the instrument. The evaluation results of observation nursing diagnosis and interventions instrument used in the Teratai Room Amelia Pare Hospital were judged by the standards of nursing care was quite appropriate nursing diagnoses and nursing intervention instruments appropriate nursing interventions pretty standard.

Recommendations from FGD about the structure of the nursing diagnosis and nursing interventions instrument based on standardized nursing language that was be applied at Teratai Room that participants agree with the arrangement of the instruments presented by researchers was the formulation of nursing diagnoses according NANDA International with selection check list according to the standard formulation of nursing diagnosis is composed of problem, etiology, symptomp for actual and problem diagnosis, etiology for the diagnosis of risk with check list format. Nursing intervention instruments used in accordance with the NOC (Nursing Outcomes Classification) and NIC (Nursing Intervention Classification) with a check list format. Results validity and reliability of the nursing diagnosis and interventions based standardized nursing language (NANDA-I, NOC, NIC) as follows:

Table 1. The validity of the nursing diagnoses Instrument

No	Nursing Diagnosis	R hitung Uji corellation <i>pearson's product moment</i>	R table (N=7)	Conclution
1	Soal no 1	r : 0,767	0,754	Valid
2	Soal no 2	r : 0,910	0,754	Valid
3	Soal no 3	r : 0,910	0,754	Valid
	Rata-rata r hitung	r : 0,862	0,754	Valid

Table 1 shows that the validity of the Test results with SPSS to test Pearson's product moment correlation by 7 respondents, with r table was 0.754. All the items about the

nursing diagnosis instruments that tested by Pearson's product moment correlation with r count > r table so that the item is declared

Tabel 2. The validity of nursing interventions instrument

No	Intervensi keperawatan	R hitung Uji korelasi <i>pearson's product moment</i>	R tabel (N=7)	Kesimpulan
1	Soal no 1	r : 0,959	0,754	Valid
2	Soal no 2	r : 0,767	0,754	Valid
3	Soal no 3	r : 0,959	0,754	Valid
4	Soal no 4	r : 0,959	0,754	Valid
	Rata-rata r hitung	r : 0,911	0,754	Valid

Tabel 3. The reliability of nursing diagnoses and interventions instrument

No	Instrumen	Hasil Uji <i>cronbach alpha</i>	R tabel (N=7)	Kesimpulan
1	Nursing diagnoses	$\alpha$ : 0,862	0,754	Reliabel
2	Nursing interventions	$\alpha$ : 0,875	0,754	Reliabel

### Results and Analysis Research phase 2

8 Characteristics of the respondents, the majority of nurses (50%) were aged 26-30 years, mostly female (62%), the majority of nurses (50%) had a working time of 1-5 years, all respondents (100%) last education is D3 nursing, and all respondents are permanent employees (100%). It shows that age is still relatively young, with the last D3 nursing education is expected to receive a new science properly so as to apply the instrument developed by researchers well.

Characteristics of participants FGD stage 2 that almost half of the participants (33%) were aged > 40 years, the entire pastisipan (100%) were women, almost half of the participants (46%) working time > 15 years, most of the last education is D3 of Nursing, and the whole participants (100%) is a permanent employee. This shows that the FGD participants is included in the category of productive age, with long work experience.

Socialization and training of the charging instrument-based nursing documentation Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) in the RS Teratai Amelia Pare held on 13 April 2016 in two phases with a total participant 47. Broadly speaking, the participants were able to accept material submitted by researchers. Training is conducted by nurses in hospitals Lotus Lounge Amelia's practice of charging instruments based nursing diagnosis and intervention Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC). The instrument has been developed for patients with a medical diagnosis of Diabetes Mellitus, so the nurse assigned to document nursing care in patients with Diabetes Mellitus. One nurse in charge of documenting a patient with Diabetes Mellitus in which the documentation is completed in a single shift. This process takes place from the date of 14 April-29 April, 2016

The instrument has been developed for patients with a medical diagnosis of Diabetes Mellitus, so the nurse assigned to document nursing care



in patients with Diabetes Mellitus. One nurse in charge of The results of the evaluation of the ability of nurses in the application of nursing diagnoses and interventions instruments based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) Show that the ability of respondents in filling nursing diagnosis instrument as a whole (100%) was good, the ability of respondents in filling nursing intervention instrument majority (75%) is good. The Evaluation of the ability of nurses in the application of nursing diagnoses and interventions instruments based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) at the Teratai Room shows that the ability of respondents in filling nursing intervention instrument majority (75%) is good.

Recommendations FGD phase 2, is necessary to record a list of nursing diagnoses in patients with Diabetes Mellitus to assist in a language that has been standardized, the formulation of nursing interventions in accordance with the NOC and NIC, where the target score outcome can be modified with lists the normal standard of the best conditions of the patient and also for the interventions activity need to be made in full either act independently or collaborative actions, should be evaluated on a regular basis regarding the use of language standards of nursing and nursing interventions in accordance with the standards applicable at any given moment.

Results of research findings to shape the development of the nursing diagnosis instrument based on the research that nursing diagnoses associated with causal factors for actual nursing diagnosis and risk factors for the nursing diagnosis risk in accordance languages NANDA-International, nursing diagnoses were made in accordance with the authority of nurses.

Form of nursing interventions instrument that had been developed based on the research process, namely destinations care plan is only a target date for the achievement of goals and are the outcome of the desired target can be measured using a scale according to the NOC, the action plan drawn up to resolve the issue based on nursing diagnoses of patients, the action plan in the form of a sentence instruction, concise, easily understandable language firm with appropriate NIC.

## DISCUSSION

### **Evaluation of The Implementation of Documentation Standards in Nursing Care in Teratai Room Amelia Hospital Pare Kediri**

The result evaluation of observation nursing diagnoses and interventions instrument that used in Teratai Room Amelia Hospital Pare were judged by the standards of nursing care based on Departement of Health standard. The result show that nursing diagnosis is quite appropriate standard because nursing diagnosis is still not linked to the causes of the gap and meet the needs of patients. Nursing diagnoses has been created by a nurse under the authority of nurses, nursing diagnosis actual still using one statement diagnoses, should have at least 2 statements diagnoses to actual nursing diagnosis that is labeled as a problem and explain the factors related to the etiology. nursing interventions instrument quite match the standard because there are goals that are specific and measurable, but no time limit is realistic in the goals, action plan already exists but mixed into one coloumn between the plan and purpose of some nursing diagnoses so it is unclear boundary between the action plan one with an action plan on the other nursing diagnosis, plan of action in the form of sentences instructions, quick, firm with the language easily understandable.

### **Development Nursing Diagnoses and Interventions Instrument Based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC).**

Recommendations from FGD about the structure of the nursing diagnosis and nursing interventions instrument based on standardized nursing language that will be applied at Teratai Room, that participants agree with the arrangement of the instruments presented by researchers is the formulation of nursing diagnoses according to the NANDA International with selection check list according to the standard formulation of nursing diagnosis is composed of problem, etiology, symptomp for actual and problem diagnosis, etiology for the diagnosis of risk with check list format. Nursing intervention instruments used in accordance with the NOC (Nursing Outcomes Classification) and NIC (Nursing Intervention Classification) with a check list format.

The composition of the format used in the study of nursing diagnosis is composed of

"nursing diagnoses" relates to "causes /related factors" is marked with "symptoms / defining characteristics". In the medical record has been based electronics, sometimes do not include the component "related factors" and "symptoms". However should need also to be noted that component in order to support the nursing diagnoses. Without such data it is impossible to verify the accuracy of the nursing diagnosis that affects the quality of nursing care (Herdman & Kamitsuru 2015). Planning is part of the organizing phase of the nursing process as a guide to direct the actions of nursing in an effort to help, relieve, solve problems or to meet the needs of clients (Setiadi 2012).

Researchers develop nursing diagnoses and interventions instrument based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) based on the results of FGD and based on the theory described in the preceding paragraph. The instrument has been designed by researchers presented and offered to the participants. In accordance with the expectations of the nurses who want their diagnosis and nursing intervention instrument which is simple, easy to use, according to the theory and efficient.

### **Analysis of the validity and reliability**

Table 1 shows the test results of Pearson Product Moment Correlation average value of r count validity of the instrument diagnosis 0,862 > 0.754, which means valid. Table 2 shows the Pearson Product Moment Correlation average value of r count validity intervention instruments 0,911 > 0.754, which means valid. Table 3 indicating the hasil IJI cronbach alphas dengan count r diagnosis and intervensi instruments are 0.862 and 0.875 > 0.754 declared reliable.

The principle of the preparation of the instrument according to Nusalam, (2013) that the validity and reliability. The principle is the validity of measurements and observations imply reliability principle instrument in collecting data. The instrument must be able to measure what should be measured.

Good instrument instrument is tested for validity and reliability. Therefore, in the drafting process is very important to pay attention to the content of the instrument is able to measure what should be measured, and the results of these measurements are able to provide accurate information. A total of 7

respondents employed researchers in measuring the validity and reliability of the instrument to deliver results that truly significant

### **Dissemination and Training of The Development of Nursing Diagnoses and Interventions Instruments Based on Standardized Nursing Language**

Dissemination and training of the development of nursing diagnoses and interventions instruments based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) in Amelia Hospital Pare went smoothly and was held on 13 April 2016 attended by 47 participants in two stages.

Training is preparation to improve the competence and skills of staff, promotion to leadership performance improvement (Danim 2008) Indicators training methods can be viewed below (Hasibuan 2005) interest or interest on the method used; 2) harmonization of training activities with the sustainability of activities on the ground; 3) facilities adequate practice space; 4) The timeliness with trainees.

Socialization activities carried out as many as two stages in order to facilitate nurses in Teratai Room, who was on duty in the morning shift. In ethics and responsibility, it is not possible to require all nurses to follow socialization Teratai Room at a time where the nurse had to leave the patient who is being treated in the room. The existence of such training is expected to increase the knowledge of nurses about the standard language and its application.

### **Evaluation of the ability and the opinion of nurses regarding application of nursing diagnoses and intervention based on Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC)**

The ability of respondents in filling nursing diagnosis instrument as a whole (100%) was good, the ability of respondents in filling nursing intervention instrument majority (75%) is good. Evaluation should have clear objectives, in accordance with the objectives set in the program. (Potter, P 2011).

Basically the development of nursing diagnoses and interventions instrument is not new for nurses. Every day nurses are faced with the activity. Therefore, it is possible in spite of the new information on how to fill out the instrument documentation with a new format, is not a difficult thing to be applied. In

reality the respondents were able to fill up easily and smoothly instruments developed.

### Recommendations

Recommendations FGD phase 2, to the Amelia Hospital is necessary to record a list of nursing diagnoses in patients with Diabetes Mellitus to assist in the preparation of Standar Nursing with a language that has been standardized, the formulation of nursing interventions in accordance with the NOC and NIC, where the target score outcome can be modified with lists the normal standard of the best conditions of the patient and also for the manufacture activity interventions need to be made in full either act independently or collaborative actions, should be evaluated on a regular basis regarding the use of language standards of nursing and nursing interventions in accordance with the standards applicable at any given moment.

### CONCLUSIONS & SUGGESTIONS

#### Conclusions

Recommendations outcomes of the Focus Group Discussion (FGD) in the development of instrument-based nursing documentation Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) in the Lotus room Amelia Pare hospital in the form of a check list that nursing diagnosis instrument based on NANDA-International, intervention nursing by NOC and NIC. Instruments of diagnosis and intervention, based nursing Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) are valid and reliable. Training charging instrument-based nursing documentation Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) in RS Amelia Pare went smoothly and was held on 13 April 2016 attended by 47 participants in 2 stages. Application of instrument-based nursing diagnosis and intervention Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) in the Lotus room Amelia Pare Hospital showed that the ability of the nurse in charge of nursing diagnosis instrument either wholly (100%), and nursing interventions most (75%) either. Recommendations outcomes of the Focus Group Discussion (FGD) on the instrument nursing documentation that nursing documentation standard evaluation instruments need to be observed on a regular basis and can be developed according to the policies in force at any given moment.

### Suggestion

The nursing committee to begin record nursing diagnosis has ever appeared in any room so he could begin to formulate the nursing care based on the Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC, NIC) so as to produce formulation of nursing care in the form of check list and in accordance with the standards, as well as facilitate the nurse in the filling. For further research needs to be done research on the effectiveness of using the target score ourcome compared with normal data usage for the accuracy of data on nursing interventions made by the NOC

### REFERENCES

- Danim, S., 2008. *Kinerja Staf dan Organisasi*, Bandung: Pustaka setia.
- Hasibuan, M.S., 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia* revisi., Jakarta: Bumi aksara.
- Herdman & Kamitsuru, 2015. *Nursing Diagnoses; definition and classification 2015-2017* Tenth edit., uk: Wiley Blackwell.
- Nusalam, 2013. *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Okaisu, E.M., Kalikwani, F., Wanyana, G. & Coetzee, M., 2014. Improving the quality of nursing documentation: An action research project', Curationis. Available at: Art. #1251, 11 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1251>. [Accessed October 6, 2015].
- Potter, P, & P., 2011. *Basic nursing* Ed. 7th., Canada: Mosby Elsevier.
- Rutherford, M., 2008. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? Available at: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN) [Accessed October 10, 2015].
- Setiadi, 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siswanto, MH., Hariyati, TS., S., 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Available at: <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/aticle/view/5> [Accessed October 1, 2015].



# PERNIKAHAN DINI BERBASIS TRANSKULTURAL NURSING DI DESA KARA KECAMATAN TORJUN SAMPANG MADURA

*(Early Marriage Based on Transcultural Nursing Theory in Kara Village Sampang)*

Esti Yunitasari\*, Retnayu Pradanie\*, Ayu Susilawati\*

\*Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Kampus C Jl Mulyorejo Surabaya, Telp. 031 5913754

Email: esti-y@fkip.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Kasus pernikahan usia dini banyak terjadi di berbagai penjuru dunia dengan berbagai latarbelakang. Pernikahan pada usia dini cenderung berdampak negatif dari segi pendidikan, sosial, ekonomi, psikologis, fisik, dan terutama bagi kesehatan reproduksi perempuan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan pernikahan dini berbasis Teori Transcultural Nursing di Desa Kara Kecamatan Torjun Sampang. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain diskriptif analitik dengan jenis cross sectional. Sampel penelitian ini adalah wanita yang menikah pada Januari 2015-Februari 2016 di Desa Kara Kecamatan Torjun Sampang sebanyak 39 orang. Pemilihan sampel dilakukan dengan cara purposive sampling. Variabel bebas penelitian ini adalah pengetahuan, budaya, dukungan keluarga, ekonomi, teknologi dan variabel terikat adalah pernikahan dini. Data diperoleh dengan menggunakan kuisioner. Analisis data menggunakan uji chi square dengan tingkat signifikansi  $\alpha < 0,05$ . **Hasil:** Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan yang signifikan antara faktor budaya ( $p=0,013$ ), faktor dukungan keluarga ( $p=0,001$ ), faktor ekonomi ( $p=0,040$ ), dan faktor teknologi ( $p=0,002$ ) dengan pernikahan dini sedangkan faktor pengetahuan tidak berhubungan dengan pernikahan dini yang terjadi di Desa Kara. **Pembahasan:** Sehubungan dengan hasil penelitian ini, diharapkan upaya dari pihak-pihak terkait untuk memberikan pendidikan kesehatan yang diikuti oleh remaja yang belum menikah untuk mencegah pernikahan dini.

**Kata kunci:** pernikahan dini, Pengetahuan, Budaya, dukungan Keluarga, Ekonomi, dan Teknologi

## ABSTRACT

**Introduction:** The early-age marriage is still happened in the world with many reasons. Early marriage has many negative impacts on education, social, economic, psychological, and reproductive health. The purpose of this study is to analyze the factors of early marriage based on Transcultural Nursing theory. **Methods:** Design used in this research was cross-sectional approach. The sampel was women who got married between January 2015 and February 2016. The 39 sample respondents were chosen by purposive sampling technique. The independent variables in this study were knowledge, culture, family suport, economic, technology and the dependent variable was early marriage. The data were collected by using questionnaire and analyzed by using chi square test. **Results:** The results showed significant correlation between cultural factor ( $p=0.013$ ), family support factor ( $=0,001$ ), economic factor ( $p=0,040$ ), and technology factor ( $p=0,002$ ) with early marriage, while knowledge factor have not significant correlation with early marriage. **Discussion:** By the result of this study, it was expected there will be some actions together with relevant parties to give health education for adolescent who has married yet to prevent early marriage.

**Keywords:** early marriage, knowledge, culture, support family, economic, and technology.

## INTRODUCTION

The age of married for women is one of the factors that affect the health status of mothers and children. According to the national family planning agency (BKKBN) determine the ideal age for girls to get marry considering the medical and psychological condition is after the age of 20 years while for male is 25 years old above, because at this age the reproductive system can function properly. Initial data collection from the religious affairs office in the village of Torjun in January to February 2016 showed data that there were 41% of women married before the age of 21 years. Sixty nine of 218 women in Kara, 69 were married and 34 of them were married before the age of 20 years. It means that the

early marriages presentation in Kara is still very high. Thus, it is important to investigate the factors associated with early marriage based on Transcultural Nursing theory in Torjun village Sub district Kara, Sampang Madura.

Data from BPS (2013) showed that the number of women aged 10 years and under 17 years in East Java on 2011-2013 was 26.33%. The number of early marriage is still high in Bondowoso (53.26%), Situbondo (51.54%), Probolinggo (48.09%), Sumenep (45.08%), and Sampang (43.33%). Those caused by various factors such as cultural factors, economics, technology and knowledge. Desiyanti (2015) said that other factors that influenced early marriage is parents support. Parents have

authority to delay the marriage of their children. Reproductive health problems began with sexual activity. Early marriage could be a matter of reproductive health because the earlier age, the longer time span for reproduction (Riskasdas 2013).

Early marriage has many consequences on education, health, economic, and family harmony. Girls who married before 20 have increased risk of school drop out. Early marriage of young females have a risk in reproductive health and also counts for the consequences of early pregnancy and increasing maternal mortality (Noviyanti, W. & Trihandini 2013). This is in line with research conducted by Sarwono in Lestari 2013 said that of women who married before the ideal age tend to have health problems: the reproductive organs are immature causes uterine contractions, the reproductive period is longer trigger the risk of cervical cancer, anemia in pregnancy causes low birth weight, and complication during pregnancy.

According to BKKBN (2012) cultural factors are still the main reason that caused early marriage among girls in East Java. The cultural dimension in Madura is still very strong makes analysis of the problem with the transcultural approach is needed. Effort to identify factors associated with early marriage in the Madurese community can use the transcultural theory because of early marriage in the Madurese community is a culture or habit that carried on from generation to generation.

**MATERIAL & METHODS**

Design used in this research was cross-sectional approach. The samples were 39 women who got married from January 2015 until February 2016. The samples were chosen by purposive sampling technique. The independent variables in this study were knowledge, culture, family support, economic, technology and the dependent variable was early marriage. The data were collected by using questionnaire and analyzed by using chi square test. This research was conducted for 4 days, on 25-26 June 2016 and 2-3 July 2016.

Instruments used in the form of a questionnaire drawn from research instruments by Priyanti (2013), Kharimaswati (2014) and Arika (2013). The questionnaire consist of 10 questions about knowledge (the definition of early marriage, the ideal age to get married, the

impact of early marriage), culture (values and norms of early marriage, social interaction communities, tradition early marriage in the community), family support (emotional, cognitive, and material), economic (family income), technology (access to information technology, access media massa and the press, and access to electronic tools and environment). The data were then analyzed using statistical test Chi Square  $\alpha \leq 0,05$  level of significance.

**RESULT**

Socio-demographic characteristics of the samples shown that almost (51.3%) of respondents were 20-35 years, and majority they were married on aged under 20 years old (66.7%). Early marriage has the risk of complications during pregnancy because of the immature reproductive organs. Most respondents had junior high school education background (64.1%), only 1 respondents finished higher education and 33.3% respondents classified as having a low education level. Background of education is one of the internal factors that can affect a person's decision making. Education is one of the main factors that determine the quality of life, the higher education level, the smaller intention to get married at an early age. On job categories, majority of respondents were housewives (69.2%) and and the others were farmers and private sector worker.

Table 1 The correlation between knowledge and early marriage evidence in Kara, Madura

Knowle dege	Early Marriage				Total	
	No		Yes		$\Sigma$	%
	f	%	F	%		
Lack	2	5.1	6	15.4	8	20.5
Enough	3	7.7	7	17.9	10	25.6
Good	8	20.5	13	33.3	21	53.8
Total	13	33.3	26	66.7	39	100.0

Uji *chi square* p = 0.773  
Coefficient contingency = 0.114

Table 2. Correlation between culture belief with early marriage evidence Kara

Culture	Early Marriage				Total	
	No		Yes		$\Sigma$	%
	f	%	F	%		
Embarace	3	7.7	17	43.6	20	51.3
Not Embarace	10	25.6	9	23.1	19	48.7
Total	13	33.3	26	66.7	39	100.0

Uji *chi square* p = 0.013  
Coefficient contingency = 0.371

Tabel 3 Assosiations family support with early marriage based on *transcultural nursing* in Kara, Sampang

Family support	Early marriage				Total	
	No		Yes		Σ	%
	F	%	F	%		
Support	3	7.7	20	51.3	23	59.0
Not support	10	25.6	6	15.4	16	41.0
Total	13	33.3	26	66.7	39	100.0

Uji *chi square* p = 0.001  
Coefficient contingency = 0.459

Table 4 Assosiations of economics and early marriage based on *transcultural nursing* in Kara, Sampang

Economics	Early marriage				Total	
	No		Yes		Σ	%
	F	%	F	%		
Less	11	28.2	26	66.7	37	94.9
More	2	5.1	0	0	2	5.1
Total	13	33.3	26	66.7	39	100.0

Uji *chi square* p = 0.040  
Coefficient contingency = 0.312

Majority respondents have low economic level (94.9%), and those who married at early age were 26 people (66.7%), while no respondents with upper middle income who married at early age.

Assosiations of technology and early marriage based on transcultural nursing showed that 16 respondents (41%) in the less categories of use of technology and 15 respondents (38,5%) were married at early age.

**DISCUSSION**

The number of women who married at early age is greater than women who married in ideal age. That is because there are several factors that support women to choosed to married earlier. These factors include knowledge, culture, family support, economic, and technology. Knowledge influenced by education, mass media or information, socio-cultural, family support, environment, experience, and age (Rahmawati, 2010) .

Basd on the results of this study, knowledge is not related to early marriage because there were other factors that more influence early marriage decision. According to Leininger (2002) educational background have an impact on the absorption of information. Someone who has a higher education will also have a good knowledge. Knowledge without a good education would enable women choose the wrong decision.

Different educational levels will affect different behavior in the decision to marry or not. Some people who do not continue their education to higher levels tend to be productive so that a woman will decide to get married early (Qibtiyah, 2014). But women who have a good knowledge will not necessarily be married at the ideal age, because there are several other factors such as social support and support for families who have a strong influence on the decision of a woman to get married early. This is also reinforced by the theory of Leininger (1991) say that family support is very influential on a person's knowledge. High family support will affect a person's knowledge to be good because there is family support elements in the cognitive support which many families on these elements provide guidance, advice, and counsel. A good knowledge alone is not enough if the family support to get early marriage.

Cultural aspect in the community has a strong influence on early marriage. The result showed the relationship between culture with early marriage. Individuals as social beings can not be separated from the environment in which they live by the norms and customs that are always binding, for example is weddings (Syairwan, 2015). Cultural factors that influence most in this study lies in the values and norms of early marriage developed in the community. This is evident from the respondents' answers when completing the questionnaire almost respondent agree with the prevailing belief is better to early get married than dating. There isi Paradigm miss understanding the religion that is speeding up the wedding to avoid promiscuity and adultery reinforces early marriage. The results also supported by research conducted by Rusiani 2013 obtained the fact that people do because it follows the tradition of early marriage, it is because the tradition is still strong. Community interest did early marriage is influenced by the environment around the dwelling and desires of the individuals themselves.

According to the theory of Leininger's Transcultural Nursing stated that the behavior, values, beliefs and groups based on their individual needs must be taken to ensure that the nursing care provided effective and satisfactory. Culture early marriage in Kara Village community if it continues will be harm in health status, so that health providers as

nurses as care giver should seek common cultural restructuring their culture.

Family support have an important role in early marriage. According Desiyanti (2015) mentions the factors that influenced early marriage is the role of parents in this regard have contributed greatly to the decision of child marriage. Parents have the authority to delay the age of marriage. Family support related to early marriage because of family support will influence a child's decision to get married at an early age. According Daryanto (1998) in Firanika (2010) prevailing belief in the family as well as the role of parents in decision-making in the family contributed to the women's age at first marriage. In Undang Undang Pernikahan Chapter II Article 6 confirms that to enter into marriage of a child who has not attained the age of 21 years must obtain permission from both parents. Although it has been allowed to get married, the role of parents are needed to guide, help, and gave permission to all its responsibilities.

Results of research conducted by Rahmawati (2010) showed that the decision to marry can not be separated from the influence of parents or family, within tribe Osing decision making girls to marry much share the parents in it even still exist that all the decisions on the parents so that the child must follow their parents in terms of marriage.

In this study economics associated with early marriage. A person with poor economic conditions were more likely to marry at an early age due to marry soon expected to raise the degree of economic family (Faaulina, 2014). Economic motive behind parents decided to marry off their children in the hope of reducing the financial burden of families because, when his son married the life of the child borne by the husband. The level of the poor economy will encourage early marriage. The results of the study by the Center for Research on population BKKBN in 2011 which stated that the economic factor is the most dominant factor for age at first marriage, especially in rural areas with married then there is help parents to work in the fields in order to harvest more abundant

Existing technology in society also influence early marriage. Technology is one of the cultural dimension that can affect a person's health in this case relates to one's perception of the use and utilization of technology to manage health problems

(Leininger, 1978). Utilization HP with various features to provide ease in finding information but besides that it also had a negative impact and positive impact. Technological factors associated with early marriage, namely access to the mass media and the press. Data analysis can show that of the respondents at the time of filling the questionnaire majority of respondents answered never get counseling about early marriage and most respondents answered that widespread exposure to sex in the media led to increasingly attract attention to prefer to get married. The mass media is also a factor that affects a person to behave. Access to information obtained indirectly can make them behave over the information acquired .

According Qibtiyah (2014) received information capable of affecting the public mindset. Almost every day the public was treated to the spectacle television that tells the story of early marriage, dating, violence etc. Many spectacle educate but also there needs to be filtered. According Astuty (2013) phenomenon of young age marriages are a phenomenon today is not only influenced by the lack of awareness and knowledge but indirectly influenced by a "role model" from the world of entertainment to watch.

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

From the result we conclude that factors associated with early marriage is a cultural, family support, economic level, and technology. Knowledge was not significantly associated with early marriage.

### Recommendation

In relation to the factors related to the early marriage, it is recommended to involve religious leaders and community leaders in an effort to socialize maturation age of marriage. Enhancing the role of health workers in health information and education about early marriage and its impact on the health of unmarried young people in order to prevent early marriage.

## REFERENCES

- Arika, N.H.N., 2013. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Ibu Dalam Pemenuhan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan Berdasarkan Teori*



- Transkultural Nursing Di Posyandu Dusun Klagen Peterongan Jombang*. Universtas Airlangga.
- Astuty, S., 2013. *Faktor Penyebab Terjadinya Perkawinan Usia Muda di Kalangan Remaja di Desa Tembung Deli Serdang*. universitas Sumatra utara.
- BKKBN, 2012. *Kajian Pernikahan Dini Pada Beberapa Provinsi Di Indonesia.*, Jakarta.
- Desiyanti, 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Pernikahan Dini Pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jurnal STIKES Muhammadiyah Manado*, 5, pp.pp.270–280.
- Firanika, R., 2010. *Aspek Budaya dalam Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Bubulak Kota Bogor Tahun 2010*. UIN Syarif Hidayatullah.
- Kharimaswatii, E., 2014. *Analisis Faktor Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Berdasarkan Teori Perilaku WHO Di Wilayah Puskesmas Mulyorejo Surabaya*. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Leinnger, 2002. Cultural Care Theory: A Major Contribution To Advance Transcultural Nursing and Knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, p.p.189.
- Lestari, P., 2013. *Tingkat Pengetahuan Remaja Putri Tentang Resiko Pernikahan Dini Di Desa Jekawal Tangen Sragen Tahun 2013*, Srakarta.
- Noviyanti, W. & Trihandini, I., 2013. Analisa Data Sekunder Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007: Tren dan Dampak Pernikahan Dini. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat: Universitas Indonesia*, pp.1–18.
- Priyanti, 2013. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perkawinan Usia Muda Di Deli Serdang*, Sumatera Utara.
- Qibtiyah, M., 2014. *Pengaruh Faktor Sosial, Ekonomi, Budaya, Terhadap Usia Kawin Pertama Muda Perempuan Wilayah Urban dan Rural di Kabupaten Tuban*. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Riskesdas, 2013. *Pokok Pokok Hasil Riskesdas Jawa Timur 2013*, Jakarta.
- Syairwan, I., 2015. angka Pernikahan Dini di Jawa Timur Lebih Tinggi dari Rata rata Nasional. Available. Available at: <http://www.tribunnews.com/regional/2015/08/10/angka-pernikahan-dini-di-jawa-timur-lebih-tinggi-dari-rata-rata-nasional?page=1..>
- Astuty 2013; BKKBN 2012; Desiyanti 2015; Firanika 2010; Kharimaswatii 2014; Leinnger 2002; Lestari 2013; Noviyanti, W. & Trihandini 2013; Priyanti 2013; Qibtiyah 2014; Riskesdas 2013; Syairwan 2015)Arika, N.H.N., 2013. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Ibu Dalam Pemenuhan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan Berdasarkan Teori Transkultural Nursing Di Posyandu Dusun Klagen Peterongan Jombang*. Universtas Airlangga.
- Astuty, S., 2013. *Faktor Penyebab Terjadinya Perkawinan Usia Muda di Kalangan Remaja di Desa Tembung Deli Serdang*. universitas Sumatra utara.
- BKKBN, 2012. *Kajian Pernikahan Dini Pada Beberapa Provinsi Di Indonesia.*, Jakarta.
- Desiyanti, 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan Terhadap Pernikahan Dini Pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jurnal STIKES Muhammadiyah Manado*, 5, pp.pp.270–280.
- Firanika, R., 2010. *Aspek Budaya dalam Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Bubulak Kota Bogor Tahun 2010*. UIN Syarif Hidayatullah.
- Kharimaswatii, E., 2014. *Analisis Faktor Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Berdasarkan Teori Perilaku WHO Di Wilayah Puskesmas Mulyorejo Surabaya*. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Leinnger, 2002. Cultural Care Theory: A Major Contribution To Advance Transcultural Nursing and Knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, p.p.189.
- Lestari, P., 2013. *Tingkat Pengetahuan Remaja Putri Tentang Resiko Pernikahan Dini Di Desa Jekawal Tangen Sragen Tahun 2013*, Srakarta.
- Noviyanti, W. & Trihandini, I., 2013. Analisa Data Sekunder Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007: Tren dan Dampak Pernikahan Dini. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat: Universitas Indonesia*, pp.1–18.
- Priyanti, 2013. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perkawinan Usia Muda Di Deli Serdang*, Sumatera Utara.

- Muda Di Deli Serdang, Sumatera Utara.*
- Qibtiyah, M., 2014. *Pengaruh Faktor Sosial, Ekonomi, Budaya, Terhadap Usia Kawin Pertama Muda Perempuan Wilayah Urban dan Rural di Kabupaten Tuban.* Universitas Airlangga, Surabaya.
- Riskesdas, 2013. *Pokok Pokok Hasil Riskesdas Jawa Timur 2013,* Jakarta.
- Syairwan, I., 2015. *ngka Pernikahan Dini di Jawa Timur Lebih Tinggi dari Rata rata Nasional.* Available. Available at: <http://www.tribunnews.com/regional/2015/08/10/angka-pernikahan-dini-di-jawa-timur-lebih-tinggi-dari-rata-rata-nasional?page=1..>

## **ROLE ATTAINMENT IBU DALAM PEMBERIAN MP – ASI DENGAN PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI USIA 6-12 BULAN**

*(Mother's role Attainment in Giving Additional Food For Baby Weight  
of Age 6-12 Months)*

**Ririn Probowati<sup>\*</sup>, Heri wibowo<sup>\*</sup>, Septi Fitrah Ningtyas<sup>\*</sup>, Mamik ratnawati<sup>\*</sup>, Nursalam<sup>\*\*</sup>**

<sup>\*</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pemkab Jombang

<sup>\*\*</sup>Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Email: ririn\_probowati@yahoo.com

### **ABSTRAK**

**Pendahuluan:** *Role Attainment* ibu dalam pemberian Makanan Pendamping ASI (MP- ASI) akan mempengaruhi berat badan bayi. Tujuan penelitian menganalisis *role attainment* ibu dalam pemberian MP-ASI dengan berat badan bayi Usia 6 – 12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Jogoloyo Jombang. **Metode:** Desain penelitian *retrospektif*, populasi semua ibu yang memiliki bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Jogoloyo Sumobito Jombang bulan Juli 2016 sejumlah 327 orang dengan jumlah sampel 130 orang dengan tehnik *simple random sampling*. Variabel independen *role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI. Variabel dependent bayi usia 6-12 bulan. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan observasi buku KIA. Analisa data menggunakan *chi square* dengan taraf signifikan 0,05. **Hasil:** Hasil analisa menggunakan uji *chi square* didapatkan bahwa  $p = 0,005 < 0,05$  yang artinya ada hubungan *role attainment* dalam pemberian MP-ASI dengan pertumbuhan bayi usia 6 – 12 bulan. **Diskusi:** *Role attainment* ibu dalam pemberian MP ASI mempengaruhi berat badan bayi. Setelah umur 6 bulan bayi harus mendapatkan MP ASI karena ASI sudah tidak mencukupi kandungan gizi untuk pertumbuhan bayi.

**Kata kunci :** *role attainment*, MP –ASI, Pertumbuhan bayi

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Mother's Role Attainment in giving additional food will affect growth in infants. The study aims to analyze the role of mothers in the attainment competency in giving additional food with infant growth Age 6-12 months working area Jogoloyo Jombang Health care centre. **Methods:** Design used in this study was retrospectives, the population was mother of babies aged 6-12 months in Health care centre Jombang Jogoloyo Sumobito on July 2016. Simple random sampling technique was used in this study, with sample were 130 mother. The independent variables were maternal role attainment in the competence of giving complementary feeding. The dependent variable were growth of infants aged 6-12 months. Data was collected using questionnaires and observation KIA book and analyzed using chi square with a significance level of 0.05. **Results:** Results showed that  $p = 0.005 < 0.05$ , which means that there is a relation role Attainment in giving additional food to the growth of infants aged 6-12 months. **Discussion:** Mother Role Attainment in giving additional food affect the babies weight. After the age of 6 months babies should receive additional food because breast milk is not sufficient nutrients to the baby's growth.

**Keywords:** Role attainment, MP -ASI, baby's growth

### **PENDAHULUAN**

Masa bayi termasuk didalam masa periode EMAS yang terbagi dari umur 0-6 bulan hanya mendapatkan ASI saja yang disebut ASI Eksklusif dan umur 6-12 bulan mulai diperkenalkan dengan makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Pada masa Bayi terjadi pertumbuhan otak sangat pesat yang dapat mendukung proses pertumbuhan anak dengan sempurna. Kekurangan gizi dimasa bayi tidak dapat diperbaiki dimasa-masa kehidupan selanjutnya, pertumbuhan jasmanii menjadai pendek, pertumbuhan otak terhambat anak akan tidak cerdas dan perkembangan kemampuan terhambat, anak akan sulit mengikuti pelajaran

saat bersekolah, anak akan mudah sakit setelah dewasa sulit mencari pekerjaan. Pada akhirnya anak menjadi beban keluarga dan negara. Kebutuhan nutrisi yang sebagian besar diperoleh dari ASI karena kandungan zat gizi pada ASI sangat kompleks dan sudah sangat memenuhi gizi bagi pertumbuhan bayi. Mulai usia 6 bulan, secara fisiologis kandungan ASI sudah tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, bayi mulai meningkat kebutuhan nutrisi untuk melakukan aktifitas yang lebih misalnya untuk miring kiri kanan, tertawa, duduk, merangkak, memegang, belajar berjalan dan pada saat ini lambung bayi telah siap menerima makanan tambahan dan pertumbuhan

gigi di mulai umur 6 bulan yang akan membantu memecahkan makanan dimulut sebelum masuk ke dalam lambung oleh Karena itu pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sangat diperlukan (Yogi 2014). Pemberian MP-ASI ini diberikan bersamaan dengan pemberian ASI dahulu baru diberikan MP ASI yang dimulai dari makanan bubur, sari buah dalam bentuk cair dan secara bertahap dalam bentuk setengah padat dan selanjutnya padat. mulai usia 6 bulan hingga 24 bulan. Seiring bertambahnya usia bayi mulai usia 6 bulan diperkenalkan dengan makanan pendamping untuk memenuhi kebutuhan giziny (Riksani 2012). Hal ini sejalan dengan program *World Health Organization* (WHO) yakni *Global Strategy on Infant Young Child feeding* yang secara khusus menyebutkan kebijakan pemberian ASI bagi bayi sampai usia enam bulan dan mulai pemberian makanan pendamping MP-ASI yang memadai pada usia 6 bulan dan diteruskan hingga anak berusia dua tahun atau lebih dapat membantu proses tumbuh kembang bayi (Depkes RI 2013)

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 Pemberian MP-ASI pada bayi di Indonesia masih sangat rendah dimana baru mencapai 48,6% bayi yang mendapat ASI eksklusif hingga enam bulan dari target 75%. Penelitian yang dilakukan di daerah pedesaan di Jawa Timur, ditemukan bahwa praktek pemberian makan pada bayi sebelum usia 6 bulan mencapai 32,4%, dan pada usia tersebut didapatkan 66,7% jenis makanan yang diberikan adalah pisang (Dinkes Jatim 2014) Data Kabupaten Jombang pada tahun 2014 balita yang mengalami gizi kurang sebanyak 2.184 (6,14%) laki-laki dan 2.426 (6,93%) perempuan. Balita dengan gizi sangat kurang sebanyak 148 (0,24%) laki-laki dan 224 (0,64%) perempuan.

*Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI akan berdampak pada pertumbuhan bayi Nampak pada berat badan tidak sesuai dengan umur dan dampak terhadap perkembangan anak akan menjadi apatis, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang adalah mengalami penurunan kepandaian, anak menjadi pendek, sering sakit, skor tes IQ rendah,, penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensori, dan gangguan pemusatan perhatian (Soekirman 2010) Kekurangan gizi merupakan faktor utama yang menyebabkan kematian bayi dan balita. Masalah pertumbuhan dan perkembangan pada bayi dan anak < 2 tahun sebagian besar di pengaruhi oleh pemberian makanan tambahan yang tidak sesuai dengan kebutuhan bayi baik ditinjau dari jenis, jumlah, cara memasak MP ASI. Pemberian makanan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi bayi. Pemberian makanan yang kurang tepat dapat

menyebabkan terjadinya kekurangan gizi dan bila berlebih akan terjadi kegemukan (Septiana 2009).

*Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI dapat diperoleh ibu dengan mencari informasi kepada petugas kesehatan atau kader kesehatan yang dipandang berhasil melakukan pemberian MP ASI. Pemberian MP ASI tentang jenis makanan, frekuensi pemberian, waktu pemberian, tahapan pemberian makanan, cara pemberian dan cara membuatnya.

## BAHAN DAN METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah korelasi dengan *retrospektif* yaitu. rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat yang lalu (Nusalam 2013) dengan mengobservasi grafik pertumbuhan di dalam buku KIA untuk 2 bulan berturut-turut. Populasinya adalah semua ibu yang memiliki bayi usia 6-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Jogoloyo Jombang sejumlah 327 responden pada bulan Juli 2016 dengan sampel penelitian sebanyak 130 respondent dengan kriteria mempunyai buku KIA dengan grafik pertumbuhan minimal 3 bulan berturut – turut yang terisi dengan tehnik *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel pada anggota populasi secara acak dengan lotrey (Setiadi 2013).

Penelitian ini menggunakan uji statistik *chi square* dengan tingkat signifikan 0,05 untuk mengetahui hubungan antara variabel *role attainment* ibu kompetensi pemberian MP ASI dengan pertumbuhan bayi 6 – 12 bulan.

## HASIL

**Table 1.** *Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP-ASI

No	Role Attainment	Frek (F)	Prosentase
1	Baik	20	15.4
2	Cukup	70	54
3	Kurang	40	30.6
	Total	130	100

Tabel 2 Berat Badan Bayi 6-12 bulan

N	Berat badan	frekwen	Prosent
o		si	ase (%)
		(f)	
1.	Naik	60	47.2
2.	Tidak naik	70	53.8
	Total	130	100

Tabel 3. Tabulasi silang *role attainment* ibu dengan pertumbuhan bayi

<i>Role attainment</i>	Pertumbuhan bayi					
	Naik		Tidak naik		Total	
	f	%	f	%	f	%
Baik	12	20	8	11.5	20	15.4
Cukup	32	53.3	38	54.2	70	53.8
Kurang	16	26.7	24	34.3	40	30.6
Jumlah	60	100	70	100	130	100

Uji chi square  $p = 0,005$

Nilai *pearson correlation* sebesar 0,644 sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan *role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP-ASI dengan pertumbuhan bayi usia 6–12 bulan adalah kuat dan arah hubungannya positif artinya semakin banyak ibu yang mempunyai *role attainment* dalam kompetensi pemberian MP-ASI cukup maka berat badan bayi akan mengalami kenaikan.

**PEMBAHASAN**

***Role Attainment* Ibu dalam Pemberian MP ASI**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (54%) *role attainment* ibu dalam pemberian MP-ASI dalam katagori cukup sebanyak 70 orang.

*Role attainment* ibu merupakan suatu pencapaian peran yang dicapai oleh seorang wanita/ibu dalam melakukan pengasuhan dalam hal ini adalah pengasuhan dalam kemampuan memberikan MP ASI kepada bayi umur 6-12 bulan. *Role attainment* atau pencapaian peran sebagai ibu dipengaruhi oleh system pendukung social yang meliputi pasangan hidup, keluarga, teman dan masyarakat di sekitar tempat tinggal. Sistem pendukung social dapat diberlakukan melalikan melalui interaksi social dan dukungan social (Kim Jihyaongungand K.A.S Wickrama 2013). Interaksi social dapat dilakukan oleh ayah/keluarga/masyarakat khususnya tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dalam memberikan informasi cara pemberian MP ASI yang tepat dan benar. dukungan social dapat diberikan oleh masyarakat disekitar tempat tinggal ibu dengan fasilitasi kegiatan berupa POSYANDU atau penyuluhan – penyuluhan yang dilakukan oleh petugas

kesehatan melalui kegiatan ibu-ibu misalnya kegiatan PKK, pengajian.

Faktor umur, pendidikan ibu, sumber informasi juga memegang peran penting dalam pencapaian peran (M.R Alligo 2006). Sebagian besar (72.3%) ibu berumur 20-35 tahun sebanyak 94 ibu. Sebagian besar(75.4%) pendidikan ibu menengah sebanyak 98 ibu. Sebagian besar (85.6%) ibu pernah mendapatkan informasi tentang MP ASI sebanyak 111 ibu. Sebagian besar(89.2%) sumber informasi petugas kesehatan sebanyak 116 ibu. Umur, pendidikan, sumber informasi tentang pemberian MP ASI mempengaruhi.. Kelompok uisa produktif dan pendidikan menengah akan mempermudah seorang ibu menerima informasi baru yang diberikan oleh orang lain. Sumber informasi yang berasal dari petugas kesehatan membuat seorang ibu percaya bahwa informasi yang diberikan adalah benar dan tepat karena yang memberikan adalah orang yang berkompotence.

*Role attainment/* pencapaian peran ibu juga dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya. Seorang ibu bila sudah pernah memberikan MP ASI kepada bayi dan bayi tumbuh dengan baik akan memberikan pengalaman yang menyenangkan bagi seorang ibu dan akan menjadikan pembelajaran yang sanagat bearti. Hal ini akan di lakukan lagi bagi seorang ibu untuk bayi-bayi selanjutnya. Sebaliknya bila seorang ibu sebelumnya gagal memberikan MP ASI Karena pertumbuhan bayi tidak sesuai dengan grafik pertumbuhan di buku KIA maka ibu akan takut/ tidak mau memberikan MP ASI kepada bayi lagi takut terulang pengalaman yang tidak menyenangkan Hal ini dapat dilihat dari jumlah anak, posisi anak saat ini, umur dan pendidikan dan ibu. Sumberinformasi

Status pekerjaan seseorang menunjukkan tingkat penghasilan seseorang dan waktu luang yang dimiliki. Ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga memiliki banyak waktu luang dalam mengurus keluarga. Hasil penelitian Kim Jihyaongungand K.A.S Wickrama 2013) status pekerjaan ibu mempengaruhi harga diri dan pola asuh pada bayi. Harga diri tinggi akan membuat seorang ibu dapat melaksanakan pemberian MP ASI dengan baik. Pada ibu tidak bekerja mempunyai harga diri yang kurang karena merasa hidupnya hanya bergantung pada suami, hal ini diperlukan suatu dorongan untuk meningkatkan harga diri ibu bahwa ibu mampu untu memberiakn MP ASI dengan baik.

*Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI adalah pemberian MP-

ASI yang sesuai dengan dengan tahapan usia bayi, jenis makanan yang diberikan dan jadwal pemberian makanan pendamping ASI.

*Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI dapat dilihat dari jawaban responden pada kuesioner dimana ibu mulai memberikan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan dengan mengurangi frekwensi ASI karena bayi sudah kenyang. dan di berikan MP ASI dahulu baru ASI. Pemberian makanan pendamping seperti susu formula, bubur sari buah, sayuran dengan bentuk yang menarik dan sesuai dengan usia bayi. MP-ASI ini diberikan bersamaan dengan ASII mulai usia 6 bulan hingga 12 bulan. Seiring bertambahnya usia bayi, setelah bayi berusia 6 bulan, mulai diperkenalkan dengan makanan pendamping untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Pada usia 6 - 9 bulan mulai diperkenalkan dari yang cair yaitu sari buah, bubur susu nasi tim saring kemudian secara bertahap diperkenalkan dengan makanan yang bertekstur lebih kasar (semi padat), yaitu nasi tim tanpa disaring. Jenis sayur dan buah yang disarankan: tomat, wortel, bayam, sawi, kacang polong, kentang, labu kuning, kacang merah, mangga, blewah, timun, apokat, apel, papaya, melon. Bisa juga ditambahkan ayam, daging sapi giling, hati ayam/sapi, ikan segar tanpa duri (salmon, kakap, gurami, tuna, tongkol, lele) tahu, tempe, dan telur ayam kampung.

Pemberian MPASI dilakukan di sela-sela pemberian ASI dan dilakukan secara bertahap pula. Misalnya untuk pertama 1 kali dalam sehari, kemudian meningkat menjadi 3 kali dalam sehari. Ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga menyebabkan responden mempunyai banyak waktu luang dalam pemberian MP-ASI, ibu lebih banyak perhatian terhadap anaknya seperti memperhatikan jenis makanan yang dikonsumsi dan sangat telaten dalam menyuapi anak, selain itu ibu yang tidak bekerja mempunyai banyak waktu luang untuk mencari informasi dari berbagai media seperti majalah, tayangan televisi yang berisikan menu atau resep masakan sehingga ibu mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang menu makanan yang sesuai dengan usia anak.

Semakin banyak informasi yang didapat maka pengetahuan dan pemahaman yang dimiliki oleh responden semakin meningkat (Notoadmodjo 2010).

Responden yang belum pernah mendapatkan informasi tentang pola pemberian MP-ASI maka responden tidak dapat mengerti bagaimana pola

pemberian MP-ASI yang sesuai pada bayi usia 6 – 12 bulan. Sedikitnya ibu memperoleh informasi tentang pola pemberian MP-ASI menyebabkan ibu memberikan makanan pendamping ASI yang salah yaitu tidak sesuai jenis, jumlah dan jadwal makan bayi, bahkan ibu cenderung memberikan makanan pendamping ASI secara dini serta tidak sedikit ibu yang menghentikan pemberian ASI pada bayi.

### **Berat Badan Bayi**

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran sel seluruh bagian tubuh yang bersifat kuantitatif dan dapat diukur. Pertumbuhan yang naik dapat dilihat dari berat badan bayi yang mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan berat badan bulan yang lalu (Syamsu 2012).

Sebagian besar bayi yang mengalami kenaikan berat badan dapat dilihat dari peningkatan berat badan bayi dibandingkan dengan berat badan sebelumnya dengan kriteria pertumbuhan/ kenaikan berat badan sama dengan kenaikan berat badan minimal (KBM) atau lebih (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012) sesuai dengan kartu menuju Sehat (KMS). Bayi yang tidak naik dengan kriteria grafik berat badan mendatar Atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau kenaikan berat badan kurang dari KBM.

Pada kelompok usia bayi serng mengalami sakit, hal ini disebabkan karena system kekebalan tubuh bayi sedang berkembang dan memerlukan immunisasi dalam upaya menimbulkan/meningkatkan kekebalan terhadap penyakit pada bayi yang sebagian dilakukan dengan route suntikan yang berdampak pada bayi akan merasakan tidak nyaman atau mengalamii peningkatan suhu tubuh. Untuk melawan proses penyakit dibutuhkan nutrisi tambahan selain nutrisi yang pokok untuk pembentukan sel yang baru. Pada bayi yang sakit biasanya terjadi penurunan nafsu makan yang pada saat itu akan mempengaruhi perubahan berat badan yang dratis, setelah bayi melewati masa tersebut bayi akan meningkat nafsu makannya.

Pada kelompok usia 6-12 bulan terjadi perkembangan yang pesat misalnya mulai melakukan aktifitas berupa miring kanan kiri, merangkat duduk, berdiri, berlatih berjalan, memegang, berceloteh, menangis membutuhkan nutria yang meningkat dan pada saat ini gigi

bayi tumbuh pertama kali yang kadang-kadang membuat bayi tidak nyaman, sering rewel dan pengalaman pertama bagi bayi untuk perubahan jenis makan yang dimasukkan lewat mulut membuat bayi harus beradaptasi. Hal tersebut biasanya membuat bayi tidak bernafsu untuk makan dan akan berdampak pada perubahan berat badan. Bila fase tersebut sudah dapat dilalui bayi akan meningkat nafsu makannya

### **Role Attainment Ibu dalam Pemberian MP-ASI dengan Pertumbuhan Bayi Usia 6-12 Bulan**

Sebagian besar (54.2%) *role attainment*/ pencapaian peran ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI dalam katagori cukup dengan berat bada dalam katagori tidak naik sebesar 38 responden, tetapi juga sebagian besar (53.3%) *role attainment*/ pencapaian peran ibu dalam pemberian MP ASI dalam katagori cukup dengan berat badan dalam katagori naik sebesar 32 responden.

Hasil analisis menggunakan uji statistik didapatkan bahwa  $p = 0,005 < 0,05$  yang artinya ada hubungan *Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP-ASI dengan pertumbuhan bayi usia 6-12 bulan.

Nilai *pearson correlation* sebesar 0,644 sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan *Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP-ASI dengan pertumbuhan bayi usia 6-12 bulan adalah kuat atau erat dan arah hubungannya positif artinya semakin banyak bayi dengan *role attainment* ibu pemberian MP-ASI cukup maka pertumbuhan bayi akan mengalami kenaikan.

*Role attainment*/ pencapaian peran ibu dalam pemberian MP ASI dalam katagori cukup dapat menyebabkan pertumbuhan bayi mengalami kenaikan berat badan.

Kompetensi diperlukan dalam *role attainment*/ pencapaian peran (Mercer R 2006). Kompetensi merupakan suatu kemampuan ibu dalam melaksanakan suatu kegiatan dalam hal ini adalah kompetensi pemberian MP ASI. Kompetensi dapat diperoleh melalui pengalaman sebelumnya, informasi yang benar dan dukungan sosial. Pada ibu yang mempunyai bayi di masyarakat yang di fasilitasi oleh Puskesmas dapat mengikuti kegiatan POSYANDU untuk pemantauan kesehatan bayi dan menambah informasi tentang pengasuhan pada bayi khususnya pemberian MP ASI. Ibu bila tidak mempunyai waktu untuk mengikuti kegiatan POSYANDU yang diadakan pagi hari Karena

ibu bekerja dapat datang ke BPM (bidan Praktek Mandiri) yang ada pada setiap desa untuk memantau kesehatan bayi dan memperoleh informasi tentang pengasuhan pada bayi khususnya pemberian MP ASI. Selain itu kegiatan yang digerakan oleh masyarakat ada kelompok pendukung ASI (KP ASI) yaitu sekelompok orang berkumpul untuk memberikan dukungan kepada ibu yang sedang memberikan ASI pada bayinya . Didalam kegiatan tersebut banyak dilakukan penyuluhan kesehatan tentang pengasuhan pada bayi termasuk didalamnya penyuluhan tentang pemberian MP ASI. Apabila ibu lebih rajin datang ke pusat pelayanan kesehatan dan mengikuti kegiatan di masyarakat yang berhubungan dengan pengasuhan pada bayi akan berdampak pada pengetahuan yang meningkat yang pada akhirnya akan mempengaruhi *role attainment* ibu menjadi baik.

## **SIMPULAN SARAN**

### **Simpulan**

*Role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI pada bayi yang cukup mempengaruhi kenaikan berat badan bayi

Perubahan berat badan bayi selain dipengaruhi oleh *role attainment* dipengaruhi oleh status kesehatan bayi

Semakin baik *role attainment* ibu dalam kompetensi pemberian MP ASI akan semakin baik mempengaruhi kenaikan berat badan bayi

### **Saran**

Diharapkan Ibu meningkatkan *role attainment* dengan memperdayakan dukungan social yang ada di masyarakat yaitu aktif mengikuti kegiatan POSYANDU, KP ASI

Bagi Petugas kesehatan diharapkan mempertahankan dan meningkatkan penyuluhan tentang pemberian Mp-Asi yang bervariasi sesuai dengan tahapan usia bayi.

Bagi Peneliti Selanjutnya, diharapkan dapat melakukan penelitian untuk bayi sampai umur 24 bulan

## **KEPUSTAKAAN**

Jatim, D., 2014. Data Status Gizi Berdasarkan Dinkes propinsi Jawa Timur 2014. Available at: [www.dinkes-jatim.go.id](http://www.dinkes-jatim.go.id) [Accessed February 12, 2015].

- Kim Jihyaongungand K.A.S Wickrama, 2013. Mother's Working Status and infant Develoment: Mediational Prosesess. *Journal of Family Issues*, xx(x).
- M.R Alligo, A.. T., 2006. *Nursing Theorititis and their work* edisi 7., Mosby Inc St Louis Missouri.
- Mercer R, W. LO, 2006. *A review Of Nursing Intervention Faster Becoming a Mother, Departement of Family Health Nursing in The Univercity of California, USA: San Fransisco, Burlingame.*
- Notoadmodjoo, 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan.*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nusalam, 2013. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- RI, D., 2013. *No Title*, Jakarta: Depkes.
- Riksani, 2012. Gambaran Pengetahun Ibu yang Memberikan MP-ASI Pada Bayi Kurang Dari 6 Bulan. Available at: [www.google-cendekia.com](http://www.google-cendekia.com) [Accessed February 12, 2015].
- Septiana, 2009. *Hubungan Antara Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Status Gizi Balita Usia 6-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.* Available at: [www.googlecendekia.com](http://www.googlecendekia.com).
- Setiadi, 2013. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: EGC.
- Soekirman, 2010. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat*, Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- Syams, 2012. *Psikologi Perkembangan.*, Jakarta: EGC.
- Yogi, 2014. Pengaruh Pola Pemberian ASI dan Pola Makanan Pendamping ASI Terhadap Status Gizi Bayi Usia 6-12 bulan. Available at: [www.google-cendekia.com](http://www.google-cendekia.com) [Accessed February 12, 2015].



# MODEL KOMPETENSI KEPEMIMPINAN KEPALA RUANG MENINGKATKAN MOTIVASI DAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA

*(Model Of The Nurse Unit Manager Leadership Competence And Performance Enhancing Motivation Nurse Implementing)*

Putu Widhi Sudariani\*, Budi Utomo\*\*, Rizki Fitryasari\*\*\*

\*RSUD Kota Mataram, Jl. Bung Karno No.3 Pagutan, 83117

\*\*Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

\*\*\*Fakultas keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Email: sudariani@gmail.com

## ABSTRAK:

**Pengantar:** Kompetensi kepemimpinan yang kurang sesuai kepada karyawan, dapat menurunkan motivasi, kinerja dan kepuasan kerja. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model kompetensi kepemimpinan kepala ruang sebagai upaya meningkatkan motivasi dan kinerja perawat pelaksana sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan. **Metode:** Fase pertama dalam penelitian ini adalah analitik observasional dengan 140 sampel, analisis data dengan *partial least square* (PLS), perumusan isu strategis menggunakan *focus group discussion* (FGD), kemudian membuat modul bersama pakar. Fase kedua adalah quasi eksperimental dengan 32 sampel dibagi menjadi dua kelompok terdiri dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Data analisis di tahap kedua ini menggunakan *wilcoxon signed rank test* dan *mann whitney*. **Hasil:** Tahap pertama yaitu ada pengaruh signifikan faktor internal (pengetahuan, keterampilan, dan nilai) terhadap kompetensi kepemimpinan ( $t=3,728>1,96$ ), pengaruh signifikan faktor eksternal (budaya organisasi) terhadap kompetensi kepemimpinan ( $t=2,257>1,96$ ), Kompetensi kepemimpinan berpengaruh terhadap motivasi ( $t=3,432>1,96$ ), Kompetensi kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja ( $t=2,878>1,96$ ). Tahap kedua perhitungan *wilcoxon signed rank test* pada motivasi menunjukkan ada beda kelompok perlakuan *pre-test* dan *post-test*, uji *mann-whitney* ada pengaruh pengembangan model kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap motivasi perawat pelaksana. Uji *wilcoxon signed rank test* kinerja perawat pelaksana menunjukkan ada beda antara *pre-test* dan *post-test*, uji *mann-whitney* diperoleh ada pengaruh pengembangan model kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap kinerja. **Diskusi:** Pengembangan model kompetensi kepemimpinan dapat meningkatkan motivasi dan kinerja perawat.

**Kata kunci:** kompetensi kepemimpinan, motivasi, kinerja, perawat

## ABSTRACT

**Introduction:** Leadership competencies are unsuitable that given the leadership to employees, can decrease the motivation, performance and ultimately job satisfaction. This research was conducted to develop a leadership competency model as an effort to improve the motivation and performance of nurses so as to improve health services. **Methods:** This research have two phase, phase one is analytic observational with 140 sample, analysis data with partial least square (PLS), formulation of strategic issues using focus group discussion (FGD), then make a modul with some expertise. Phase two is quasy experimental with 32 sample divided into two group, there are treatment group and control group. Analysis data in phase two with wilcoxon signed rank test and mann whitney. **Result:** Phase one there is influence of internal factors (knowledge, skills, and values) to the leadership competencies ( $t = 3.728 > 1.96$ ), there is influence of external factors (cultural organizations) to the leadership competencies ( $t = 2.257 > 1.96$ ), competence leadership influence motivation ( $t = 3,432 > 1,96$ ), leadership competencies influence to performance ( $t = 2.878 > 1.96$ ). The second phase, calculation with Wilcoxon signed rank test showed there is difference motivation in treatment group pre-test and post-test, Mann-Whitney test showed there is influence of development leadership competency model to the motivation of nurses. Test Wilcoxon signed rank test for performance of nurses showed there is difference between pre-test and post-test, Mann-Whitney test was obtained there is influence development of leadership competency model to the performance of nurses. **Discussion:** Development of leadership competency model can increase the motivation and performance of nurses.

**Keyword:** leadership competences, motivation, performance, nurses.

## PENDAHULUAN

Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan penggunaan keterampilan seorang pemimpin (perawat) dalam mempengaruhi perawat lain yang berada di bawah pengawasannya untuk pembagian tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai (Latif 2008 dalam Maryanto, Pujiyanto, Tri, Setyono 2013). Gaya manajemen atau gaya kepemimpinan yang kurang

pas atau kurang cocok dilaksanakan yang diberikan pimpinan kepada karyawannya, dapat menurunkan motivasi, kinerja dan akhirnya kepuasan kerja (Kuswadi 2004). Penelitian mengenai kinerja perawat telah dilakukan dengan mengaitkan berbagai variabel seperti motivasi, gaya kepemimpinan dan sebagainya. Motivasi karyawan, kinerja menurun sementara absensi meningkat sebagai akibat dari gaya kepemimpinan otokratik dan laissez-faire (Mtimkulu 2014), namun

penelitian terkait kompetensi kepemimpinan kepala ruang belum ada di Indonesia.

Data kepegawaian RSUD Kota Mataram terkait penilaian kinerja yang dilakukan pada 50 orang perawat diperoleh pada tahun 2014 sebagian besar kinerja perawat dalam kategori cukup 29 orang (58%), dan kinerja perawat dalam kategori kurang sebanyak 10 orang (20%), bahkan terdapat 2 orang perawat (4%) tidak memenuhi standar kinerja sehingga dilakukan pemutusan hubungan kerja oleh kepegawaian RSUD. Studi pendahuluan terhadap motivasi perawat yang telah dilakukan pada bulan November 2015, kuesioner dilakukan pada 50 orang perawat RSUD Kota Mataram, didapatkan data sebagian besar perawat memiliki motivasi cukup sebanyak 27 orang (54%) dan perawat dalam kategori kurang sebanyak 15 orang (30%). Hasil wawancara dan observasi pada bulan september 2015 terhadap 15 kepala ruang di RSUD Kota Mataram mengatakan bahwa 12 orang (80%) perawat belum mengikuti pelatihan Manajemen Bangsal. Hasil wawancara terhadap kepala seksi keperawatan, pelatihan kompetensi kepemimpinan belum dilaksanakan dan standar operasional prosedur terhadap peran dan fungsi kepala ruang sedang dirancang, oleh karena itu pengembangan kompetensi kepemimpinan sebagai upaya peningkatan motivasi dan kinerja perawat pelaksana belum dapat dijelaskan.

Studi terdahulu tentang kompetensi kepemimpinan telah dilakukan oleh *Americans Nursing Association Institute Leadership* pada tahun 2013 yang membagi kompetensi pemimpin menjadi tiga bagian yaitu adalah memimpin diri sendiri, orang lain dan organisasi (American Nursing Association 2013). Indonesia memiliki standar kompetensi kepemimpinan untuk perawat ahli madya yaitu memberikan kontribusi untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif, memahami manajemen penanganan konflik, mendukung kepemimpinan dalam tim dengan cara konsisten untuk meningkatkan rasa saling menghargai, hormat dan percaya diri diantara anggota tim. Standar kompetensi kepemimpinan untuk Ners yaitu memberikan advokasi dan bertindak untuk menciptakan lingkungan kerja yang positif, menyelesaikan konflik dengan pendekatan manajemen keperawatan serta memperhatikan perilaku organisasi, memberikan kontribusi untuk kepemimpinan tim dengan memperkuat tujuan sehingga dapat meningkatkan sikap saling menghargai dan percaya diri diantara anggota tim lainnya, memprioritaskan tugas dan mengelola waktu secara efektif, memberikan kontribusi pada hasil *review* dan modifikasi kebijakan dan prosedur organisasi terbaru, memberikan kontribusi terhadap pendidikan dan pengembangan profesional pembimbing klinik dan sejawat ditempat kerja, berperan serta aktif memberikan

evaluasi dan tindak lanjut kepada organisasi di lingkungan kerja (PPNI 2012).

Standar tugas pokok Kepala Ruang yang ditetapkan oleh Depkes 2002 yaitu menyusun rencana kegiatan tahunan yang meliputi kebutuhan sumber daya (tenaga, fasilitas, alat dan dana), menyusun jadwal dinas dan cuti, menyusun rencana pengembangan staf, kegiatan pengendalian mutu, bimbingan dan pembinaan staf, koordinasi pelayanan, melaksanakan program orientasi, mengelola praktik klinik serta melakukan penilaian kinerja dan mutu pelayanan. Kompetensi kepemimpinan digunakan dalam keterampilan seorang pemimpin (Kepala Ruang) dalam mempengaruhi staf perawat lain yang berada di bawah pengawasannya untuk pembagian tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai (Latif 2008 dalam Maryanto *et al.*, 2013).

Pengembangan model praktik keperawatan profesional, peran dan fungsi kepala ruang merupakan hal yang sangat penting, sehingga kompetensi kepemimpinan dan manajemen mutlak dibutuhkan (Ilyas 2002). Pengembangan kompetensi kepemimpinan keperawatan harus terus dilakukan untuk mendapatkan model yang ideal terhadap kemampuan pemimpin sebagai upaya dalam meningkatkan motivasi dan kinerja perawat yang pada akhirnya dapat meningkatkan kepuasan pelanggan (pasien). Pembinaan, pengarahan oleh pimpinan (kepala ruangan) kepada perawat pelaksana, dan pengembangan motivasi, inisiatif dan keterampilan agar dapat melaksanakan tugasnya dengan baik dan lebih produktif, dalam hal ini pemimpin harus mampu menjelaskan, bekerjasama dan memonitor perilaku perawat sesuai dengan situasi yang ada untuk dapat meningkatkan kinerja perawat dalam melaksanakan tugasnya dengan baik (Mutaaitin 2010). Penelitian ini dilakukan untuk mengembangkan model kompetensi kepemimpinan sebagai upaya peningkatan motivasi dan kinerja perawat sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan.

## METODE

Penelitian ini terdiri dari dua tahap. Tahap pertama menggunakan *analitik observasional* digunakan untuk mengetahui hubungan sebab akibat antara dua variabel secara observasional, dimana bentuk hubungan dapat perbedaan, hubungan atau pengaruh, tahap ini akan dilakukan analisis terhadap faktor yang berhubungan dengan kompetensi kepemimpinan dan pengaruh kompetensi kepemimpinan terhadap motivasi dan kinerja perawat pelaksana. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Perumusan isu strategis dengan *Fokus Group Discussion* (FGD) bersama kepala seksi keperawatan, kepala ruang unit kerja, dan perawat

pelaksana. Penyusunan modul kompetensi kepemimpinan kepala ruang dilakukan bersama pakar. Populasi terjangkau dalam penelitian adalah seluruh kepala ruang Instalasi dan perawat pelaksana Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram sebanyak 192 orang. Sampel dalam penelitian tahap satu ini terdiri dari kepala ruang Unit kerja dan perawat pelaksana. Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus *rule of the thumb* yaitu 5-10 kali jumlah variabel bebas yang diteliti. Besar sampel dalam penelitian tahap ini 140 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *probability sampling*, yaitu *cluster sampling* yang penetapan subjek diambil dari masing-masing wilayah kerja (*emergency*, rawat inap, rawat jalan, kamar operasi, dan intensif). Tahap kedua pada penelitian ini menggunakan rancangan *quasy experimental* dengan randomisasi dan kontrol. Tahap kedua ini terdapat dua kelompok yaitu kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan (menerapkan kompetensi kepemimpinan kepala ruang seperti biasa) dan kelompok perlakuan yang memperoleh intervensi penerapan kompetensi kepemimpinan kepala ruang. Tahap uji coba menggunakan modul kompetensi kepemimpinan kepala

ruang hasil dari FGD dan diskusi bersama pakar. Populasi terjangkau dalam tahap uji coba ini adalah seluruh kepala ruang dan perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram sebanyak 73 orang yang terbagi menjadi rawat inap kelas 1, 2, 3, VIP/VVIP. Sampel dalam penelitian sebanyak 32 responden yang terdiri dari perawat pelaksana rawat inap kelas 3A dan 3B. Teknik yang digunakan dalam tahap kedua ini yaitu teknik *probability sampling* jenis *simple random sample* dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Perbedaan motivasi dan kinerja perawat pelaksana kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan uji *Wicoxon signed ranks test*. Hipotesis alternatif diterima bila  $p \leq 0,05$  dan pengaruh kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap peningkatan motivasi dan kinerja perawat pelaksana kelompok kontrol dan perlakuan sesudah intervensi menggunakan uji *Mann Whitney*. Hipotesis alternatif diterima apabila  $p \leq 0,05$ .

## HASIL

### Tahap I

Tabel 1. Distribusi frekuensi faktor internal (individu)

Faktor internal	Skor (%)	f	(%)
<b>Pengetahuan</b>			
Baik	76-100	102	73
Cukup	56-75	28	20
Kurang	$\leq 55$	10	7
<b>Keterampilan</b>			
Baik	76-100	66	47,14
Cukup	56-75	72	51,42
Kurang	$\leq 55$	2	1,43
<b>Pengalaman kerja</b>			
$\geq 2$ tahun	95		67,9
$\leq 2$ tahun	45		32,1
<b>Nilai</b>			
Baik	76-100	80	57,14
Cukup	56-75	58	41,43
Kurang	$\leq 55$	2	1,43
<b>Demografi</b>			
<b>Umur</b>			
17-25 tahun	-	32	22,9
26-35 tahun		104	74,3
36-45 tahun		4	2,8
<b>Suku</b>			
Sasak	-	114	81,4
Bali		8	5,7
Jawa		9	6,4
Lainnya		9	6,4
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	-	36	25,7
Perempuan		104	74,3
<b>Agama</b>			
Hindu	-	8	5,7
Islam		132	94,3

Tabel 2. Distribusi frekuensi faktor eksternal (organisasi)

Faktor eksternal	Skor (%)	F	(%)
Faktor bawahan			
1. Status sosial	-		
PNS		118	84,3
Kontrak		22	15,7
2. Pendidikan	-		
D3 Keperawatan		81	57,9
S1 Keperawatan		14	10
Ners		45	32,1
Faktor situasi (budaya organisasi)			
Baik	76-100	83	59,29
Cukup	56-75	51	36,43
Kurang	≤55	6	4,29

Tabel 3. Distribusi frekuensi kompetensi kepemimpinan kepala ruang

Kompetensi kepemimpinan	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Memimpin diri sendiri	77	55	63	45	0	0	140	100
Memimpin orang lain	73	52	67	48	0	0	140	100
Memimpin organisasi	62	44	78	56	0	0	140	100

Tabel 4. Distribusi frekuensi motivasi perawat pelaksana

Motivasi	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Faktor <i>motivator</i>	67	47,8	68	48,5	5	4	140	100
Faktor <i>hygiene</i>	54	38	81	58	5	4	140	100

Tabel 5. Distribusi frekuensi kinerja perawat pelaksana

Variabel	Sangat baik		Baik		Cukup		Kurang		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sasaran kerja pegawai (SKP)	16	11,43	27	19,29	87	62,14	10	7,14	140	100
Sasaran perilaku (SP)	19	13,57	26	18,57	86	61,43	9	6,43	140	100

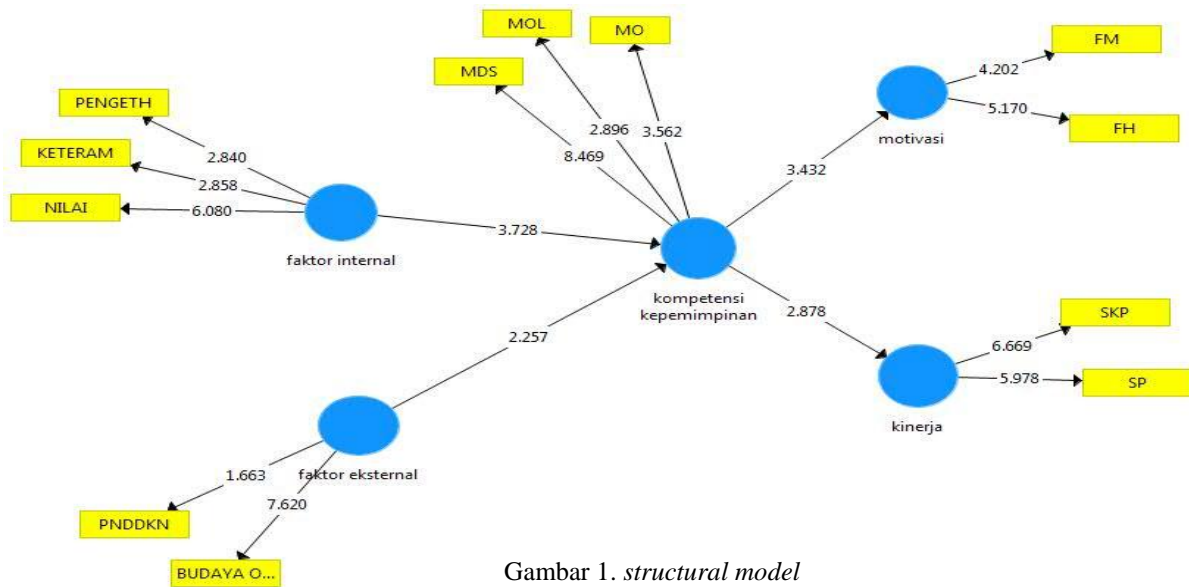
Tabel 1 menunjukkan distribusi frekuensi faktor internal (individu) perawat. Responden sebagian besar berpendidikan baik, dan memiliki keterampilan yang cukup. Responden memiliki pengalaman kerja sebagian besar lebih dari 2 tahun. Variabel nilai sebagian besar memiliki nilai yang baik. Data demografi menjelaskan sebanyak Sebagian besar responden berada pada rentang usia 26-35 tahun dan suku terbanyak adalah suku sasak.

Tabel 2 menampilkan tentang faktor eksternal (organisasi) yang terdiri dari faktor bawahan yaitu status sosial, pendidikan perawat dan faktor situasi (budaya organisasi). Status sosial sebagian besar adalah PNS dan pendidikan sebagian besar adalah D3 keperawatan. Faktor budaya organisasi menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki budaya organisasi yang baik.

Tabel 3 menunjukkan sebagian besar kepala ruang memiliki kualitas baik dalam kompetensi kepemimpinan memimpin diri sendiri, sedangkan

jumlah responden terendah berada pada kompetensi kepemimpinan memimpin organisasi. Tabel 4 menunjukkan sebagian besar motivasi perawat pelaksana pada faktor *hygiene* dengan kategori cukup, sedangkan responden terendah yang memiliki kategori kurang berada pada faktor *motivator* dan faktor *hygiene*. Tabel 5 menunjukkan sebagian besar kinerja perawat pelaksana pada sasaran kerja pegawai (SKP) dan pada sasaran perilaku (SP) dalam kategori cukup.

Gambaran hasil pengujian PLS tahap pemodelan dengan tujuan mengetahui pengaruh antar variabel. Variabel karakteristik faktor internal (individu) yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, pengalaman, nilai/norma keyakinan, dan data demografi, faktor eksternal (organisasi) terdiri dari faktor bawahan, faktor situasi, variabel kompetensi kepemimpinan terdiri dari memimpin diri sendiri, memimpin orang lain, dan memimpin organisasi, variabel motivasi terdiri dari faktor



Gambar 1. structural model

motivator dan faktor hygiene, variabel kinerja terdiri dari sasaran kerja perawat (SKP) dan sasaran perilaku (SP). Pengujian ini menggunakan perbandingan uji t (*t-test*), apabila nilai t hitung lebih besar dari t tabel, *t-value* > 1,96 berarti pengujian signifikan, jika *t-value* < 1,96 berarti pengujian tidak signifikan.

Hasil pemodelan menunjukkan bahwa faktor internal berpengaruh signifikan terhadap kompetensi kepemimpinan, faktor eksternal berpengaruh signifikan terhadap kompetensi kepemimpinan, kompetensi kepemimpinan berpengaruh signifikan terhadap motivasi, dan kompetensi kepemimpinan berpengaruh positif terhadap kinerja. Isu strategis yang didapatkan pada tahap ini yaitu faktor internal yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan nilai, faktor eksternal terdiri dari budaya organisasik, kompetensi kepemimpinan dan motivasi serta kinerja

Penelitian ini menggunakan metode fokus grup diskusi untuk memperkuat isu strategis dan juga solusi untuk kemudian sebagai dasar peneliti dalam menyusun rekomendasi kompetensi kepemimpinan kepala ruang sebagai upaya peningkatan motivasi dan kinerja perawat pelaksana.

Hasil atau temuan penting dalam *focus group discussion* (FGD) yaitu pada faktor internal (individu) didapatkan pembelajaran secara otodidak, pengetahuan perawat yang beraneka ragam, penempatan orang bau sebagai karu, belum ada referensi tentang kompetensi kepemimpinan kepala ruang, dan kurangnya pengetahuan perawat, dari segi keterampilan didapatkan bidang keperawatan belum membuat perencanaan dalam hal pelaksanaan pelatihan, sedangkan indikator nilai didapatkan kompetensi kepemimpinan memiliki

nilai tinggi bagi kepala ruang, namun belum dilaksanakan sosialisasi terkait kompetensi kepemimpinan kepala ruang.

Faktor eksternal (budaya organisasi) didapatkan adanya tekanan budaya organisasi dalam institusi, terdapat pro dan kontra, dan kesenjangan antara visi misi rumah sakit dengan ruangan. Kompetensi kepemimpinan diperoleh pembelajaran secara otodidak, sistem manajemen bangsal belum diterapkan, referensi dalam menjalankan kompetensi karu belum optimal. Variabel motivasi didapatkan perawat pelaksana kurang termotivasi dalam menjalankan perintah kepala ruang dan variabel kinerja diperoleh hasil belum konsisten antara *reward* dan *punishment*, kepala ruang memberikan pembelajaran ekstra terkait kinerja kepada perawat baru, belum ada sosialisasi dan pelatihan terkait asuhan keperawatan.

## Tahap II

### Motivasi

Tabel 7 menyajikan distribusi frekuensi motivasi perawat pelaksana pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Pada kelompok perlakuan faktor motivator sebagian besar memiliki jumlah nilai sama yaitu dengan kategori cukup. Begitu juga dengan faktor hygiene memiliki nilai sebagian besar berada pada kategori Frekuensi motivasi perawat pelaksana pada kelompok perlakuan dan kontrol setelah intervensi yaitu kelompok perlakuan memiliki faktor motivator dan faktor hygiene dengan kategori baik yang sama.

Tabel 7. Distribusi frekuensi motivasi perawat pelaksana pada kelompok perlakuan dan kontrol

Motivasi	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Pre-test</b>								
1. Perlakuan								
Faktor motivator	6	37,5	10	62,5	0	0	16	100
Faktor hygiene	7	43,75	9	56,25	0	0	16	100
2. Kontrol								
Faktor motivator	6	37,5	10	62,5	0	0	16	100
Faktor hygiene	4	25	11	68,75	1	6,25	16	100
<b>Post-test</b>								
1. Perlakuan								
Faktor motivator	12	75	4	25	0	0	16	100
Faktor hygiene	12	75	4	25	0	0	16	100
2. Kontrol								
Faktor motivator	6	37,5	10	62,5	0	0	16	100
Faktor hygiene	2	12,5	13	81,25	6,25	1	16	100
<b>a. Faktor motivator</b>								
<i>Wilcoxon</i> kelompok perlakuan					p=0,002			
<i>Wilcoxon</i> kelompok kontrol					p=0,845			
<i>Mann whitney post-test</i>					p=0,010			
<b>b. Faktor hygiene</b>								
<i>Wilcoxon</i> kelompok perlakuan					p=0,002			
<i>Wilcoxon</i> kelompok kontrol					p=0,892			
<i>Mann whitney post-test</i>					p=0,000			

Tabel 8. Distribusi frekuensi kinerja perawat pelaksana pada kelompok perlakuan dan kontrol

Motivasi	Baik		Cukup		Kurang		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Pre-test</b>								
1. Perlakuan								
Sasaran kerja pegawai (SKP)	8	50	8	50	0	0	16	100
Sasaran perilaku (SP)	5	31,25	11	68,75	0	0	16	100
2. Kontrol								
Sasaran kerja pegawai (SKP)	5	31,25	11	68,75	0	0	16	100
Sasaran perilaku (SP)	5	31,25	11	68,75	0	0	16	100
<b>Post-test</b>								
1. Perlakuan								
Sasaran kerja pegawai (SKP)	12	75	4	25	0	0	16	100
Sasaran perilaku (SP)	11	68,75	5	31,25	0	0	16	100
2. Kontrol								
Sasaran kerja pegawai (SKP)	5	31,253	11	68,75	0	0	16	100
Sasaran perilaku (SP)	5	1,25	11	68,75	0	0	16	100
<b>a. Sasaran kerja pegawai (SKP)</b>								
<i>Wilcoxon</i> kelompok perlakuan					p=0,010			
<i>Wilcoxon</i> kelompok kontrol					p=0,317			
<i>Mann whitney post-test</i>					p=0,006			
<b>b. Sasaran perilaku (SP)</b>								
<i>Wilcoxon</i> kelompok perlakuan					p=0,006			
<i>Wilcoxon</i> kelompok kontrol					p=1,000			
<i>Mann whitney post-test</i>					p=0,039			

Kelompok kontrol pada faktor motivator dan hygiene sebagian besar berada pada kategori cukup. Pada faktor motivator pada kelompok perlakuan memiliki hasil yang signifikan sebelum dan sesudah, dimana berarti bahwa terdapat beda sebelum dan setelah diberikan intervensi. Hal ini berkebalikan dengan kelompok kontrol, dimana tidak ada beda anatar sebelum dan setelah intervensi pada kelompok kontrol. Hasil uji beda antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol terdapat perbedaan yang signifikan, dimana

berarti terdapat pengaruh kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap motivasi (faktor motivator) perawat pelaksana.

Hasil uji dengan *wilcoxon signed rank test* faktor hygiene pada kelompok perlakuan menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan setelah dilakukan intervensi, hal ini berkebalikan dengan kelompok kontrol. Sedangkan hasil uji beda antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol terdapat perbedaan yang signifikan, hal ini menunjukkan bahwa

terdapat maka artinya terdapat pengaruh kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap motivasi (faktor *hygiene*) perawat pelaksana.

### **Kinerja**

Sasaran kerja pegawai pada kelompok perlakuan *pre-test* memiliki jumlah yang sama antara kategori baik dengan kategori cukup. Sedangkan pada faktor sasaran perilaku pada saat *pre-test* jumlah terbanyak adalah pada kategori cukup. Sedangkan pada kelompok kontrol baik sasaran kerja pegawai maupun sasaran perilaku memiliki jumlah yang sama dimana berada pada kategori baik dan cukup.

Hasil pada saat post test menunjukkan bahwa baik pada sasaran kerja pegawai (SKP) maupun sasaran perilaku (SP) sebagian besar berada pada kategori baik, hal ini berkebalikan dengan kelompok kontrol dimana sebagian besar berada pada kategori cukup.

Hasil uji beda pada faktor SKP dan faktor SP sebelum dan setelah intervensi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan setelah intervensi. Kelompok kontrol baik pada faktor SKP maupun SP ini tidak adanya perbedaan yang signifikan antara sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap kinerja (sasaran kerja pegawai dan sasaran perilaku) perawat pelaksana.

## **PEMBAHASAN**

### **Tahap 1**

Hasil uji statistik faktor internal menunjukkan bahwa ada pengaruh signifikan faktor internal terhadap kompetensi kepemimpinan kepala ruang (tabel 7). Pengetahuan yang dimiliki sebagian besar berada pada kategori baik sebanyak 73%, keterampilan kepala ruang sebagian besar dalam kategori cukup sebesar 51,42% dan nilai berada dalam kategori baik sebesar 80%. Pengetahuan kepala ruang dalam kompetensi kepemimpinan, memimpin diri sendiri masuk kedalam kategori kapasitas belajar dimana seorang kepala ruang paham terhadap peran dan fungsinya karena akan menjadi landasan dalam menjalankan kompetensinya. Pengetahuan yang dimiliki oleh kepala ruang sebagian besar terdapat pada pengertian kepemimpinan bila dibandingkan dengan peran dan fungsi keperawatan, karena di RSUD Kota Mataram belum ada referensi yang lengkap serta sosialisasi terkait kompetensi kepemimpinan kepala ruang.

Pengetahuan memiliki dua fungsi utama, pertama sebagai latar belakang dalam menganalisa sesuatu hal, mempersepsikan dan menginterpretasikannya, yang kemudian dilanjutkan dengan pengambilan keputusan tindakan yang dianggap perlu. Kedua, peran pengetahuan

dalam mengambil tindakan yang perlu adalah menjadi latar belakang dalam mengartikulasikan beberapa pilihan tindakan yang mungkin dapat dilakukan, memilih salah satu dari beberapa kemungkinan tersebut dan mengimplementasikan pilihan tersebut, sehingga pengetahuan mengenai kompetensi kepemimpinan bagi seorang kepala ruang sangatlah penting sebagai dasar pengambilan keputusan dalam penerapan kompetensinya di ruangan (Achterbergh & Vriens 2002 dalam Pribadi 2010).

Keterampilan kepala ruang digambarkan sebagian besar adalah cukup, pengalaman kerja yang dimiliki sebagian besar  $\geq 2$  tahun, namun bertolak belakang dengan pendapat (Ferguson & Brunner 1982 dalam Chase 2010) bahwa keterampilan yang dimiliki kepala perawat dipengaruhi oleh pengalaman, semakin tinggi pengalaman yang dimiliki maka akan memberikan penghargaan yang lebih besar pula sehingga yang peran manajerial kepala perawat yaitu manajemen dan tujuan klinis, keterampilan manajemen dasar, dan unsur-unsur kunci dalam unit perawatan. Hal tersebut dapat disebabkan karena seorang menjadi kepala ruang yang baru di RSUD Kota Mataram cenderung belajar secara otodidak dan kepala ruang belum memperoleh pelatihan kompetensi kepemimpinan, selain itu pendidikan kepala ruang sebagian besar adalah D3, dimana pendidikan D3 merupakan pendidikan profesi pemula sehingga dalam pelaksanaannya membutuhkan pengalaman kerja yang cukup. Pendidikan D3 keperawatan belum diajarkan bagaimana cara untuk memimpin dan mengelola hanya terbatas pada keterampilan pelayanan kesehatan.

Komponen faktor internal yang paling mempengaruhi kompetensi kepemimpinan adalah komponen nilai, nilai yang dimaksudkan adalah kompetensi kepemimpinan kepala ruang merupakan hal yang sangat penting dan menjadi acuan kepala ruang dalam melaksanakan peran dan fungsinya untuk peningkatan mutu pelayanan, selain itu kompetensi kepemimpinan kepala ruang memiliki nilai strategis bagi peningkatan motivasi dan kinerja perawat pelaksana. Seorang pemimpin dalam memotivasi orang lain harus tahu diri, mengevaluasi keyakinan, dan nilai-nilai pribadi (Bennis 1989 dalam Smith 2012).

Perhitungan *t-test* pada faktor eksternal yaitu ada pengaruh signifikan faktor eksternal terhadap kompetensi kepemimpinan. Hasil FGD pada budaya organisasi didapatkan adanya tekanan budaya organisasi dalam institusi, beban kerja perawat, dan terdapat kesenjangan visi misi rumah sakit dan ruangan. Budaya organisasi dapat mempengaruhi kompetensi kepemimpinan kepala ruang dalam mencapai tujuan organisasi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa budaya organisasi berkontribusi positif kepada kepemimpinan (Wong & Cummings 2007 dalam Carter

2016). Hasil dari penelitian (Kusumawati 2010) menyatakan bahwa ada pengaruh signifikan antara budaya organisasi terhadap kinerja dan kompetensi kepemimpinan. Budaya organisasi tersebut terdiri dari misi, konsistensi, adaptabilitas, dan pelibatan jadi dalam budaya organisasi dimana keterlibatan karyawan relatif tinggi merupakan atribut untuk meningkatkan kinerja dan kepuasan pasien.

Hasil kuesioner faktor situasi (budaya organisasi) pada faktor eksternal di RSUD Kota Mataram sebanyak 59,29% memiliki kategori baik, selanjutnya responden yang berada dalam kategori baik tersebut sebagian besar berada pada komponen konsistensi sebanyak 89 orang (63,67%), hal ini membuktikan bahwa konsistensi yang terdiri dari pedoman dalam pelaksanaan pelayanan dibuat tertulis, setiap perawat memiliki pemahaman yang baik tentang kebutuhan pasien, setiap kesalahan yang terjadi dievaluasi secara tertutup, penerapan nilai-nilai dalam bekerja seperti kedisiplinan, kekompakan, penghargaan, dan lain-lain telah dilaksanakan dengan maksimal. Hal tersebut berbeda dengan hasil dari penelitian (Deal and Patterson 2007 dalam Blakeman 2013) yaitu visi dan dari institusi merupakan hal yang paling penting dalam budaya organisasi.

Hasil perhitungan *t-test (structural model)* didapatkan ada pengaruh signifikan kompetensi kepemimpinan terhadap motivasi perawat pelaksana. Faktor *hygiene* merupakan sub variabel yang paling mempengaruhi motivasi perawat pelaksana. (Herzberg 1966 dalam Ghazi *et al.*, 2013) mengembangkan teori dua faktor yaitu faktor *higiene* dan *motivator*. Faktor *hygiene* meliputi: upah, kondisi kerja, keamanan kerja, status, prosedur perusahaan, mutu penyediaan, mutu hubungan interpersonal antar sesama rekan kerja, atasan, dan bawahan, sedangkan faktor *motivators* meliputi: pencapaian prestasi, pengakuan, tanggung jawab, kemajuan, pekerjaan itu sendiri, kemungkinan berkembang. Studi meta analisis menyelidiki berbagai literatur untuk dapat menunjang bahwa peningkatan moral dan karakteristik motivasi dari seorang pemimpin keperawatan erat kaitannya dengan pengoptimalan kualitas perawat dan hasil di rumah sakit. Studi ini menyatakan bahwa kompleksitas hubungan interpersonal dalam lingkungan kerja klinis, dan isu kritis yang dihadapi perawat pada fungsi mereka sehari-hari menunjukkan bahwa moral, kepuasan kerja dan motivasi adalah bagian terpenting dalam peningkatan efisiensi kerja, output, kolegalitas, dan komunikasi antara staf (Stapleton *et al.*, 2007 dalam Ezeukwu 2011).

Seorang pemimpin dapat mempengaruhi motivasi pada bawahan dengan cara menawarkan imbalan untuk dapat mencapai tujuan kinerja, menjelaskan jalur menuju tujuannya tersebut. Salah satu bagian dari kompetensi kepemimpinan kepala ruang adalah memotivasi staf sehingga dapat mencapai tujuan

yang telah ditentukan, apabila staf telah mencapai prestasi dan hasil kerja yang memuaskan, seorang kepala ruang dapat memberikan *reward* kepada stafnya, dan begitu sebaliknya.

Hasil penelitian kinerja didapatkan sebagian besar pada kategori cukup. Hasil *t-test* menunjukkan bahwa ada pengaruh signifikan kompetensi kepemimpinan kepala ruang terhadap kinerja perawat pelaksana. Hasil FGD pada penelitian ini terkait kinerja adalah kepala ruang memberikan pembelajaran ekstra kepada perawat baru.

Penelitian (Miltner *et al.*, 2015) saat melaksanakan FGD beberapa kepala keperawatan mengatakan bahwa strategi kepemimpinan yang proaktif dapat meningkatkan kinerja unit. Kompetensi kepemimpinan pada kepala ruang memiliki nilai penting terhadap peningkatan kinerja ruangan, sehingga kepala ruang diharapkan paham terhadap kompetensi yang dimilikinya sebagai pemimpin, oleh sebab itu diperlukan adanya pelatihan atau penyegaran kembali terkait *performance* perawat dalam pelaksanaan tugasnya sebagai pelayan kesehatan. Pendapat (De Kluyver & Pearce 2008 dalam Olinger 2010) kinerja merupakan inti dan aset dari kompetensi kepemimpinan dalam suatu organisasi.

Perawat merupakan ujung tombak dari pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, apabila kinerja unit dalam suatu organisasi/unit pelayanan kesehatan tinggi maka akan mempengaruhi kualitas dari organisasi tersebut, oleh sebab itu dibutuhkan *leader* atau kepala keperawatan yang mengetahui kompetensi kepemimpinan yang mereka harus miliki. Kinerja sebagian besar dalam kategori cukup dapat disebabkan karena belum dilakukan pelatihan secara berkesinambungan, sehingga kepala ruang masih memberikan pengajaran ekstra kepada perawat pelaksana terkait keterampilan, selain itu pada poin penelitian asuhan keperawatan sebagai peningkatan orientasi mutu pelayanan didapatkan asuhan keperawatan tiap ruang berbeda-beda karena belum ada pelatihan serta sosialisasi tentang *standard nursing language* di RSUD Kota Mataram.

## Tahap 2

Uji statistik *wilcoxon* faktor *motivator* dan faktor *hygiene* pada kelompok perlakuan setelah dilakukan intervensi adalah sama yaitu sebesar  $p=0,002$  sehingga dapat disimpulkan ada beda motivasi responden sebelum dan sesudah intervensi kompetensi kepemimpinan kepala ruang pada kelompok perlakuan. Hasil *post-test* kelompok perlakuan, sebagian besar motivasi perawat pelaksana berada pada kategori baik. Uji *mann-whitney* faktor *motivator* dan faktor *hygiene* pada kelompok perlakuan dan kontrol *post-test* didapatkan ada pengaruh signifikan motivasi perawat pelaksana setelah



mendapatkan intervensi kompetensi kepemimpinan kepala ruang pada kelompok perlakuan bila dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi.

Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa terdapat 7 kunci utama yang diidentifikasi dalam memotivasi yaitu imbalan keuangan (gaji atau tunjangan), pengembangan karir (dipromosikan), pendidikan berkelanjutan (memiliki kesempatan untuk mengambil kelas dan menghadiri seminar), infrastruktur rumah sakit (kondisi fisik, fasilitas kesehatan, lingkungan kerja), ketersediaan sumber daya (ketersediaan perawat dan alat medis bagi petugas kesehatan untuk melakukan pekerjaan mereka), manajemen rumah sakit (memiliki kerja yang positif, hubungan yang baik dengan manajemen dan petugas kesehatan lainnya) dan pengakuan/penghargaan (baik dari manajer, rekan kerja, maupun dari masyarakat) (Willis-Shattuck *et al.*, 2008). Penerapan dalam kompetensi kepemimpinan dilakukan melalui empat domain utama yang salah satunya dalam domain kompetensi interpersonal yaitu motivasi (Rubino 2007 dalam Graziadio 2013). Lingkungan kerja yang nyaman serta pemberian motivasi pada dasarnya merupakan hak para karyawan dan kewajiban dari pihak perusahaan untuk mendukung kontribusi para karyawannya dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan (Rezsa 2008 dalam Melati 2011).

Motivasi perawat pelaksana setelah dilakukan intervensi kompetensi kepemimpinan kepala ruang meningkat, sebagian besar kompetensi berada pada kategori baik hal ini disebabkan karena modul kompetensi disosialisasikan peneliti kepada kepala ruang kelompok perlakuan selama 1 bulan, setelah diberikan intervensi nilai motivasi pada kelompok perlakuan sebagian besar meningkat. Kepala ruang telah menerapkan kompetensi kepemimpinannya dalam hal memotivasi perawat pelaksana seperti memberikan kesempatan kepada perawat pelaksana dalam pengembangan karir di bidang keperawatan, membuat kondisi kerja yang nyaman, rekan kerja memberikan semangat dan dukungan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Hasil penelitian pada kelompok perlakuan *post-test* didapatkan bahwa kinerja (SKP) dan kinerja (SP) sebagian besar pada kategori baik. Hasil uji *wilcoxon signed rank test* pada kelompok perlakuan didapatkan ada beda kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan. Uji *mann-whitney* pada kelompok perlakuan dan kontrol *post-test* didapatkan ada pengaruh signifikan kinerja perawat pelaksana setelah diberikan intervensi kompetensi kepemimpinan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak memperoleh intervensi.

Peningkatan kinerja karyawan di instansi pemerintah dapat ditempuh dengan beberapa cara,

misalnya melalui pemberian kompensasi yang layak, pemberian motivasi, menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, serta pendidikan dan pelatihan, oleh karena itu karyawan diharapkan dapat memaksimalkan tanggung jawab mereka setelah dibekali dengan pendidikan dan pelatihan yang berkaitan dengan implementasi pekerjaan mereka. Kinerja pada dasarnya dipengaruhi oleh kondisi tertentu, yaitu kondisi yang berasal dari dalam individu yang disebut dengan faktor individual dan kondisi yang berasal dari luar individu yang disebut dengan faktor situasional. Faktor individual meliputi pengalaman dan karakteristik psikologis yang terdiri dari motivasi, kepribadian, dan orientasi tujuan sedangkan faktor situasional meliputi kepemimpinan, prestasi kerja, hubungan sosial dan budaya organisasi (Melati 2011). Salah satu dari empat domain kompetensi kepemimpinan oleh (Rubino 2007 dalam Graziadio 2013) yaitu manajemen kinerja dan evaluasi yang terdapat pada domain kompetensi organisasi. De Kluyver dan Pearce 2008 dalam Olinger 2010 menyatakan bahwa kinerja merupakan inti dan aset dari kompetensi kepemimpinan dalam suatu organisasi.

Modul kompetensi kepemimpinan diterapkan selama 1 bulan kepada kepala ruang. Skor kinerja kelompok perlakuan sebagian besar meningkat, bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kompetensi kepemimpinan yang diterapkan dalam hal kinerja yang dilakukan meliputi dokumentasi asuhan keperawatan, *pasien safety, health education* pasien dan keluarga sesuai kasus, menghitung beban kerja perawat, timbang terima, kerja sama tim, dan lain-lain.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Model kompetensi kepemimpinan kepala ruang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang ada dalam diri pemimpin yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan dan nilai, sedangkan faktor eksternal terdiri dari faktor bawahan (pendidikan) dan faktor organisasi (budaya organisasi). Penerapan model kompetensi kepemimpinan kepala ruang mempengaruhi motivasi dan kinerja perawat pelaksana. Faktor *hygiene* dalam motivasi merupakan yang paling besar mempengaruhi kompetensi kepemimpinan. Faktor *hygiene* tersebut terdiri dari gaji, kondisi kerja, hubungan kerja, dan prosedur kerja.

### Saran

Pengembangan model kompetensi kepemimpinan terkait memimpin diri sendiri, memimpin orang lain dan memimpin organisasi dapat digunakan sebagai salah satu referensi seorang pemimpin dalam menjalankan kompetensinya di lapangan, selain itu dapat

dipertimbangkan sebagai sarana penilaian kepemimpinan keperawatan.

#### KEPUSTAKAAN

- American Nursing Association, 2013. *Competency model*, Available at: Available at: <http://ana-leadershipinstitute.org/Doc-Vault/About-Us/ANA-Leadership-Institute-Competency-Model-pdf.pdf>.
- Blakeman, C., 2013. A nursing model of leadership practice and policy implementation: end-of-life care challenge. *Proquest LLC*.
- Carter, S., 2016. The relationship between transformational leadership and organizational learning culture in magnet and non-magnet hospitals. *Proquest LLC*.
- Chase, L., 1994. Nurse manager competencies. *The Journal of nursing administration*, 24, pp.56–64.
- Ezeukwu, D., 2011. Nurse leader competencies and their relationship to quality of nursing care: a case study. *Proquest LLC*.
- Ghazi, Sahsada & Khan, S., 2013. Resurrecting herzberg's two factor theory: an implication to the university teachers. *Journal of Educational and Social Research*, 3(2).
- Graziadio, GL., 2013. Leadership competencies for effective hospital chief executive officers and chief medical officers in mexico. *Proquest LLC*, UMI 1543405.
- Hair, J.F. et al., 2012. The use of partial least squares structural equation modeling. *Strategic Management Research: A Review of Past Practices and Recommendations for Future Applications, Long Range Planning (LRP)*, 45(4-5), pp.320–340. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024630112000568>.
- Ilyas, Y., 2002. Kinerja: teori, penilaian, dan penelitian. In *Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Depok: Universitas Indonesia.
- Kusumawati, R., 2010. *Analisis pengaruh budaya organisasi dan gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja untuk meningkatkan kinerja karyawan studi kasus di RS Roemani Semarang*. Available at: [http://eprints.undip.ac.id/18652/1/Ratna\\_Kusumawati.pdf](http://eprints.undip.ac.id/18652/1/Ratna_Kusumawati.pdf).
- Kuswadi, 2004. *Cara Mengukur Kepuasan Karyawan*, Jakarta: PT. Elex media koputindo.
- Maryanto, Pujiyanto, Tri, Setyono, S., 2013. Hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan kepuasan kerja perawat di rumah sakit swasta di Demak. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), pp.146–153.
- Melati, IL., 2011. *Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja pegawai studi empiris pada Kementerian keuangan kantor wilayah jawa tengah*. Available at: <http://eprints.undip.ac.id/28660/1/Skripsi05.pdf>.
- Miltner, R.S. et al., 2015. Professional Development Needs of Nurse Managers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(6), pp.252–258 7p. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103807275&site=ehost-live&scope=site>.
- Mtimkulu, D.S., 2014. an Evaluation of the Leadership Styles of Managers and Their Impact on Human Capital Factors of Motivation , Performance and Absenteeism of Employees At Selected Hospitals in Eastern Free State , South Africa. , 4(2).
- Mutaaitin, 2010. *Hubungan gaya kepemimpinan situasional kepala ruangan dengan tugas perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Klien di Ruang Rawat Inap RSUD Pasaman Barat*. Universitas Andalas. Available at: <http://repository.unand.ac.id/7467/>.
- PPNI, 2012. *Standar praktek keperawatan, perawat profesional*, Jakarta.
- Pribadi, A., 2010. *Analisis pengaruh faktor pengetahuan, motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara*. Available at: [http://eprints.undip.ac.id/16228/1/Agung\\_Pribadi.pdf](http://eprints.undip.ac.id/16228/1/Agung_Pribadi.pdf).
- Smith, V., 2012. College of management and technology. *Proquest LLC*.
- Willis-Shattuck, M. et al., 2008. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 8, p.247. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19055827>.
- Yamin, S. & Kurniawan, H., 2011. *Generasi baru mengolah data penelitian dengan partial least square path modeling*, Jakarta: SalembaInfotek.

**PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN INDONESIA TENTANG PERILAKU  
CARING DAN KARAKTERISTIK PENGAJARAN PEMBIMBING AKADEMIK**  
*(Perception Of Indonesian Nursing Students Regarding Caring Behavior And Teaching  
Characteristics Of Their Clinical Nursing Instructors)*

**Madiha Mukhtar\*, Nursalam\*\*, Ninuk Dian Kurniawati\*\***

\*Bhawalpur College of Nursing, Punjab, Pakistan

\*\*Faculty Of Nursing, Universitas Airlangga

Email: mukhtar\_maha@yahoo.com

**ABSTRAK**

**Pendahuluan:** Pembelajaran dan kinerja mahasiswa mencerminkan sikap profesional, perilaku, etika dan standar pembimbing mereka. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis persepsi mahasiswa Keperawatan Indonesia mengenai perilaku *caring* dan karakteristik pengajaran pembimbing akademik mereka. **Metode:** Studi *cross-sectional* eksplorasi ini menggunakan partisipan sebanyak 149 mahasiswa profesi keperawatan dari program reguler dan alih jenis serta 15 pembimbing akademik fakultas keperawatan dari universitas negeri yang terletak di Surabaya Indonesia. Data dikumpulkan melalui kuesioner dan *focus group discussion* (FGD) yang dilakukan untuk menggali informasi secara rinci. **Hasil:** Analisis deskriptif didapatkan 6% mahasiswa merasakan perilaku *caring* instruktur klinik mereka rendah, 52,3% merespon sebagai cukup dan 41,6% dianggap baik. Karakteristik pengajaran pembimbing akademik 2,7% rendah, 26,8% cukup dan 70,5% baik dirasakan oleh siswa mereka. Data yang dikumpulkan dari siswa dianalisis dengan menggunakan uji regresi logistik. komitmen profesional dengan (P-value 0,038), motivasi (P-value 0,010) dan lingkungan klinik (P-value 0,002) dalam kategori utama (nilai signifikansi adalah <0,05) menunjukkan pengaruh pada persepsi mahasiswa keperawatan Indonesia mengenai perilaku *caring* dan karakteristik pengajaran pembimbing akademik mereka. Pada *focus group discussion* siswa menyarankan agar pembimbing akademik meningkatkan jumlah kunjungan di lingkungan klinik dan menekankan pada demonstrasi di samping tempat tidur. **Diskusi:** Kesimpulan yang didapat bahwa karakteristik siswa memiliki pengaruh pada persepsi mereka mengenai perilaku *caring* dan lingkungan klinik mempengaruhi persepsi mereka mengenai karakteristik pengajaran pembimbing akademik mereka.

**Kata kunci:** perilaku *caring*, persepsi mahasiswa keperawatan, karakteristik pengajaran, instruktur Keperawatan akademik

**ABSTRACT**

**Introduction:** Student's learning and performance reflects the professional attitude, behavior, ethics and standards of their instructors. The aim of this study is to analyze the perception of Indonesian Nursing students regarding caring behavior and teaching characteristics of their Clinical Nursing Instructors (CNI). **Method:** In this exploratory cross-sectional study, 149 professional nursing students from Regular program (Baccalaureate) and Post diploma BSN and 15 CNI were recruited from nursing faculty of government university located in Surabaya Indonesia. Data were collected by questionnaire and Focus Group Discussion (FGD) which conducted to explore detailed information. **Result:** In descriptive analysis 6% students perceived the caring behavior of their clinical instructors as low, 52.3% respondents it as enough and 41.6 % considered it good. Teaching characteristics of CNI 2.7% low, 26.8 as enough and 70.5 % good as perceived by their students. Data collected from students was analysed by using logistic regression test. Professional commitment with (P-value .038), motivation (P-value .010) and clinical placement environment (P-value .002) in main category (significance value is < 0.05) shows influence on perception of Indonesian nursing students regarding caring behaviour and teaching characteristics of their CNIs. In FGD students' recommended to increase the number of visits in clinical area and emphasises on bed side clinical demonstration. **Discussion:** It can be concluded that students' characteristics does have influence on their perception regarding caring behavior and clinical setting environment influence their perception regarding teaching characteristics of their CNIs.

**Key Words:** Caring behavior, perception of nursing students, teaching characteristics, clinical Nursing Instructor

**INTRODUCTION**

Clinical nursing instructor have crucial role in development of professional progression of nursing students. Clinical training is far more important in nursing education to become a professional nurse. Nursing students learn about professional attitude, ethics and standards from their instructors. Student's learning and performance reflects the ability of instructors to create an environment where the students can learn (Hanson &

Stenvig, 2008). Clinical instructors must possess effective teaching characteristics such as professional knowledge, role modelling and clinical competence with communication skills to facilitate optimal clinical learning (Madhavanprabhakaran, Shukri, Hayudini, & Narayanan, 2013).

Based on observation, author finds that clinical nursing instructor doesn't pay visit on daily basis (upon their visit CNIs stay for 1 up to two hours in clinical area) who can guide students step by step and instruct them

bedside while performing procedures in clinical placement area. In an interview with PNS “our CNIs (*pembimbing akademik*) assigned for supervision of professional year nursing students according to their speciality visits in clinical area for a short time period”. Additionally the author realises that the number of contact hours of CNIs and PNSs are quite fewer to develop clinical skills and competencies expected to be a professional nurses. In an interview with a nurse member of education and training committee in Universitas Airlangga hospital, she stated that “professional nursing students are mostly guided by the nurse educator from hospital in each floor in inpatient units, only in the morning shift”. Furthermore, she mentioned that there is a lack of student-faculty ratio in clinical area.

In an initial data collected by questionnaire, total 18 professional nursing students from program A and B were responded including both genders. The questionnaire comprises 31 statements and developed from 10 carative factors of Jean Watson theory. The higher percentage is 80% and the lowest percentage is 45 %. Total calculated mean of all 18 respondents is 67% of the perception of nursing students regarding caring behavior and teaching characteristics of their clinical nursing instructors.

Salimi & Azimpour (2013) believed that determinants of caring behaviour are universal but cultural diversity, organizational issues, rules and regulations and laws may affect the universality of some items. Political issues also affect the nurses in delivering care to patients and clients. McCance, Slater, & McCormack (2009) mentioned in their study, In developing countries, it doesn't matter whether a nurse listen to a patient or not, because in those countries there is no demand for this care either by the system or by the patients, where as in western countries this is an important caring behavior as quoted by Salimi & Azimpour (2013).

Faculty members and clinical instructors must act as role models and facilitate learning by providing an environment that promotes holistic care, inquiry, critical thinking, accountability, and more autonomous and professional behavior. Nursing students should seek educational opportunities to acquire knowledge for role preparation, to participate in knowledge generation, and for personal and professional development Khouri (2011).

## METHOD

An exploratory cross-sectional quantitative research design is used to conduct this research study. Students and Clinical Nursing Instructors were asked to fill the questionnaire after giving explanation and their agreement to express their perception based on internal

and external factors regarding their clinical nursing instructor. Total six questionnaire comprises on students' characteristics as an internal factors (professional commitment, students' attitude, motivation, experience (program type) and gender), clinical placement environment and job responsibilities of CNIs as external factor and questionnaire related to perception of students regarding caring behavior (based on 10 Carative Factors of Jean Watson) and teaching characteristics (professional competence, relationship with students and personal attributes) of their CNIs. Based on questionnaire results, issue strategy is made. Following Focused Group Discussion (FGD) was conducted with two groups (one with PNSs and second one with CNIs from faculty of nursing Universitas Airlangga) to verify the data with professional year nursing students were followed for verification of data collected by questionnaire and to propose recommendations. Population in this research study is all undergraduate professional nursing students (program A and B) of Universitas Airlangga faculty of nursing, those are completing their internship in Universitas Airlangga hospital, Haji general hospital, Dr. Soetomo hospital, Menur psychiatric general hospital and community are included in the study. On the other hand faculty members are selected from each department were selected randomly, those which are supervising the professional nursing students in clinical area. The independent variable in this research is internal factors (professional commitment, attitude, motivation, gender and (program type) experience) and external factor includes (clinical placement environment and job responsibilities of CNIs). Research were conducted (January 2016 – April 2016) in the premises of faculty of nursing Universitas Airlangga Surabaya Indonesia. Professional nursing students were gathered from different clinical placements. Data were gathered by questionnaire through retrospective (recalling) of their recent previous interaction with their clinical nursing instructors in clinical setting.

Data collection is carried out for the perception of professional year undergraduate nursing students based on individual (commitment, attitude, motivation and gender) and environmental characteristics (clinical placement environment, clinical instructor's behavior and teaching characteristics) regarding caring behavior and teaching characteristics of their clinical nursing instructor. early before joining the respondents in the study, respondents first get an explanation from the researcher about the intent and purpose of the study, after an explanation of the research respondents, respondents were asked for their willingness to join in the study. respondent was given informed consent after the respondents expressed willingness to participate in research. respondents were given an explanation of the questionnaire to be filled along with how to fill. at the

time of filling the questionnaire respondents conducted mentoring of researchers to assist in filling out the questionnaire respondents. The Focused Group Discussion was conducted in university campus in a feasible area. FGD was scheduled on date and time which was convenient for all participant. The goal of settings that allow participants to feel relaxed, comfortable, and free to share their perceptions, thoughts, ideas and feelings openly.

Prior to collection of data for this research study, an ethical approval is obtained from (IRB) Institutional Review Board from ethical clearance committee of Faculty of Nursing and an official permission from dean of the Faculty of Nursing, Universitas Airlangga. *Informed consent* from each participant before being a part of this research study. Researcher maintained the anonymity of the respondents through not to publish the name of the respondent and does not use the results to mean beyond the interests of research. The confidentiality of information provided by respondents is guaranteed because the only certain groups of data that will be reported as a result of research and no personal information will be disclosed.

## RESULTS

Faculty of nursing is overall responsible of managing the PNS, their clinical allocation, handling issue, marking. Clinical supervision is divided into two domains; one is (*Pembimbing akademik*) academic supervisor/CNI (Clinical Nursing Instructor) which is faculty member from the faculty of nursing and another one is Clinical Educator (CE) from the Clinical setting. CNI covers classroom teaching, laboratory teaching & demonstration and clinical area directions, guidelines and supervision while the CE is responsible for Clinical procedure demonstration. Characteristics of professional nursing students who became the respondent Of this research study for first step were total 149 students from program A (Regular) and B (*Alih jenis*). Total number of sample were calculated by using scientific formula. Respondents were recruited through purposive sampling technique to respond the questionnaire program A 84 students were taken from total population of 109 students while 65 students from program B were taken as the total population are 87 students. Total 15 faculty members who supervise/instruct the Professional Nursing Students in clinical/community placement area. Total number of sample were calculated by using scientific formula. Respondents were recruited through purposive sampling technique to respond the questionnaire of their job responsibilities. Out of 149 respondents only 60 (40.3%) have good professional commitment, total positive Attitude 68 respondents (45.6%). 87 respondent (58.4 %) possess good motivation and the most frequency of

gender is female with total number of 101 respondents (67.8 %). Program A was on top with total 84 respondents with (56.4 %) as it becomes a basic nursing degree in the nursing profession. In responding to external factors, from 149 respondents 96 (64.4 %) answers in the good category. Fair number Professional Nursing Students considered their clinical learning environment as supportive and positive. On the other hand 13 CNI (86.7%) reflected that their job related responsibilities are fair enough in accordance to their position.

Logistic regression was carried out using these all (6) independent variable (Gender, experience (program type), professional commitment, attitude, motivation and clinical placement environment) included and only caring behavior was used as dependent variable. In this stage, stepwise removal probability is  $<0.1$ . As we can see in the category of main variables, gender has the highest value (.508), so it was excluded in the proceeding step. Similar analysis was performed repetitively till the variables valued less than  $<0.1$  is remained.

There is an influence of internal factors (Professional commitment, attitude, motivation, experience (program type) and Gender) on their perception regarding caring behavior and teaching characteristics of their CNIs. From six independent variables (gender, program type (experience), professional commitment, attitude, motivation, and clinical placement environment) two internal factors; commitment P-value .038 in main category (significance value is  $< 0.05$ ) and motivation P-value .010 (significance value is  $< 0.05$ ) of students have influence on their perception regarding caring behavior of their clinical nursing instructors. Conversely, internal factors does not show any influence on the perception of professional nursing students regarding teaching characteristics of their CNI. Second hypothesis of this research study is: *There is an influence of external factors (clinical placement environment and Job responsibilities of CNIs) on their perception regarding caring behavior and teaching characteristics of their CNIs*. From six independent variables (gender, program type (experience), professional commitment, attitude, motivation, and clinical placement environment) only one external factor; clinical placement environment P-value .002 in main category (significance value is  $< 0.05$ ) have influence on their perception regarding teaching characteristics of their clinical nursing instructors. Internal factors which does not have influence on perception of PNS was exclude gradually one by one. Analysis proves that clinical learning environment does have effect on the perception of PNS reading teaching characteristics of their clinical nursing instructors. In contrast clinical environment does not effect on their perception regarding caring behavior of their CNI. Clinical learning

environment (situations and circumstances) can be an obstacle in learning of professional nursing students.

Result of Logistic Regression analysis shows that there is no difference between perception of professional nursing students from program A and B. Significance is .540, which is more than  $>0.05$ . Students from both programs have same perception regarding their clinical nursing instructors. Additionally it confirms that there is no difference between perceptions the professional nursing students from program A and B.

FGD explored out their thoughts and concerns of professional nursing students. Student counselling and awareness session to bring awareness regarding core of nursing profession in order to promote professional commitment. Moreover, help the professional nursing students to find out their interests/passion within the nursing profession which will be their continuous motivation to move forward vigorously throughout their career. CNIs must increase the number of their visits in clinical area to make sure their availability and build trustworthy relation with PNS, which will develop their clinical skills, promote critical thinking, clinical decision making and research capabilities. Clinical nursing instructors should expose to new technology and implement while supervising and teaching the professional nursing students in clinical practice area. Clinical nursing instructors needs to conduct on-going evaluation and should conduct the discussion session after each semester to get feedback of the students. Faculty of nursing must conduct CNEs (Continue Nursing Education) sessions to enhance the competencies, introduce CNIs to new practice methods and skills.

## DISCUSSION

Obtained Result indicates that professional commitment is a 46.3 % with highest number in the average category, measuring results statistics based on latent variable indicator significance commitment effect on latent variable. In the present study students statistical analysis showed that professional commitment with P-value .038 in main category (significance value is  $< 0.05$ ) does have influence on the perception of professional nursing students. Munir Sanihu, et al (2013) is emphasized in their study, that Indonesian nursing curriculum needs improvement in term of developing analytical and critical thinking skills, leadership and managerial capabilities among the students and impress upon them that nurses re independent professionals who collaborate with physicians and other members of the health team in patient care regimen. "Respondents expressed their disappointment on discovering that patients were not always as grateful as they had anticipated; that nursing involves so much administration;

and that services are not always patient-focused" one of the leading reason of low professional commitment was mentioned by Gould & Fontenla, (2006) in their study.

Nursing is a humanistic profession; it has some particular characteristics due to the profession's nature. loyalty and tendency to remain in the profession and responsibility to the professional issues were extracted in theoretical phase. Commitment to promote caring abilities, satisfying of being a nurse, and belonging to the nursing profession were obtained in fieldwork phase. Finally, two main themes including "commitment to offering the best nursing care" and "commitment to promotion of the nursing profession" were extracted (Jafaragae. et al, 2012). Nurses exhibited a medium-high degree of professional commitment—the average score was 2.99 before graduation and 2.85 after graduation; The scores of overall commitment and four factors of professional commitment decreased from nursing students to registered nurses significantly; (4) personality traits were positively correlated with professional commitment for nursing students and registered nurses; and (5) there was no significant relationship between nurses' work backgrounds and the changes of professional commitment from nursing students to registered nurses (Lu, Chiou & Chang, 2000).

In this study students highlighted that worthy difference between theory and in real practice develops the low level of commitment with profession. Moreover, lack of research application and innovations contributes in lacking the interest. CNI needs to pay attention on applicable knowledge rather than only emphasizing on procedural or conceptual / bookish knowledge. Results obtained from data showed motivation is mainly fall in good category with (58.4 %). Low in terms of its goals, measuring results by applying statistics based on latent variable indicator significance motivational effect on latent variable. In the present study students statistical analysis showed that motivation of PNSs with P-value .010 I the main category (significance value is  $< 0.05$ ) does have influence on the perception of professional nursing students regarding caring behavior and teaching of their characteristics CNIs.

Motivation is a human psychological characteristics contribute to a person's level of commitment. This includes factors cause, distribute and maintain human behavior toward a specific determination (Nursalam, 2008). Application of caring behavior by nurses cannot be separated from the aspect motivation (Nursalam 2011). While the (suarli 2009) mengemukakan that motivation is one of the last measure on a person to produce a behavior led to an increase in productivity because it is supported by good motivation of nurses including the motivation to apply caring behavior. Students (234/315) with motivation score  $>6$  reported positive opinions to becoming a nurse (125/234),

organization of the programme and attitude to the studies. The mean score value for the motivation ranking differed significantly between male (5.8) and female (6.8) students. Nursing students mainly grade their motivation positive distributed different throughout their entire education. The main motivation factor was becoming a nurse. This study result highlights the need of understanding the students' situation and their need of tutorial support (Nilsson & Warren, 2008). Most of the students, 73%, rated their motivation as  $\geq 6$  on a 0-10 Likert scale; and 16% gave a rating of  $\leq 4$ . Having a negative attitude towards the studies was an explanation of decreased motivation. There was a significant decrease ( $p=0.001$ ) in the motivation score with respect to number of semesters, and motivation increased with the student's age ( $p=0.0119$ ). Suggestions for increasing motivation given by those who rated their motivation as  $\leq 4$  mainly focused on improvements in didactics and study organisation.

Motivation is vital to do anything, it leads to one's encouragement to do something. Frequent feedback will be helpful to optimize the motivation of professional nursing students towards achieving their objectives and goals. The desire to become a registered nurse (RN) and having a positive attitude towards the studies can be the main factors influencing high motivation. Creating the curricula that promote student motivation, and of meeting the students individually during the study programme to discuss their study situation and possible misgivings about their future profession, which might improve their self-motivation.

Calculated data results presents that (64.4 %) professional nursing students perceived their clinical environment as supportive/conducive in their learning in clinical area. Clinical placement environment P-value .002 in main category (significance value is  $< 0.05$ ) shows influence on their perception regarding teaching characteristics of their clinical nursing instructors. In this study students mentioned that if there is some issue arise in clinical placement area, CNI must play a role of an advocate. CNI (Clinical Nursing Instructor) from the Faculty of Nursing and CE (Clinical Educator) from clinical area must improve their communication and coordination in order to eliminate and minimize the obstacle and to optimize the learning of professional nursing students.

Hayajneh (2011) found in her study that the participants thought that the clinical instructor should be always available and accessible to offer help and guidance, make clinical work intrusting, and encourage active and cooperative learning. It prepares the students for their professional role, provides them with opportunity to apply knowledge and skills (O'Connor, 2001). Results from this study negate the negative views on clinical placements outside the hospital setting,

especially those related to placements in nursing homes and mental healthcare settings (Björk, Et al, 2014). Four themes emerged from the focus group data. From the students' point of view, "initial clinical anxiety", "theory-practice gap", "clinical supervision", "professional role", were considered as important factors in clinical experience. Study showed that nursing students were not satisfied with the clinical component of their education. They experienced anxiety as a result of feeling incompetent and lack of professional nursing skills and knowledge to take care of various patients in the clinical setting (Sharif & Masoumi, 2005).

Environment of the clinical placement plays a significant role in learning of nursing students. As it can enhance and decrease their level of learning through obstacles and uncondusive circumstances. Intense and constant coordination is needed to establish between faculty of nursing and clinical setting area for professional nursing students.

Calculated data results (86.7 %) indicates that the clinical nursing instructors are fairly contented with their job responsibilities as part of their job according to their position in the faculty of nursing. 15 full time CNIs from faculty of nursing responds to questionnaire leading to focused group discussion. Almost all of them confused while answering that "supervision of professional nursing students in clinical area is not my primary job" during focused group discussion. CNIs felt that there is a need to recruit clinical instructors. "As a supervisor we have to maintain good relationship with clinical educator (from clinical area) and upgrade our knowledge, skills and attitude as a prominent need", respond of one of the CNI. Another respondent stated that "*pembimbing harus mengajarkan dan mencontohkan perilaku caring kepada mahasiswa*" (supervisor must teach and give examples of caring behavior to the students). The CNIs identified the need for assistance in assessing student competencies, in addition to needing general support and debriefing to reduce the feelings of isolation they often felt. They also felt their role was not well defined, leaving them with a lack of clarity on how to act (Sherry et al, 2012).

CNIs needs to maintain their role and duties wisely and efficiently to deal with their responsibilities in faculty area (classroom & laboratory teaching) and clinical area. Relationship with professional nursing students and clinical educator needs to improve to enhance learning of nursing students. Job description for clinical nursing instructors need to develop in a clear and written form.

Nursing students wanted the clinical instructors to be knowledgeable and competent in their own field and agree that knowledge and experience competence is the most important and essential component for effective teaching. This may because of the nursing students wanted to spend their clinical training with specialized

educators and more experienced instructors and this may make them feel more secure in the clinical environment (Ali, 2012). Nursing students learn caring from their instructors through their words and caring actions. So that CNI have enormous responsibility and must act like a role model for their students. Wade (2006) found that when clinical instructors are perceived as caring, nursing students develop caring abilities.

Ali (2012) revealed in her study findings that clinical teaching ability of clinical instructors is the third important effective clinical teaching characteristic as perceived by the nursing students. Also the study revealed that the nursing students considered the personality traits as the fourth factors that effect on their behavior in the clinical settings. A clinical instructor should be able to communicate expectations to students in a clear way, be well prepared, check student understanding, ensure that basic familiarization is well organized, and demonstrate that the ward can be regarded as a good learning environment (Hayajneh, 2011).

Comparison of their opinion shows the clear contradiction between the views of professional nursing students and clinical nursing instructors. CNI has responsibility of class room teaching, laboratory facilitation along with clinical supervision. Work load is the possible difficulty to lack of clinical visitation. CNI can make a small groups in clinical area rather than large groups, so they can better evaluate that which student was more active or passive and can also facilitate them to recognize the strengths and weaknesses of individuals while teaching in clinical area. Students should understand the real meaning to be in nursing profession and find out the genuine interest and the reason of existence in the profession of nursing which will eventually motivate them and will boost up their commitment towards profession. CNI needs to realize the demand of this technical era and find out some exciting clinical teaching methods which can maximize professional commitment and motivate students towards optimal learning. Additionally, students have to polish their own abilities (as professional nursing students already graduated from 4 year of basic nursing degree) and realize the responsibilities of an adult learner as a professional university level student. Faculty of nursing must evaluate on ongoing basis and express keen concern in training of CNI and improve coordination with clinical placements of professional nursing students.

### ***Research findings***

Based on the all hypothesis testing, so that it clears out the significant path. The results shows that three internal factors (student characteristics) professional commitment, motivation and attitude are moderately low. Professional commitment and motivation of students influence their perception regarding caring

behavior of their CNI while type of the program (experience) and gender does not show influence on perception of professional nursing students. From two internal factors (education and environment); clinical learning environment does showed the relationship between perception of professional nursing students and teaching characteristics of their clinical nursing instructors.

Results of this study provides the strength and areas which needs improvement. It provides an insight evaluation of concerns of professional nursing students. Clinical teaching strategies can be modified and find out the ways to improve motivation and commitment in PNS. It is necessary to integrate clinical teaching along with caring behavior. This study findings will provide the base for further research or development of new clinical supervision model. Study Findings are guide for CNI to know the weaknesses of professional nursing students and students's perception regarding CNI for improvement to reach optimum level. Faculty of nursing needs to develop formal job discriptions for clinical nursing instructors and modify the clinical teaching learning methods.

## **CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS**

### **Conclusion**

Internal factors (student characteristics-professional commitment and motivation) show and influence on perception of PNS regarding caring behavior of their CNIs but does not have influence on the perception of PNS regarding teaching characteristics of their CNI. External factors (education & environment) does not influence on the perception of PNS regarding caring behavior of their CNIs however environment shows influence on perception of PNS regarding teaching characteristics of their CNIs. In general, professional nursing students from program A (regular) & B (Post basic diploma) have same perception regarding caring behavior and teaching characteristics of their CNIs.

### **Suggestions**

Its mandatory for Professional nursing students to advance their Adult learning sense, Instructors must pay close attention to applicative knowledge while supervising nursing students in clinical area, CNI needs exclusive training based on clinical guidance, direction, demonstration and compassionately dealing with professional nursing students in clinical area. Clinical faculty can be educated and provided with useful educational tools to assist them in providing effective clinical instructions and It is necessary to develop Job



description/Guide book by nursing faculty for CNI to clarify their role and tasks in clinical area.

### Acknowledgement

Researcher thank to all the professional nursing students and instructors who participated in this study. Researcher also express her gratitude to the dean (1<sup>st</sup> supervisor) of Nursing Faculty for his great favor and 2<sup>nd</sup> supervisor for keen support & guidance throughout this research project.

### REFERENCES

- Alasmari, A. M. (2014). *Respiratory Therapy Students' Perceptions of Effective Teaching Characteristics of Clinical Instructors at an Urban University*.
- Ali, W. G. (2012). *Caring Behavior and Effective Teaching Characteristics of Clinical Nursing Instructors as Perceived by Their Students*, 3(7), 15-27, retrieve on sep.2015 from <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/1845/29915>.
- American Nurses Association (ANA, 2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Washington, DC: American Nurses Association.
- American Psychological Association (APA, 2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Retrieved January, 2016, from <http://www.apa.org/ethics/>
- Anderson, Jennifer. Anne. (2014). *Understanding Male Nursing Student Perceptions of the Influence of Gender: A Qualitative Case Study Approach of Students, Faculty, and Administration in a Pacific Northwest Nursing Program*. [http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2935&context=open\\_access\\_etds](http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2935&context=open_access_etds)
- Arthur, D & Randle, J. (2007). *The professional self-concept of Nurses: A review of a literature from 92-06*. Australian Journal of Advance Nursing, 24 (60-64).
- Article, O. (2015). *Academic training and clinical placement problems to achieve nursing competency*, 3(1), 15–20.
- Bagraim, J. J. (2003). *The Dimensionality of Professional Commitment*, 29(2), 6–9., Retrieve on 15<sup>th</sup> Oct, 2015.
- Beitz. J.M. and Wieland.D. (2005). *Analyzing the teaching effectiveness of nursing faculty of full and part-time generic BsN, and RNBS nursing students*, *Jour. of Professional Nursing*, 21(1); 32\_45, <http://www.ejmanager.com/mnstemp/93/93-1428640720.pdf?t=1461429982>.
- Björk, T. Ida, Karin, Berntsen., Grethe, Brynildsen., and Margrete, Hestetun. (2014). *Nursing students' perceptions of their clinical learning environment in placements outside traditional hospital settings*. *Journal of Clinical Nurse*. 2014 Oct; 23(19-20):2958–2967. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263152/>
- Cook. (2005). *Inviting Teaching Behaviors of Clinical Faculty and Nursing Students' Anxiety*. *Journal of Nursing Education*, 44(4), 156–162. Retrieved January, 2015 [https://www.researchgate.net/publication/7876311\\_Inviting\\_Teaching\\_Behaviors\\_of\\_Clinical\\_Faculty\\_and\\_Nursing\\_Students'\\_Anxiety](https://www.researchgate.net/publication/7876311_Inviting_Teaching_Behaviors_of_Clinical_Faculty_and_Nursing_Students'_Anxiety)
- Core, T., Practices, P., From, E., & Watson, C. (2010). *Core Concepts of Jean Watson 's Theory of Human Caring / Caring Science*
- Dahlke Sherry, Jennifer Baumbusch, Frances Affleck, Jae-Young Kwon, (2012). *The Clinical Instructor Role in Nursing Education: A Structured Literature Review (PDF Download from:https://www.researchgate.net/publication/232646883\_The\_Clinical\_Instructor\_Role\_in\_Nursing\_Education\_A\_Structured\_Literature\_Review [accessed May 7, 2016]*.
- Edy Siswantoro. (2015). *Pengembangan model perilaku caring mahasiswa berbasis kecerdasan emosional terhadap peningkatan kompetensi keperawatan. Faculty of nursing, Universitas Airlangga*.
- Fry, S. T., Veatch, R. M. & Taylor, C. (2011). *Case studies in nursing ethics* (4<sup>th</sup> edi.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning
- Gibson, James. I. (1987) *Organisasi Perilaku, Struktur, Proses*, Jakarta: Erlangga
- Gould, D., and Fontenla, M., (2006). *Commitment to nursing: results of a qualitative interview study*, *Journal of Nursing Management*, 14, 213–221, <http://www.fatih.edu.tr/~hugur/Fri>
- Hanson, K., & Stenvig, T., (2008). *The good clinical nursing educator and the baccalaureate nursing clinical experience: Journal of Nursing Education*, 47(1), 38-42. Retrieved on March 5, 2015, from Google Scholar
- Hayajneh, F. (2011). *Role model clinical instructor as perceived by Jordanian nursing students. Journal of Research in Nursing*. 16: 23. The online version of this article can be found at: <http://jrn.sagepub.com/content/16/1/23>
- Hofler, L. (2008). *Nursing Education and transition to the work environment: A synthesis of national reports*. *Journal of Nursing Education*, 47 (5).
- Hsiang-Chu Pai. (2013). *Effect Of Caring Behavior on Disposition toward Critical Thinking of Nursing Students*. *Journal of Professional Nursing*, 29(6), p. 423-429

- Jafaragae, Fateme., Soroor, Parvizy., Neda, Mehrdad., and Forough, Rafii. (2012). *Concept analysis of professional commitment in Iranian nurses*. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Res.* Nov-Dec :17(7):472-479.  
[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730449/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730449/)
- Jaros, S. (2007). *Meyer and Allen Model of Organizational Commitment: Measurement Issues*, 7–26, <http://stevejaros.com/wp-content/uploads/2009/08/Jaros-ICFAI-2007-Meyer-and-Allen1.pdf>.
- Khouri, R. (2011). *Impact of an educational program on nursing students' caring and self-perception in intensive clinical training in Jordan*, 173–185, retrieve on nov, 2015 from <https://www.dovepress.com/impact-of-an-educational-program-on-nursing-studentsrsquo-caring-andnb-peer-reviewed-article-AMEP>.
- Kube, M. L. (2010). *The relationship of nursing faculty clinical teaching behaviors to student learning*. ProQuest Dissertations & Theses: <http://eric.ed.gov/?id=ED515024> Full Text Database. (UMI No. 3398533).
- Krueger, R. A., (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2nd Ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lu, KY., Chiou, SL., Chang, YY. (2000). *A study of the professional commitment changes from nursing students to registered nurses*. *Kaohsiung Journal of Medical Science*. Jan 16(1):39-46. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10741015>
- Ma, F., Li, J., Liang, H., Bai, Y., & Song, J. (2014). *Baccalaureate nursing Students' perspectives on learning about caring in China: a qualitative descriptive study*. *BMC Medical Education*, 14(1), 1–9. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-14-42>, retrieve on 20<sup>th</sup> sep,2015, <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-42>.
- Madhavanprabhakaran, G. K., Shukri, R. K., Hayudini, J., & Narayanan, S. K. (2013). *Undergraduate Nursing Students' Perception of Effective Clinical Instructor: Oman*, 3(2), 38–44. <http://doi.org/10.5923/j.nursing.20130302.02>
- Meimanat, Hosseini., Tahereh, Ashk Torab., Mohammad, Hossein Taghdisi., and Safar, Ali. Esmaili. Vardanjani. (2013). *Study on Situational Influences Perceived in Nursing Discipline on Health Promotion: A Qualitative Study*. <http://www.hindawi.com/journals/ism/2013/218034/>
- Morgan. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks.
- Morse. (2007). *strategies of intraproject sampling . Nursing research:A qualitative perspective* (4th ed.).
- Munir, S., Ramos, C. T., & Hudtohan, E. T. (2013). *Benchmarking Nursing Education in Indonesia for Social Development and Global Competitiveness*, 10(1), 51–65. Retrieved January, 2016, from <http://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol10-issue1/L01015165.pdf?id=7241>
- Nilsson, EL. Kerstin., and Warrén, Stomberg. I. Margareta. (2008). *Nursing students motivation toward their studies – a survey study*. *Bio Med Central Nursing*, 7:6. <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-7-6>
- Nursalam. (2007). *Mangemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik Keperawatan Profesional (edisi kedua)*. Jakarta: Salemba Madika
- Nursalam. (2011). *Managemen Keperawatan; Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*, ed 3. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pendekatan praktis* (3<sup>rd</sup> Ed), p.128.
- O'Connor, AB. (2001). *Clinical instructions and evaluation*, London; Tones and Bartelt, pp.14\_26.
- Okoronkwo, I. L., Agbo, M. E., Okpala, P. U., & Ndu, A. C. (2013). *Students' perception of effective clinical teaching and teacher behaviour*, 63–70.
- Polit & Beck, C. T. (2001). *Caring with nursing education: A meta synthesis*, *Journal of Nursing Education*, 40 (3), p.101-109.
- Rivai, V., Mulyadi, D. (2010). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Sabog, R. F. V, Caranto, L. C., & David, J. J. T. (2015). *Effective Characteristics of a Clinical Instructor as Perceived by BSU Student Nurses*, 5(1), 5–19. <http://doi.org/10.5923/j.nursing.20150501.02>, Retrieve on 2<sup>nd</sup> Nov, 2015, <http://article.sapub.org/10.5923.j.nursing.20150501.02.html>.
- Salimi, S., & Azimpour, A. (2013). *Determinants of Nurses' Caring Behaviors (DNCB): Preliminary Validation of a Scale*, 2(4), 269–278. Retrieved January, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134150/>
- Sarmiento, T. P., Laschinger, H. K. S., Iwasiw, C., & Laschinger, H. S. (2004). *Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory*.
- Sharif, [Farkhondeh.](#) and Masoumi, [Sara.](#) (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *Bio Med Central Nursing*.

- 2005;4:6.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298307/>
- Susan K.Groove, Nancy Burns, J. R. G. (2013). *The practice of nursing research; Appraisal , Synthesis, and Generation of Evidence* (7th ed.).
- Swansburg, Kristen. (1993). *Basics of Psychology* (2nd ed.) p.65.
- Swanson, K.M. (1991). *Empirical Dvelopment Of a Middle Range Theory of Caring*. Nursing Research, Vol 40, Number 3.
- Swanson, K.M. (1993). *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others*. *Journal of Nursing Sholarship*, 25(4), 352–357, Vol 5, Number 4.
- Thomas. (2003). *Handling anger in the teacher-student relationship*. *Nursing Education Perspectives*, 24(1), 17–24.
- Wade, G. H., & Kasper, N. (1996). *Nursing Students ' Perceptions of Instructor Caring: An Instrument Based on Watson's Theory of Transpersonal Caring*. Retrived January, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16722498>
- Warrén, [Stomberg](#). Margareta., and Nilsson, [Kerstin](#). (2010). *Nursing Students' Self-Graded Motivation to Complete their Programme of Study*. *Open Nursing Journal*. volume 4: 42–47. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043268/>
- Wilkinson, S., (2004). Focus group research. In D. Silverman, *Qualitative research: Theory, method, and practice* (p. 177-199). Thousand Oaks.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Azimzadeh, R., Aminaie, N., & Yousefzadeh, S. (2014). *First and Fourth- Year Student 's Perceptions about Importance of Nursing Care Behaviors: Socialization toward Caring*, 3(2), 93–101. <http://doi.org/10.5681/jcs.2014.010> Retrived January, 2016, from, [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134170/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134170/)

# KINERJA BIDAN DALAM DETEKSI DINI PENYIMPANGAN TUMBUH KEMBANG ANAK

*(Midwife's Performance On Early Detection Of Deviations In Child's Growth And Development)*

**Sri Utami\***, **Nursalam\*\***, **Rachmat Hargono\*\*\***, **Rekawati Susilaningrum\***

\*Poltekkes Kemenkes Surabaya, Jl. Pucang Jajar Tengah no. 56 Surabaya, 60282

\*\*Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

\*\*\* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Email: bu.sri.utami67@gmail.com

## ABSTRAK

**Introduction:** Anak merupakan generasi penerus bangsa, mereka harus dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah melalui deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak. Tujuan penelitian ini adalah menyusun model peningkatan kinerja bidan melalui optimalisasi strategi *self leadership*. **Metode:** jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan *cross sectional*, subyek yang diteliti adalah sebagian bidan di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dipilih secara *proportional random sampling*, sejumlah 222 responden. Variabel eksogennya adalah *job design*, riwayat pelatihan DDTK, strategi *self leadership*, kemampuan bidan, aktivitas bidan dalam DDTK, variabel endogennya adalah hasil capaian bidan dalam DDTK. Analisis data menggunakan metode *Partial Least Square (PLS)*. **Hasil:** dari hasil analisis *inner model* diperoleh nilai T-statistik pada pengaruh strategi *self leadership* terhadap peningkatan kemampuan bidan, pengaruh kemampuan terhadap peningkatan kinerja aktivitas, strategi *self leadership* terhadap peningkatan kinerja aktivitas dan terhadap peningkatan hasil capaian dalam deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang didapatkan nilai T-statistik lebih besar dari nilai T-tabel (1,96). Sedangkan untuk *training* SDIDTK tidak berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan bidan, tidak berpengaruh terhadap peningkatan kinerja aktivitas bidan, begitu juga *job design* tidak terdapat pengaruh terhadap peningkatan kemampuan bidan dan terhadap peningkatan kinerja aktivitas bidan dalam deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak karena diperoleh nilai T-statistik lebih kecil dari T-tabel (<1,96). **Diskusi:** Optimalisasi kemampuan *self-leadership* bidan merupakan faktor yang perlu diperhatikan sebagai upaya peningkatan kinerja bidan dalam deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak.

**Kata Kunci:** tumbuh kembang anak, *job desain*, *training*, strategi *self leadership*, kinerja.

## ABSTRACT

**Introduction:** Children are the future of a nation. They should be able to grow and develop optimally. One effort that can be done to help children grow and develop optimally is through an early detection of deviations in child's growth. The purpose of this study was to develop a model of midwife performance improvement through the optimization of *self leadership* strategy. **Method:** This study was an observational study with *cross sectional* design. The subjects were 222 midwives working at the health center services in the area of Surabaya Health Department taken by using *proportional random sampling* technique. Exogenous variables were *job design*, history of training of early detection of deviations in child's growth, *self leadership* strategy, midwife skill, midwife activity in early detection of deviations in child's growth, and endogenous variable was midwife performance in early detection of deviations in child's growth. Data were analyzed using *Partial Least Square (PLS)*. **Result:** The result of *inner model* analysis showed that the value of T-statistic of the influence of *self leadership* strategy on midwife performance improvement, the influence of midwife skill on activity performance improvement, the influence of *self leadership* strategy on activity performance improvement and on midwife performance improvement was higher than T-table (1.96). Whereas, training of early detection of deviations in child's growth did not influence midwife skill improvement since the value of T-statistic was lower than T-table (<1.96). In addition, there was also no influence of *job design* on midwife skill improvement and on midwife activity performance improvement in early detection of deviations in child's growth. **Discussion:** Optimization of midwife *self-leadership* ability is a factor to be considered as an effort to improve the performance of midwives in early detection of deviations in child's growth.

**Key words:** child's growth and development, *job desain*, *training*, *self leadership* strategy, performance.

## PENDAHULUAN

Anak harus tumbuh dan berkembang secara optimal sampai dewasa agar dia dapat menjadi generasi penerus bangsa yang berkualitas. Mengingat jumlah balita sangat besar, yaitu sekitar 10 persen dari seluruh

populasi, maka tumbuh kembang balita di Indonesia perlu mendapat perhatian serius (Depkes. RI., 2007). Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak merupakan upaya yang sangat penting untuk dilakukan mulai dari tingkat keluarga, masyarakat dan tingkat pelayanan dasar, hal ini bertujuan untuk mengenali sedini

mungkin terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak (Depkes. RI., 2007).

Target cakupan Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) anak balita dan anak pra sekolah telah ditetapkan sebesar 90%. Ketetapan tersebut sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan minimal (SPM) Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota Bab II pasal 2 butir b. Di Surabaya belum semua Puskesmas mencapai pelaksanaan deteksi tumbuh kembang anak sesuai target. Tahun 2011 dari 60 Puskesmas masih ada 46 (77%) Puskesmas yang capaian DDTK pada balita dan 38 (63%) Puskesmas pada anak pra sekolah yang masih dibawah target. Pada tahun 2012 dari 62 Puskesmas, masih ada 47 (76%) Puskesmas yang capaian DDTK pada balita dan 36 (58%) Puskesmas pada anak pra sekolah yang masih dibawah target. Pada tahun 2013 dari 62 Puskesmas, masih ada 31 (50%) Puskesmas yang capaian DDTK pada balita dan 25 (40%) Puskesmas pada anak pra sekolah yang masih dibawah target (Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2013; Dinkes Propinsi Jawa Timur 2012; Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2012; Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2010)(Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2011, 2012, 2013)

Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja, meliputi faktor organisasi, faktor ini terdiri dari sistem penghargaan, penetapan tujuan termasuk di dalamnya adalah visi dan misi organisasi, sistem seleksi pegawai, adanya pelatihan dan pengembangan dari sumber daya yang ada. Faktor berikutnya adalah faktor karakteristik pekerjaan, faktor ini meliputi desain pekerjaan, jadwal kerja, umpan balik tujuan hasil pekerjaan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja bidan dapat dilaksanakan melalui pendekatan *self-leadership*. *Self-leadership* merupakan faktor penting dalam mengoptimalkan kemampuan diri bidan, karena dengan kemampuan *self-leadership* akan meningkatkan kepercayaan diri bidan terhadap kemampuannya dalam melaksanakan tugasnya dan hal ini dapat meningkatkan berbagai faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan kinerja. Tujuan penelitian ini adalah menyusun model peningkatan kinerja bidan melalui optimalisasi strategi *self-leadership*.

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional, dengan pendekatan *crosssectional*, Waktu penelitian mulai Januari 2015-Juni 2016. Subyek dalam penelitian ini adalah sebagian bidan di Puskesmas Wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dengan kriteria inklusi: Pendidikan minimal Diploma III Kebidanan, pelaksana dalam kegiatan deteksi dini tumbuh kembang anak, bersedia menjadi responden. sebesar 222bidan yang tersebar di 43 Puskesmas, tehnik pengambilan sampel menggunakan *propotionalrandom sampling*. Variabel eksogennya adalah *job design*, riwayat pelatihan DDTK, strategi *self leadership*, kemampuan bidan, variabel endogennya adalah aktivitas dan hasil capaian bidan dalam DDTK. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan untuk kinerja menggunakan lembar pengumpul data. Analisis data menggunakan *Structural Equation Modelling (SEM)* berbasis variance yang disering disebut dengan *Partial Least Square(PLS)*.

## HASIL

Hasil penelitian ini menyajikan data karakteristik responden dan Deskripsi variabel sertahasil analisis inferensial. Hasil penelitian selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut. Berdasarkan tabel 1 dapat dijelaskan bahwa, beban kerja bidan mayoritas dalam kategori cukup. Waktu yang dimiliki untuk melaksanakan pekerjaannya mayoritas dalam kategori cukup, beban kerja yang dirasakan bidan mayoritas dalam kategori berat, keterampilan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas mayoritas dalam kategori cukup.

Variasi dalam pekerjaan yang dilakukan mayoritas dalam kategori banyak variasi, dan mayoritas membutuhkan pemikiran yang cukup banyak. Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa mayoritas bidan belum pernah mengikuti pelatihan tentang DDTK, dan mayoritas terlibat dalam kegiatan DDTK antara 6-10 tahun. Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa mayoritas bidan dengan strategi *self-leadership* dalam kategori cukup yang ditunjukkan oleh (>50%) bidan memiliki strategi berfokus perilaku, strategi imbalan alami, strategi pola berpikir konstruktif dalam kategori cukup

## Kinerja Bidan Dalam Deteksi Dini (Sri Utami, dkk)

Tabel 1. Diskripsi Karakteristik Pekerjaan atau Job Desain

No.	Indikator	kategori	Frekuensi	
			$\Sigma$	%
1.	Beban kerja	Sedikit	36	16,2
		cukup	165	74,3
		banyak	21	9,5
2.	Butuh waktu	kurang	52	23,4
		Cukup	152	68,5
		Banyak	18	8,1
3.	Beban fisik	Ringan	8	3,6
		Sedang	64	28,8
		berat	150	67,6
4.	Kebutuhan keterampilan	sedikit	9	4,1
		Cukup	176	79,3
		Banyak	37	16,7
5.	Variasi pekerjaan	Kurang	4	1,8
		Cukup	41	18,5
		banyak	177	79,7
6.	Butuh pemikiran	Sedikit	12	5,4
		Cukup	175	78,8
		Banyak	35	15,8

Tabel 2. Deskripsi Riwayat Training

No.	Indikator	kategori	Frekuensi	
			$\Sigma$	%
1.	Riwayat training	Belum pernah	178	80,2
		Sudah pernah	44	19,8
2.	Lama ketrerlibatan dalam DDTK	3-5 tahun	101	45,5
		6-10 tahun	107	48,2
		11-15 tahun	10	4,5
		16-20 tahun	4	1,8

Tabel 3. Deskripsi *Self leadership*

No.	Indikator	kategori	Frekuensi	
			$\Sigma$	%
1.	<i>Behavior Focused Strategies</i>	Kurang	23	10,4
		Cukup	121	54,5
		Baik	78	35,1
2.	<i>Natural Reward Strategies</i>	Kurang	16	7,2
		Cukup	125	56,3
		Baik	81	36,5
3.	<i>Constuctive Thought Pattern Strategies</i>	Kurang	18	8,1
		Cukup	132	59,5
		Baik	72	32,4

Tabel 4. Deskripsi Kemampuan Bidan tentang Deteksi Tumbuh Kembang Anak

No.	Indikator	kategori	Frekuensi	
			$\Sigma$	%
1	Kemampuan deteksi pertumbuhan	Kurang	31	14,0
		Cukup	102	45,9
		Baik	89	40,1
2	Kemampuan deteksi perkembangan	Kurang	32	14,4
		Cukup	98	44,1
		Baik	222	41,4

Tabel 5. Deskripsi aktivitas Bidan Dalam Deteksi Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak

No.	Aktivitas bidan	Kategori	Frekuensi	
			Σ	%
1.	Deteksi penyimpangan pertumbuhan bayi	Kadang-kadang	3	1.4
		Sering	14	6.3
		Selalu	205	92.3
2.	Deteksi pertumbuhan balita dan anak pra sekolah	Kadang-kadang	25	11.3
		Sering	99	44.6
		Selalu	98	44.1
3.	Deteksi penyimpangan perkembangan bayi	Tidak pernah	3	1.4
		Kadang-kadang	40	18.0
		Sering	101	45.5
		Selalu	78	35.1
4.	Deteksi penyimpangan perkembangan balita dan anak pra sekolah	Tidak pernah	2	.9
		Kadang-kadang	50	22.6
		Sering	104	46.8
		Selalu	66	29.7
5.	TDL dan TDD	Tidak pernah	8	3.6
		Kadang-kadang	51	23.0
		Sering	98	44.1
		Selalu	65	29.3
6.	Deteksi mental emosional (MME, autisme, GPPH)	Tidak pernah	22	9.9
		Kadang-kadang	81	36.5
		Sering	79	35.6
		Selalu	40	18.0

Tabel 6. Deskripsi Hasil Capaian/Hasil Layanan Bidan Dalam Deteksi Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak

No.	Hasil capaian bidan	Kategori	Frekuensi	
			Σ	%
1.	Deteksi penyimpangan pertumbuhan bayi	Kurang	15	6.8
		Cukup	58	26.1
		Baik	149	67.1
2.	Deteksi penyimpangan pertumbuhan balita dan anak pra sekolah	Kurang	18	8.1
		Cukup	68	30.6
		Baik	136	61.3
3.	Deteksi penyimpangan perkembangan bayi	Kurang	22	9.9
		Cukup	60	27.0
		Baik	140	63.1
4.	Deteksi penyimpangan perkembangan balita dan anak pra sekolah	Kurang	29	13.1
		Cukup	64	28.8
		Baik	129	58.1
5.	Deteksi TDD dan TDL	Kurang	72	32.4
		Cukup	39	17.6
		Baik	111	50.0
6.	Deteksi MME, autisme, GPPH	Kurang	117	52.7
		Cukup	34	15.3
		Baik	71	32.0

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa aktivitas bidan dalam deteksi penyimpangan pertumbuhan pada bayi mayoritas (92,3%) bidan selalu melakukan setiap bulan sesuai dengan umur anak. sedangkan untuk aktivitas

bidan dalam deteksi dini penyimpangan pertumbuhan pada balita dan anak pra sekolah, deteksi penyimpangan perkembangan, tes daya dengar, tes daya lihat, deteksi MME, autisme, maupun GPPH pada bayi, balita dan anak pra

sekolah sering dilakukan tetapi belum selalu sesuai jadwal yang dibutuhkan anak. Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa mayoritas (sekitar 50%-67,1%) bidan telah melakukan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, penyimpangan perkembangan, tes daya dengar, tes daya lihat pada  $\geq 90$  % bayi, balita dan anak prasekolah dalam kategori baik. Sedangkan pelayanan deteksi MME, autisme, GPPH mayoritas (52.7) bidan dalam kategori kurang, artinya mayoritas bidan dapat melakukan deteksi pada  $\leq 45$  % bayi, balita dan anak prasekolah yang ada di wilayah kerjanya. Selanjutnya untuk data di analisis dengan menggunakan SEM-PLS. Terdapat dua pengujian mendasar, yaitu pengujian model pengukuran (*outer model*), dan pengujian model struktural (*inner model*).

### Tahap model Pengukuran (*Outer Model*)

Hasil pengujian model pengukuran (*outer model*) pada pengujian validitas konvergen didapatkan 4 indikator dari faktor job design yaitu indikator beban kerja, kebutuhan waktu, beban fisik, dan variasi pekerjaan diperoleh nilai faktor loading kurang dari 0,5 sehingga indikator tersebut dinyatakan tidak valid mengukur konstraknya. sedangkan untuk indikator dari masing-masing indikator dari konstrukts atau variabel yang lainnya memiliki nilai loading faktor lebih besar dari 0,5 yang berarti semua indikator tersebut dinyatakan valid dapat mengukur konstraknya.

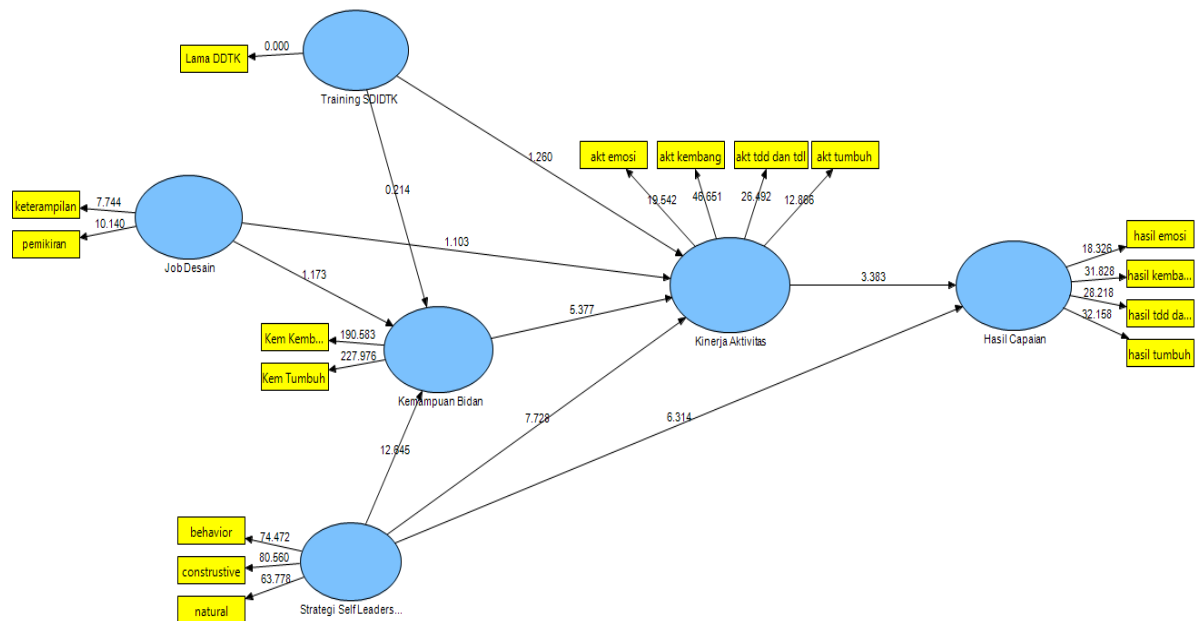
Hasil pengujian menunjukkan bahwa reliabilitas konstruk (variabel) seluruh variabel memiliki nilai *composite reliability* lebih besar dari 0,7. Sehingga reliabel dinyatakan semua variabel tersebut reliabel.

Tabel 7. Analisis Model Pengukuran (*Outer Model*)

Variabel Laten/Konstruk	Dimensi/ Indikator	Faktor loading tahap 1	Faktor loading tahap2	Keterangan
<b>Job design</b>	Beban kerja	0.45		tidak valid
	Kebutuhan Waktu	0.49		tidak valid
	Beban fisik	-0.73		tidak valid
	keterampilan	0.67	0.89	valid
	variasi	-0.48		tidak valid
	Butuh pemikiran	0.73	0.92	valid
<b>Training SDIDTK</b>	Lama terlibat DDTK	0.94	1.00	valid
	Pelatihan DDTK	0.58		tidak valid
<b>Strategi Self Leadership</b>	Behavior focused	0.92	0.92	valid
	Constructive	0.91	0.92	valid
	natural reward	0.91	0.91	valid
<b>KemampuanBidan</b>	Deteksi perkembangan	0.98	0.98	valid
	Deteksi pertumbuhan	0.98	0.98	valid
<b>KinerjaAktivitas</b>	deteksi masalah emosi	0.77	0.77	valid
	Deteksi perkembang	0.84	0.84	valid
	TDD dan TDL	0.81	0.82	valid
	Deteksi pertumbuhan	0.74	0.74	valid
<b>Strategi Self Leadership</b>	Behavior focused	0.92	0.92	valid
	Constructive	0.91	0.92	valid
	natural reward	0.91	0.91	valid
<b>Hasilcapaian</b>	deteksi masalah emosi	0.69	0.69	valid
	Deteksi perkembang	0.8427	0.84	valid
	TDD dan TDL	0.7841	0.78	valid
	Deteksi pertumbuhan	0.8186	0.82	valid



**Tahap *Structural Model***



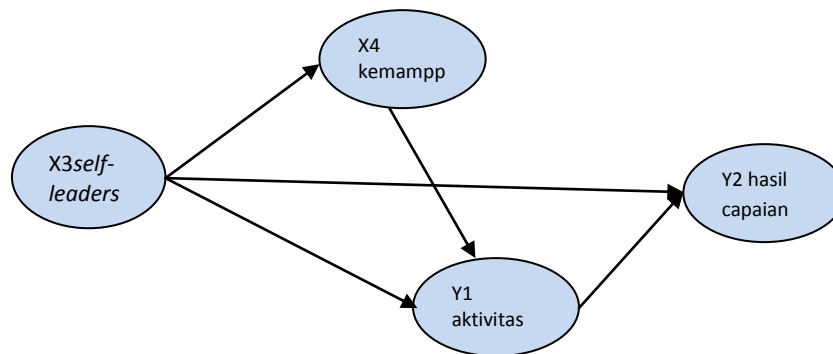
Gambar 1. Model Peningkatan Kinerja Bidan melalui (*model awal*)

Tabel 8. Nilai Koefisien Estimate Antar Variabel

Hubungan antar variabel	Original Sample (O)	T Statistics ( O/STERR )	Penerimaan Hipotesis
Training SDIDTK -> Kemampuan Bidan	0.0124	0.2144	Ho diterima
Job Desain -> Kemampuan Bidan	-0.0772	1.1732	Ho diterima
Job Desain -> Kinerja Aktivitas	0.0607	1.1027	Ho diterima
Training SDIDTK -> Kinerja Aktivitas	0.0687	1.2602	Ho diterima
Kemampuan Bidan -> Kinerja Aktivitas	0.2979	5.3766	Ho ditolak
Strategi Self Leadership -> Kemampuan Bidan	0.5588	12.6447	Ho ditolak
Strategi Self Leadership -> Kinerja Aktivitas	0.4503	7.7281	Ho ditolak
Strategi Self Leadership -> Hasil Capaian	0.4330	6.3142	Ho ditolak
Kinerja Aktivitas -> Hasil Capaian	0.2525	3.3834	Ho ditolak

Tahap *structural* model ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh antar variabel. Variabel dikatakan memiliki pengaruh apabila t hitung lebih besar dari t standar. t standar pada penelitian ini sebesar 1,96. Demikian juga apabila hubungan antara variabel negatif maka keputusannya adalah jika - t hitung lebih kecil dari - t Ftabel. Berdasarkan gambar 1 menunjukkan bahwa dari 9 hipotesis atau pengaruh antar variabel, terdapat 4 pengaruh antar variable yang terbukti tidak ada pengaruh karena memiliki nilai t-staatistik < 1,96, sedangkan 5 hipotesis

lainnya diterima dengan nilai t-statistik > 1,96. Hipotesis penelitian yang diterima atau Ho ditolak, adalah ada pengaruh kemampuan bidan terhadap peningkatan kinerja aktivitas, ada pengaruh kinerja aktivitas terhadap peningkatan hasil capaian, ada pengaruh Strategi *Self Leadership* terhadap peningkatan hasil capaian, ada pengaruh Strategi *Self Leadership* terhadap peningkatan kemampuan bidan dan ada pengaruh strategi *self leadership* terhadap peningkatan kinerja aktivitas. Sedangkan 4 Hipotesis tidak diterima atau Ho diterima yaitu tidak ada pengaruh signifikan *Job Desain*



Gambar 2. Model Peningkatan Kinerja Bidan (Model Akhir)

terhadap peningkatan kemampuan Bidan, tidak terdapat pengaruh Job Desain terhadap peningkatan kinerja Kinerja Aktivitas, tidak terdapat pengaruh riwayat *training* SDIDTK terhadap peningkatan kemampuan Bidan dan tidak terdapat pengaruh Riwayat *training* SDIDTK dengan Kinerja Aktivitas. Sehingga dari hasil tersebut di atas diperoleh hasil model akhir seperti pada gambar berikut. Nilai T statistik pada masing-masing pengaruh antar variabel dapat dilihat pada tabel 8. Berdasarkan hasil pada tabel 8, maka diperoleh hasil model akhir seperti pada gambar berikut

### Pengujian *Goodness of Fit*

Pengujian *Goodness of fit* dari inner model/analisis struktural model dilakukan untuk memastikan bahwa model struktural yang dibangun termasuk robust dan akurat. Evaluasi inner model dapat dilihat dari beberapa indikator yang meliputi: Koefisien determinasi ( $R^2$ ) nilai ini menjelaskan seberapa besar variabel eksogen (independen/bebas) pada model mampu menerangkan variabel endogen (dependen/terikat). Hasil analisis R-square diperoleh nilai  $R^2$  kinerja hasil capaian = 0.3875, Kemampuan bidan = 0.3063, Kinerja aktivitas = 0.4569. dilanjutkan dengan menghitung nilai *Predictive Relevance* ( $Q^2$ ), Nilai dari Q-square dapat dihitung dengan perhitungan sebagai berikut :  $Q^2 = 1 - (1 - 0.3875) (1 - 0.3063) (1 - 0.4569) = 0.7692$ . Berdasarkan hasil dari perhitungan Q-square dapat dilihat bahwa nilai Q-square sebesar 0.7692. karena nilai  $Q^2 > 0$ , dapat disimpulkan bahwa model memiliki tingkat prediksi yang baik. Selanjutnya dapat dihitung juga nilai *Goodness of Fit Index* (GoF) dengan

menggunakan rumus Tanenhaus (2004), dari hasil perhitungan tersebut dapat diperoleh nilai GOF index sebesar 0,4977 yang berarti *goodnes of fit* dari model ini adalah bagus/besar.

### PEMBAHASAN

*Self-leadership* atau kepemimpinan diri merupakan serangkaian proses yang digunakan individu untuk mengendalikan perilaku mereka sendiri (Robbins SP. 2006). Strategi *self-leadership* merupakan kemampuan awal yang mempunyai pengaruh terhadap berbagai aspek yang dapat meningkatkan kinerja. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa strategi *self leadership* berpengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap kinerja aktivitas maupun terhadap kinerja hasil capaian layanan bidan dalam deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan anak, pengaruh tidak langsung tersebut dimediasi oleh kemampuan dalam deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan anak. Kemampuan diri adalah kepercayaan individu bahwa ia dapat melakukan tugas tertentu dengan menerapkan kemampuannya secara benar (Wirawan 2013). Kemampuan tersebut tercermin dalam pengetahuan dan keterampilan bidak dalam melaksanakan kegiatan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Pengaruh strategi *self leadership* baik langsung maupun melalui jaliur tidak langsung terhadap kinerja bidan karena berbagai strategi dari *self-leadership* mempunyai peranan masing-masing yang mempunyai pengaruh positif terhadap berbagai aspek yang dapat meningkatkan kinerja. Strategi tersebut meliputi:

Strategi Pola Pikir Konstruktif (*Constructive Thought Pattern Strategies*), Strategi ini melibatkan kreasi dan proses berpikir yang konstruktif, dirancang untuk membantu formasi pola pikir yang konstruktif dan cara-cara yang positif mempengaruhi kinerja individu. Membangun kebiasaan atau pola konstruktif dan efektif dalam pemikiran kita (misalnya, kecenderungan untuk mencari peluang daripada hambatan yang tertanam dalam tantangan) dengan mengelola: keyakinan dan asumsi (*beliefs and assumptions*) melalui proses. (Jeffery, *et al.*, 2012) melalui proses identifikasi dan perubahan berbagai keyakinan yang keliru ini, individu dapat meminimalkan proses pemikiran yang disfungsi dan terlibat dalam proses kognisi yang lebih rasional dan efektif. Strategi pola pemikiran konstruktif ini terdiri dari: a) *self observation*, b) *self goal setting*, c) *self reward*, d) *self punishment*, e) *self cueing* (Manz and Sims 1997).

Strategi Imbalan Alamiah (*Natural Reward Strategies*), Strategi ini adalah strategi yang dilakukan dengan menciptakan *reward* yang alami yang ditujukan untuk mendapatkan penghargaan terhadap aktivitas yang dilakukan. Menurut (Manz and Sims, 1997) ada dua strategi yang dilakukan, yaitu dengan menciptakan *features* yang lebih menyenangkan pada aktivitas sehingga tugas-tugasnya sendiri menjadi *reward* yang bersifat alami. Selain itu dapat dengan cara memfokuskan perhatian pada tugas-tugas yang tidak menyenangkan tetapi ada aspek penghargaan. Kedua cara ini akan menciptakan perasaan kompeten dan meningkatkan motivasi intrinsik sehingga dapat meningkatkan kinerja. Strategi ini lebih memfokuskan pada aspek positif yang diberikan oleh tugas atau aktivitas.

*Reward* yang alami akan diperoleh dari insentif yang dibangun dari tugas itu sendiri. Strategi imbalan alami merupakan strategi yang dilakukan dengan menciptakan imbalan alami yang ditujukan untuk mendapatkan penghargaan terhadap aktivitas yang dilakukan. Ada dua strategi yaitu *self-redesign of tasks*, merupakan *self redesign* dari apa yang dilakukan dan bagaimana melakukan pekerjaan untuk meningkatkan tingkat penghargaan alami dalam pekerjaan. *Natural reward* merupakan bagian terpisah dari tugas itu sendiri (yaitu pekerjaan, seperti hobi hal ini menjadi imbalan) dari hasil kegiatan yang menyebabkan ada perasaan kompeten (*a sense of competence*), merasa

*self control* (*a sense of self-control*), dan rasa tujuan (*a sense of purpose*). *Redesign* dari konteks pekerjaan anda (*Redesign of the Context of your work*) merupakan kegiatan mendesain ulang lingkungan sekitar pekerjaan atau mengubah waktu dan tempat kerja untuk meningkatkan manfaat alami yang berasal dari lingkungan terdekat (Yutthana, 2010).

Strategi berfokus Perilaku (*Behavior Focused Strategies*), Strategi terfokus pada perilaku dilaksanakan untuk meningkatkan kesadaran diri dalam memfasilitasi manajemen perilaku, terutama manajemen perilaku yang terkait dengan tugas-tugas yang dibutuhkan tetapi tidak menyenangkan. Strategi ini meliputi observasi diri, penentuan tujuan diri, memberikan imbalan diri sendiri, menghukum diri sendiri dan memberi petunjuk diri sendiri. Mengobservasi diri sendiri meliputi meningkatkan kesadaran diri ketika dan mengapa seseorang melakukan perilaku tertentu. Jenis kesadaran diri ini merupakan langkah pertama yang diperlukan untuk mengubah atau menghilangkan perilaku yang tidak efektif dan tidak produktif. Dengan mempergunakan informasi yang akurat mengenai perilaku dewasa ini dan level kinerja, seseorang akan dapat lebih efektif menentukan perilaku mengubah tujuan untuk diri sendiri. Perilaku yang terfokus pada strategi *self-leadership* dirancang untuk mendorong perilaku-perilaku positif sesuai harapan yang mengarah pada keluaran sukses, dan menekan perilaku-perilaku negatif yang tidak diharapkan yang mengarah pada kegagalan (Manz, *et al.* 1997). Namun menghukum diri yang berlebihan, termasuk kritik diri yang keras dan realistis, dapat menyebabkan perasaan bersalah dan tidak mampu, hal ini harus dihindarkan (Jeffery, *et al.*, 2012).

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Strategi *self-leadership* merupakan faktor penting yang dapat meningkatkan berbagai aspek yang dapat berpengaruh terhadap peningkatan kinerja bidan dalam deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak. *Self-leadership* yang tinggi seorang bidan akan memiliki persepsi yang baik terhadap kemampuan dirinya, sehingga mereka akan melaksanakan kegiatan/aktivitas dalam deteksi dini sesuai dengan jadwal dan kebutuhan anak. Aktivitas deteksi yang sesuai

dengan jadwal dan kebutuhan anak-anak dapat meningkatkan hasil capaian layanan bidan dalam deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak.

### Saran

Mengingat sebagian besar bidan masih memiliki kemampuan *self-leadership* dalam kategori cukup maka disarankan perlu adanya upaya peningkatan kemampuan *self-leadership* yang dapat dicapai melalui pelatihan maupun pembelajaran secara mandiri atau alamiah dengan pemberian motivasi, otonomi dan kesempatan pada bidan untuk dapat memimpin dirinya sendiri.

### REFERENSI

- Depkes, R., 2007. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2013. *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya*, Surabaya: Dinkes Kota Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2012. *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya*, Surabaya: Dinkes Kota Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2010. *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya*, Surabaya: Dinkes Kota Surabaya.
- Dinkes Propinsi Jawa Timur, 2012. *Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Surabaya*, ed., Dinkes Propinsi Jawa Timur.
- Jeffery D. Houghton, David Dawley, T.C.D., 2012. The Abbreviated Self-leadership Questionnaire (ASLQ) Title. *International Journal of Leadership Studies*, Vol 7, pp.216–232.
- Manz, Charles C and Sims, J., 1997. *The New Superleadership Leading Others To Lead Themselves*, San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Robbins SP., 2006. *Perilaku Organisasi Kontroversi, Aplikasi* Edisi Baha., Jakarta: PT. Prehallindo.
- Wirawan, 2013. *Kepemimpinan Teori, Psikologi, Perilaku Organisasi, Aplikasi dan Penelitian*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Yutthana C, 2010. an Examination of Self-leadership Performance Mechanism model In Thai Private Organization,. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), pp.15–32.

# MEDIA PORNOGRAFI DAN PENGARUH TEMAN SEBAYA DALAM PERILAKU SEKS REMAJA

*(Pornographic Media and Peer's Influence Towards Sexual Behavior among Teenagers)*

Murdiningsih<sup>\*</sup>, Rosnani<sup>\*\*</sup>, Hidayat Arifin<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Lecturer; Department of Midwifery, Polytechnic of Health Palembang

<sup>\*\*</sup>Lecturer; Department of Nursing Polytechnic of Health Palembang

<sup>\*\*\*</sup>Bachelor Student; Faculty of Nursing Universitas Airlangga

Email: [murdiningsih@poltekkespalembang.ac.id](mailto:murdiningsih@poltekkespalembang.ac.id)

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Masalah yang terkait dengan perilaku seksual yang tidak aman pada remaja disebabkan oleh hubungan seksual pranikah dengan pasangan usia mereka sendiri. Peningkatan kejadian seks pranikah disebabkan oleh perkembangan melalui penggambaran media adegan seks dalam bentuk televisi, majalah, klip video, media *online*, dan film. Di Musi Banyuasin terdapat 7.754 siswa SMA serta banyak siswa yang putus sekolah karena hamil diluar nikah. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan media pornografi dan pengaruh teman sebaya terhadap perilaku seksual pada remaja di sekolah tinggi. **Metode:** Penelitian *observasional* dengan *cross sectional* dan pendekatan kuantitatif. Populasi adalah siswa SMA di Kabupaten Musi Banyuasin. Teknik pengambilan sampel adalah menggunakan *multistage random sampling* diperoleh 393 sampel. Analisis bivariat, *chi-square*. **Hasil:** Menunjukkan adanya korelasi antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku seksual remaja memiliki *p-value* (0,000). Tidak ada hubungan antara media pornografi dengan perilaku seksual karena hasilnya lebih dari *p-value* (0,05). **Diskusi:** Diperlukan untuk diberikan pengetahuan dan bantuan kepada remaja tentang positif dan kreatif hal dan pengawasan orang tua untuk anak-anak mereka untuk memiliki teman dan menghindari perilaku seksual yang tidak aman.

**Kata Kunci:** Pengaruh Teman Sebaya, Media Pornografi, Perilaku Seks Tidak Aman, Remaja

## ABSTRACT

**Introduction:** The problems associated with unsafe sexual behavior in teenagers are caused by premarital sexual intercourse with a partner of their own age. Increased incidence of premarital sex is caused by the development through media depictions of sex scenes in the form of television, magazines, video clips, online media, and films. In Musi Banyuasin there are 7754 high school students, many students have dropped out of school because they get pregnant before marriage. The aim study was to investigate the correlation between pornographic media and the influence of peers towards teenager's sexual behavior in high school. **Method:** Observational research with cross sectional and quantitative approach. The population was high school students in Musi Banyuasin Regency. Sampling technique was using multistage random sampling obtained 393 samples. Bivariate analysis, *chi-square*. **Result:** the result showed a correlation between the influence of peers with adolescent sexual behavior has *p-value* (0,000). There was no relationship between media pornography with sexual behavior because the result more than *p-value* (0,05). **Discussion:** Necessary to be given knowledge and assistance to teenagers about positively and creatively thing and supervision of parents to their children in order to have friends and avoid unsafe sexual behavior.

**Key words:** The Influence of Peers, Pornographic Media, Unsafe Sexual, Adolescent

## INTRODUCTION

Various institutions in Indonesia for the period of 1993-2002, found that five to tenth percent of teenagers aged 16-24 years have had sexual intercourse before marriage (Hasmi 2011). One of the problems caused by premarital sex is an unwanted pregnancy. Pregnancy at a young age, in terms of reproductive health, is a kind of high risk both in pregnancy and childbirth. Psychologically, sex before marriage is also bringing the perpetrators experienced changes (Kusmiran & Eny 2012).

The globalization of information through the media in the form of sexual exploitation on television, magazines, videos, online media and movies encourage teenagers assume that free sex

activities may be done by anyone, anywhere regardless of the norms and ethics (Annisa et al. 2013). Another factor that led to premarital sexual behavior in teenagers according to (Oktiva & Yayuk, 2010) in (Kencana & Rida, 2011) is a peer influence. Teenagers are very influenced by their peer groups, so they must follow all the pressures from their peers when they want to maintain their status in the group. This behavior is an attempt to meet the needs of teens in relationships with others, especially if those needs are not met within the family (Notoadmodjo, 2010).

Reproductive health survey data of Indonesian adolescent and the National Family Planning Coordinating Board (BKKBN) showed

as many as 5912 women aged 15-19 years at national level had sexual intercourse. While men in the same age totally 6578, or 3.7% have had sex. But surprisingly the case of pre-marital sex is actually happening in the countryside. Urban 0.9%, while rural 1.7% (BKKBN 2012). Child Protection Commission (KPA) in 2008 showed 62.7% of middle and high school teenagers have had sex before marriage, 93.7% of teenagers had done kissing, oral sex and genital stimulation. Then 97% of teenagers had watched a porn movie, 25% of teenagers had an abortion because because of unwanted pregnancy (Kumalasari & Inthan 2013).

**METHOD**

The study was used cross-sectional approach. The populations were teenagers aged 15-18 years who were students of high school in the Musi Banyuasin Regency in 2014 amounted to 7754 students. The total samples obtained were 393 students. Data were analyzed using chi square test and kolmogorov smirnov.

**RESULT**

Table 1. Distribution of Correlation Between Influence of Peers with Sexual Behavior among Teenagers

Influence of Peers	Sexual Behavior				Total	%
	Good		Bad			
	n	%	n	%		
Influenced	39	21	147	79	186	100
Uninfluenced	89	43	118	57	207	100
p-value = 0,000			OR =0,352			

Table 2. Distribution of Correlation Between Exposure of Pornographic Media with Sexual Behavior

Pornography Exposure	Sexual Behavior				Total	%
	Good		Bad			
	n	%	n	%		
Ever	200	65,8	104	34,2	304	100
Never	65	73	24	27	89	100
p-value = 0,248			OR =0,710			

Based on table 1 and 2, majority teenagers were had good sexual behavior (67.4%), influenced by their peer group (52.7%), and

have been exposed to pornography (77.4%). Using chi square test, the p-value for the correlation between peer influence and sexual behavior among teenagers was 0.000 with Odds Ratio (OR) 0.352. It means students were included influence 0.35 times more likely to sexually behave well. The correlation between pornography exposure and sexual behavior had the p-value 0.248 that indicates no correlation between those variables. The OR was 0.710 which means students were included ever seen pornographic media 0.71 times more likely to sexually behave well.

**DISSCUSSION**

Based on table 1, there was correlation beetwen influenced of peers with unsafe sexual behaviour of teenagers. It was becaue teenagers were not stay with parents, so the have more time with their peers and have pottential to influence unsafe sexual behavior because less control of parents. The research had similar result with (Maryatun & Nur 2013) that teenagers at SMA Muhammadiyah Surakarta III had correlation between peers with unsafe sexual behavior (p-value 0,001; OR 19,723).

Based on (Nugroho et al. 2015)'s research, the subjects were teeangers in courtship. Even thought major teenagers in courtship have'nt risk in unsafe sexual behavior category, but there were teenagers in courtship had unsafe sexual behavior. Peers, teacher, and parrents must support teenager by giving suggestion, advice, and good verbal communication.

Parrents have important roles in education and monitoring of teenagers sexual behavior. Based on (Eka 2012)'s research, showed teenagers with good education in family about sexual behavior that will caused good sexual behavior as many as 62,1%.

Table 2 showed that there was no correlation bettween pornography media with saxual behavior. It was supported by many factors: the location of Musi Banyuasin is suburbs; limited internet access; limited media to operate internet; at school teenagers were banned use handphone. The research had similar result with (Abadi & Rizky 2015) that there was no correlation between pornography media access with sexual behavior, it was because the location at suburbs of Malang.

Base on (Ririn et al. 2011), this result was different and explained there was correlation between information resource (internet, TV, handphoe, VCD, porn video, poster, etc.) with sexual behavior (p-value 0,022). The similar result of (Annisa et al. 2013), there was correlation between access of pornographic media with sexual behavior before married (p-value 0,022).

Pratiwi & Ayu (2014) had explained that need the government's role to block sites or pornographic content in the internet and supported with (Amelia & Hafied 2011) that there were three things to help how pornography or pornographic sites can be removed include: self-controlling; the existence of the regulation or policy; and in cooperation with the satellite operator and provider in Indonesia

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

More leisure time of teenagers with peers can give effect to do unsafe sexual behavior (masturbation, kiss, hug, hold or touch sensitive parts, petting, oral sex and intercourse).

### Recommendation

Parents and families need to provide care and controlled to teenagers who don't stay at home (lodging house) or stay at home, so teenagers are more selective in choosing friends to avoid unsafe sexual behavior.

## REFERENCIES

Abadi & Rizky, A., 2015. Hubungan Mengakses Pornografi Melalui Fasilitas Handphone Dengan Perilaku Seksual Remaj Usia 16 – 19 Tahun di Smk Muhammadiyah 2 Kota Malang.  
Amelia, C.R. & Hafied, C., 2011. Kebijakan

Pemerintah Republik Indonesia dalam Mengatasi Situs Porno Pada Media Maya. *Jurnal Komunikasi KAREBA*, 1(3).

Annisa, U., Hikmah & Endang, S.N., 2013. Hubungan Kases Media Pornografi Internet dengan Sikap Seksual Pranikah pada Remaja Kelas IX di SMA Negeri 1 Bambanglipuro Bantul Yogyakarta.

BKKBN, 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*, Jakarta.

Eka, S.D., 2012. Hubungan Pendidikan Seks Dalam Keluarga Dengan Perilaku Seksual Remaja di Sma N 3 Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*, 3(2).

Hasmi, E., 2011. Meeting Reproductive Health Needs of Adolescent in Indonesia. *Journal of Adolescent Reproductive and Sexual Health UNESCO*. Available at: <http://www.unescobkk.org/ips/arh>.

Kumalasari & Inthan, 2013. *Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.

Kusmiran & Eny, 2012. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*, Jakarta: Salemba Medika.

Maryatun & Nur, H., 2013. Hubungan Antara Pengaruh Teman Sebaya dengan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja si SMK Batik 1 Surakarta. *GASTER*, 10(2).

Nugroho, Dwi, R.A. & Devy, S.R., 2015. Dukungan Sosial Yang Mendorong Perilaku Pacaran Berisiko Pada Remaja Sma Di Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*, 3(1).

Pratiwi & Ayu, R., 2014. Analisis Kriminologis Peredaran Gambar Pornografi Yang Dilakukan Melalui Media Game Online Di Kalangan Siswa di Bandar Lampung.

Ririn, D., Noor, S.A. & Azzizah, G., 2011. Kajian Perilaku Sex Pranikah Remaja SMA di Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 4(2), pp.111–119.

# MEDIA PORNOGRAFI DAN PENGARUH TEMAN SEBAYA DALAM PERILAKU SEKS REMAJA

*(Pornographic Media and Peer's Influence Towards Sexual Behavior among Teenagers)*

Murdiningsih<sup>\*</sup>, Rosnani<sup>\*\*</sup>, Hidayat Arifin<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Lecturer; Department of Midwifery, Polytechnic of Health Palembang

<sup>\*\*</sup>Lecturer; Department of Nursing Polytechnic of Health Palembang

<sup>\*\*\*</sup>Bachelor Student; Faculty of Nursing Universitas Airlangga

Email: [murdiningsih@poltekkespalembang.ac.id](mailto:murdiningsih@poltekkespalembang.ac.id)

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Masalah yang terkait dengan perilaku seksual yang tidak aman pada remaja disebabkan oleh hubungan seksual pranikah dengan pasangan usia mereka sendiri. Peningkatan kejadian seks pranikah disebabkan oleh perkembangan melalui penggambaran media adegan seks dalam bentuk televisi, majalah, klip video, media *online*, dan film. Di Musi Banyuasin terdapat 7.754 siswa SMA serta banyak siswa yang putus sekolah karena hamil diluar nikah. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan media pornografi dan pengaruh teman sebaya terhadap perilaku seksual pada remaja di sekolah tinggi. **Metode:** Penelitian *observasional* dengan *cross sectional* dan pendekatan kuantitatif. Populasi adalah siswa SMA di Kabupaten Musi Banyuasin. Teknik pengambilan sampel adalah menggunakan *multistage random sampling* diperoleh 393 sampel. Analisis bivariat, *chi-square*. **Hasil:** Menunjukkan adanya korelasi antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku seksual remaja memiliki *p-value* (0,000). Tidak ada hubungan antara media pornografi dengan perilaku seksual karena hasilnya lebih dari *p-value* (0,05). **Diskusi:** Diperlukan untuk diberikan pengetahuan dan bantuan kepada remaja tentang positif dan kreatif hal dan pengawasan orang tua untuk anak-anak mereka untuk memiliki teman dan menghindari perilaku seksual yang tidak aman.

**Kata Kunci:** Pengaruh Teman Sebaya, Media Pornografi, Perilaku Seks Tidak Aman, Remaja

## ABSTRACT

**Introduction:** The problems associated with unsafe sexual behavior in teenagers are caused by premarital sexual intercourse with a partner of their own age. Increased incidence of premarital sex is caused by the development through media depictions of sex scenes in the form of television, magazines, video clips, online media, and films. In Musi Banyuasin there are 7754 high school students, many students have dropped out of school because they get pregnant before marriage. The aim study was to investigate the correlation between pornographic media and the influence of peers towards teenager's sexual behavior in high school. **Method:** Observational research with cross sectional and quantitative approach. The population was high school students in Musi Banyuasin Regency. Sampling technique was using multistage random sampling obtained 393 samples. Bivariate analysis, *chi-square*. **Result:** the result showed a correlation between the influence of peers with adolescent sexual behavior has *p-value* (0,000). There was no relationship between media pornography with sexual behavior because the result more than *p-value* (0,05). **Discussion:** Necessary to be given knowledge and assistance to teenagers about positively and creatively thing and supervision of parents to their children in order to have friends and avoid unsafe sexual behavior.

**Key words:** The Influence of Peers, Pornographic Media, Unsafe Sexual, Adolescent

## INTRODUCTION

Various institutions in Indonesia for the period of 1993-2002, found that five to tenth percent of teenagers aged 16-24 years have had sexual intercourse before marriage (Hasmi 2011). One of the problems caused by premarital sex is an unwanted pregnancy. Pregnancy at a young age, in terms of reproductive health, is a kind of high risk both in pregnancy and childbirth. Psychologically, sex before marriage is also bringing the perpetrators experienced changes (Kusmiran & Eny 2012).

The globalization of information through the media in the form of sexual exploitation on television, magazines, videos, online media and movies encourage teenagers assume that free sex

activities may be done by anyone, anywhere regardless of the norms and ethics (Annisa et al. 2013). Another factor that led to premarital sexual behavior in teenagers according to (Oktiva & Yayuk, 2010) in (Kencana & Rida, 2011) is a peer influence. Teenagers are very influenced by their peer groups, so they must follow all the pressures from their peers when they want to maintain their status in the group. This behavior is an attempt to meet the needs of teens in relationships with others, especially if those needs are not met within the family (Notoadmodjo, 2010).

Reproductive health survey data of Indonesian adolescent and the National Family Planning Coordinating Board (BKKBN) showed



as many as 5912 women aged 15-19 years at national level had sexual intercourse. While men in the same age totally 6578, or 3.7% have had sex. But surprisingly the case of pre-marital sex is actually happening in the countryside. Urban 0.9%, while rural 1.7% (BKKBN 2012). Child Protection Commission (KPA) in 2008 showed 62.7% of middle and high school teenagers have had sex before marriage, 93.7% of teenagers had done kissing, oral sex and genital stimulation. Then 97% of teenagers had watched a porn movie, 25% of teenagers had an abortion because because of unwanted pregnancy (Kumalasari & Inthan 2013).

**METHOD**

The study was used cross-sectional approach. The populations were teenagers aged 15-18 years who were students of high school in the Musi Banyuasin Regency in 2014 amounted to 7754 students. The total samples obtained were 393 students. Data were analyzed using chi square test and kolmogorov smirnov.

**RESULT**

Table 1. Distribution of Correlation Between Influence of Peers with Sexual Behavior among Teenagers

Influence of Peers	Sexual Behavior				Total	%
	Good		Bad			
	n	%	n	%		
Influenced	39	21	147	79	186	100
Uninfluenced	89	43	118	57	207	100
p-value = 0,000			OR =0,352			

Table 2. Distribution of Correlation Between Exposure of Pornographic Media with Sexual Behavior

Pornography Exposure	Sexual Behavior				Total	%
	Good		Bad			
	n	%	n	%		
Ever	200	65,8	104	34,2	304	100
Never	65	73	24	27	89	100
p-value = 0,248			OR =0,710			

Based on table 1 and 2, majority teenagers were had good sexual behavior (67.4%), influenced by their peer group (52.7%), and

have been exposed to pornography (77.4%). Using chi square test, the p-value for the correlation between peer influence and sexual behavior among teenagers was 0.000 with Odds Ratio (OR) 0.352. It means students were included influence 0.35 times more likely to sexually behave well. The correlation between pornography exposure and sexual behavior had the p-value 0.248 that indicates no correlation between those variables. The OR was 0.710 which means students were included ever seen pornographic media 0.71 times more likely to sexually behave well.

**DISSCUSSION**

Based on table 1, there was correlation beetwen influenced of peers with unsafe sexual behaviour of teenagers. It was becaue teenagers were not stay with parents, so the have more time with their peers and have pottential to influence unsafe sexual behavior because less control of parents. The research had similar result with (Maryatun & Nur 2013) that teenagers at SMA Muhammadiyah Surakarta III had correlation between peers with unsafe sexual behavior (p-value 0,001; OR 19,723).

Based on (Nugroho et al. 2015)'s research, the subjects were teeangers in courtship. Even thought major teenagers in courtship have'nt risk in unsafe sexual behavior category, but there were teenagers in courtship had unsafe sexual behavior. Peers, teacher, and parrents must support teenager by giving suggestion, advice, and good verbal communication.

Parrents have important roles in education and monitoring of teenagers sexual behavior. Based on (Eka 2012)'s research, showed teenagers with good education in family about sexual behavior that will caused good sexual behavior as many as 62,1%.

Table 2 showed that there was no correlation bettween pornography media with saxual behavior. It was supported by many factors: the location of Musi Banyuasin is suburbs; limited internet access; limited media to operate internet; at school teenagers were banned use handphone. The research had similar result with (Abadi & Rizky 2015) that there was no correlation between pornography media access with sexual behavior, it was because the location at suburbs of Malang.

Base on (Ririn et al. 2011), this result was different and explained there was correlation between information resource (internet, TV, handphoe, VCD, porn video, poster, etc.) with sexual behavior (p-value 0,022). The similar result of (Annisa et al. 2013), there was correlation between access of pornographic media with sexual behavior before married (p-value 0,022).

Pratiwi & Ayu (2014) had explained that need the government's role to block sites or pornographic content in the internet and supported with (Amelia & Hafied 2011) that there were three things to help how pornography or pornographic sites can be removed include: self-controlling; the existence of the regulation or policy; and in cooperation with the satellite operator and provider in Indonesia

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

More leisure time of teenagers with peers can give effect to do unsafe sexual behavior (masturbation, kiss, hug, hold or touch sensitive parts, petting, oral sex and intercourse).

### Recommendation

Parents and families need to provide care and controlled to teenagers who don't stay at home (lodging house) or stay at home, so teenagers are more selective in choosing friends to avoid unsafe sexual behavior.

## REFERENCIES

Abadi & Rizky, A., 2015. Hubungan Mengakses Pornografi Melalui Fasilitas Handphone Dengan Perilaku Seksual Remaj Usia 16 – 19 Tahun di Smk Muhammadiyah 2 Kota Malang.

Amelia, C.R. & Hafied, C., 2011. Kebijakan

Pemerintah Republik Indonesia dalam Mengatasi Situs Porno Pada Media Maya. *Jurnal Komunikasi KAREBA*, 1(3).

Annisa, U., Hikmah & Endang, S.N., 2013. Hubungan Kases Media Pornografi Internet dengan Sikap Seksual Pranikah pada Remaja Kelas IX di SMA Negeri 1 Bambanglipuro Bantul Yogyakarta.

BKKBN, 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*, Jakarta.

Eka, S.D., 2012. Hubungan Pendidikan Seks Dalam Keluarga Dengan Perilaku Seksual Remaja di Sma N 3 Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*, 3(2).

Hasmi, E., 2011. Meeting Reproductive Health Needs of Adolescent in Indonesia. *Journal of Adolescent Reproductive and Sexual Health UNESCO*. Available at: <http://www.unescobkk.org/ips/arh>.

Kumalasari & Inthan, 2013. *Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.

Kusmiran & Eny, 2012. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*, Jakarta: Salemba Medika.

Maryatun & Nur, H., 2013. Hubungan Antara Pengaruh Teman Sebaya dengan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja si SMK Batik 1 Surakarta. *GASTER*, 10(2).

Nugroho, Dwi, R.A. & Devy, S.R., 2015. Dukungan Sosial Yang Mendorong Perilaku Pacaran Berisiko Pada Remaja Sma Di Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*, 3(1).

Pratiwi & Ayu, R., 2014. Analisis Kriminologis Peredaran Gambar Pornografi Yang Dilakukan Melalui Media Game Online Di Kalangan Siswa di Bandar Lampung.

Ririn, D., Noor, S.A. & Azzizah, G., 2011. Kajian Perilaku Sex Pranikah Remaja SMA di Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 4(2), pp.111–119.

# FAKTOR PENCETUS GEJALA DAN PERILAKU PENCEGAHAN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

## *(Precipitating Factors and Preventive Behavior towards the Exposures of Systemic Lupus Erythematosus)*

Ni Putu Wulan Purnama Sari

Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya Telp. (031) 99005299

Email: [moonygalz@yahoo.com](mailto:moonygalz@yahoo.com)

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** *Systemic Lupus Erythematosus* (lupus) dan kekambuhan gejalanya yang sulit diprediksi berpotensi menurunkan kualitas hidup penderita lupus secara signifikan. Faktor pencetus gejala lupus perlu dikurangi paparannya melalui perilaku pencegahan untuk menurunkan frekuensi kekambuhan. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara faktor pencetus gejala lupus dan perilaku pencegahan paparannya. **Metode:** Penelitian korelasional ini menggunakan desain *cross-sectional*. Populasi adalah semua penderita lupus yang rawat jalan di Poli Rheumatologi RSUD Dr. Soetomo, Surabaya. Sampel adalah penderita lupus yang rawat jalan pada bulan Oktober-Desember 2014 dan memenuhi kriteria sampel. Besar sampel 36 dipilih dengan teknik *total sampling*. Variabel independen faktor pencetus gejala lupus; variabel dependen pengetahuan lupus, sikap (efikasi diri) dan tindakan pencegahan. Instrumen penelitian meliputi kuesioner faktor pencetus gejala lupus dan ODAPUS-HEBI (bagian 1,2,3). Analisis data dengan uji korelasi Spearman Rho dengan  $\alpha < 0.05$ . **Hasil:** Mayoritas responden berusia dewasa akhir, sudah menikah, lulusan SMA dan masih aktif bekerja. Rentang lama sakit lupus mayoritas 1-2 tahun. Faktor pencetus gejala lupus mayoritas adalah stres fisik (66,7%). Gejala lupus yang paling sering kambuh adalah nyeri sendi. Tingkat pengetahuan seluruhnya tinggi, sikap mayoritas tinggi dan tindakan pencegahan mayoritas optimal. Tidak ada hubungan antara faktor pencetus gejala dengan pengetahuan lupus ( $p = 0,342$ ) dan dengan sikap ( $p = 0,651$ ). Ada hubungan yang lemah namun signifikan antara faktor pencetus gejala dengan tindakan pencegahan ( $r = 0,360$ ;  $p = 0,031$ ). **Diskusi:** Faktor pencetus gejala lupus berbeda-beda di antara para penderita lupus sehingga tindakan pencegahan yang dilakukan juga menyesuaikan dengan jenis paparan faktor pencetus. Tindakan pencegahan yang dilakukan secara optimal dapat meminimalisir kekambuhan gejala lupus. Ada hubungan antara faktor pencetus gejala dengan tindakan pencegahan paparannya pada penderita lupus.

**Kata Kunci:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE), faktor pencetus gejala, perilaku pencegahan

### ABSTRACT

**Introduction:** *Systemic Lupus Erythematosus* (lupus) and its unpredictable flares have lowering the patients' quality of life significantly. Precipitating factors' exposures need to be reduced by doing preventive behaviors to reduce the frequency of lupus flare. This study aimed to analyze the correlation between precipitating factors and preventive behavior in lupus patients. **Method:** This is a cross-sectional study. Population was all lupus patients doing regular check-up in Rheumatology Unit of Dr. Soetomo Public Hospital, Surabaya. Sample was lupus patients who did regular check-up in the period of October-December 2014 and matched to sample's criteria. Sample size was 36 enrolled by means of total sampling. Independent variabel: precipitating factors of lupus flare; dependent variable: knowledge of lupus, attitude (self-efficacy) and preventive action towards exposures. Instruments used were questionnaire of lupus precipitating factors and ODAPUS-HEBI (part 1,2,3). Data analysis used Spearman Rho correlation with  $\alpha < 0.05$ . **Result:** Most respondents are late adulthood, get married, high school graduates and actively working. The majority had lupus for 1-2 years. Precipitating factors were mostly physical stress (66.7%). Symptom of lupus that most often relapse was joint pain. Knowledge of lupus in all respondents was high, as for attitude mostly were high and most respondents doing optimal preventive action. There was no correlation between the precipitating factors of lupus flare with lupus knowledge ( $p=0.342$ ) and attitude ( $p=0.651$ ). There was a weak but significant correlation between the precipitating factors with preventive action ( $r = 0.360$ ;  $p=0.031$ ). **Discussion:** Precipitating factors of lupus flare vary among patients so that preventive actions taken adjust to the type of exposure. The preventive action taken optimally could minimize the recurrence of lupus flare. There is a correlation between the precipitating factors of flare with preventive action in lupus patients.

**Keywords:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE), precipitating factors of lupus flare, preventive behavior

### PENDAHULUAN

Lupus adalah penyakit dimana sistem imun, yang normalnya memerangi infeksi, mulai menyerang sel sehat dalam tubuh. Fenomena ini disebut autoimun dan apa yang diserang oleh sistem imun disebut autoantigen (Laura K. DeLong, MD 2012). Para penderita lupus sering disebut dengan odapus (orang

dengan lupus). Kehidupan odapus bisa berubah drastis sejak sakit lupus dan mereka merasa sangat sulit untuk mengelola penyakit ini (De Barros et al. 2012). Dalam kehidupannya, odapus akan beberapa kali mengalami suatu periode kemunculan gejala lupus yang parah (*lupus flares*) dan periode lainnya dimana gejalanya lebih ringan. Sebenarnya gejala lupus bisa diatasi secara efektif dengan terapi

yang sudah ada sekarang, namun untuk saat ini belum ditemukan obat apapun yang dapat menyembuhkan penyakit lupus (Ferenkeh-Koroma 2012).

Lupus merupakan penyakit autoimun kronis yang tanda dan gejalanya dapat menetap selama lebih dari enam minggu dan seringnya hingga beberapa tahun (*Lupus Foundation of America* 2012). Namun demikian, ada juga odapus yang berhasil mengendalikan gejala lupus dengan baik sehingga tampak seperti orang sehat (kategori *Quiescent*). Memang kemunculan gejala lupus tidak akan selalu sama antara odapus satu dengan yang lain, ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi hal ini. Peningkatan intensitas paparan faktor pencetus tentunya akan menyebabkan gejala lupus lebih sering muncul. Untuk mengantisipasi hal ini maka odapus perlu memiliki pengetahuan sensoris yang memadai tentang penyakit lupus dan efikasi diri yang tinggi guna memfasilitasi tindakan pencegahan paparan faktor pencetus. Namun demikian, hubungan antara faktor pencetus gejala dan perilaku pencegahan paparannya pada penderita lupus masih belum jelas.

Lupus telah diderita setidaknya oleh lima juta orang di seluruh dunia. Lupus dapat menyerang pria dan wanita di semua usia, namun 90% dari orang yang terdiagnosis lupus adalah wanita, dan usia rentan lupus adalah 15-44 tahun. 70% kasus lupus berupa SLE (*Systemic Lupus Erythematosus*), 10% berupa CLE (*Cutaneous Lupus Erythematosus*), 10% berupa *drug-induced lupus*, dan 5% lainnya berupa *neonatal lupus* (S.L.E. *Lupus Foundation* 2012). Di Indonesia, estimasi jumlah penderita lupus sekitar 200-300 ribu orang, perbandingan jumlah penderita lupus pria dan wanita adalah 1:6-10, sehingga lupus sering disebut penyakit kaum wanita. Tren penyakit lupus di negara kita terus menunjukkan peningkatan setiap tahunnya (*Yayasan Lupus Indonesia* 2012; Utomo 2012).

Penyebab lupus masih belum sepenuhnya dimengerti, namun beberapa ahli berpendapat bahwa penyebab lupus berasal dari beberapa faktor, yaitu: genetik, lingkungan (sinar UV, obat-obatan, infeksi, trauma/kecelakaan), faktor internal (stres emosional, stres fisik, demam, dan hormon estrogen) (*Lupus Foundation of America* 2012; Stichweh & Pascual 2005). Lupus dapat menyebabkan inflamasi dan merusak berbagai

organ tubuh, seperti persendian, kulit, ginjal, jantung, paru-paru, pembuluh darah, dan otak (NIAMS 2012; Ferenkeh-Koroma 2012; Nery et al. n.d.). Gejala lupus yang paling sering dilaporkan oleh odapus adalah demam, ruam kulit karena fotosensitif, sendi yang bengkak/nyeri, kelemahan/kelelahan, dan gangguan ginjal (Gallop et al. 2012; Ferenkeh-Koroma 2012; NIAMS 2012; Nery et al. n.d.). Komplikasi renal, neurologikal, dan hematologikal adalah yang paling sering ditemukan pada odapus (Kannangara et al. 2008).

Baik manifestasi klinis maupun komplikasi penyakit lupus keduanya berpotensi menurunkan derajat kesehatan odapus, dan dapat berakibat fatal hingga menyebabkan kematian. Gejala lupus yang muncul sewaktu-waktu sangat berpotensi untuk mengganggu aktivitas sehari-hari dan menimbulkan banyak masalah lain. Agar dapat mencapai status kesehatan yang optimal dan kualitas hidup yang tinggi maka odapus harus bersikap proaktif dalam pengelolaan penyakitnya. Salah satu caranya adalah dengan berperilaku sehat dan mengelola penyakit lupus secara mandiri melalui tindakan pencegahan paparan faktor pencetus. Untuk itu diperlukan pengetahuan yang memadai dan sikap yang positif (L.W. Green & Kreuter 1991). Hubungan antara faktor pencetus gejala dan perilaku pencegahan paparannya pada penderita lupus perlu diteliti lebih lanjut. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara faktor pencetus gejala lupus dan perilaku pencegahan paparannya.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi adalah semua penderita lupus murni (tanpa komplikasi organ) yang rawat jalan di Poli Rheumatologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Populasi terjangkau adalah semua penderita lupus murni yang rawat jalan di Poli Rheumatologi RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Oktober-Desember 2014, sebanyak 54 orang. Kriteria sampel: 1) kriteria inklusi: sakit lupus minimal 6 bulan, usia dewasa (19-44 tahun), minimal lulusan SMP, pernah mengikuti Pelatihan Manajemen Perawatan Diri untuk Penderita Lupus yang dilaksanakan peneliti (Sari, 2015); 2) kriteria eksklusi: hospitalisasi, mengalami

gangguan jiwa, bekerja sebagai tenaga kesehatan (khususnya dokter / perawat). Dari 54 orang anggota populasi terjangkau diperoleh 36 orang yang memenuhi kriteria sampel. Sampel dalam penelitian ini adalah total populasi (*total sampling*), sehingga 36 orang penderita lupus yang memenuhi kriteria sampel dijadikan responden penelitian seluruhnya.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor pencetus gejala lupus. Variabel dependen terdiri dari tiga domain perilaku, yaitu: pengetahuan tentang lupus, sikap (efikasi diri) dan tindakan pencegahan paparan. Peneliti mengembangkan sendiri alat ukur untuk mengidentifikasi semua variabel penelitian.

Berdasarkan literatur, faktor pencetus gejala lupus terdiri dari sinar UV (dari matahari dan/atau bola lampu fluorosens), obat-obatan (golongan antibiotika: Tetrasiklin, Penicillin, anti-fungal, golongan sulfa; dan golongan non-antibiotika: anti-convulsan, anti-hipertensi, pil kontrasepsi), infeksi, demam, trauma/kecelakaan, stres emosional (perceraian, kematian anggota keluarga, kondisi sakit, atau masalah kehidupan lainnya), dan stres fisik (kelelahan, pembedahan, kekerasan, kehamilan, persalinan) (Lupus Foundation of America 2012; Nadhiroh 2007; Stichweh & Pascual 2005). Peneliti kemudian membuat pertanyaan sesuai dengan faktor pencetus di atas dalam bentuk kuesioner pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban ya (nilai 1) dan tidak (nilai 0). Jumlah pertanyaan 26 item dan diperlukan waktu 30 menit untuk menjawab semuanya. Setelah di-*scoring* maka data faktor pencetus dikategorikan berdasarkan intensitas paparannya: 1) paparan minimal (0-9) ; 2) paparan sedang (10-18) ; 3) paparan tinggi (19-26).

Peneliti mengembangkan sendiri alat ukur untuk menilai perilaku kesehatan pada odapus dan memberinya nama ODAPUS-HEBI (*Odapus Health Behaviour*) (Sari, 2015). Instrumen ini pada awalnya terdiri dari empat bagian, yaitu: 1) 20 pertanyaan pilihan ganda untuk mengkaji pengetahuan lupus, 2) 20 pernyataan untuk mengkaji efikasi diri, 3) 25 pernyataan untuk mengkaji tindakan pencegahan paparan faktor pencetus dan 4) 25 pernyataan untuk mengkaji aktivitas perawatan diri. Dalam penelitian ini, peneliti hanya menggunakan instrumen ODAPUS-HEBI bagian 1, 2 dan 3 disesuaikan dengan variabel penelitian. Uji coba instrumen yang dilakukan

terhadap 18 responden yang rawat jalan di Poli Rheumatologi RSUD Dr. Soetomo pada bulan Februari 2015 menunjukkan hasil sebagai berikut.

Tabel 1. Hasil Uji Instrumen ODAPUS-HEBI

Instrumen ODAPUS-HEBI	Validitas (r)	Reliabilitas ( $\alpha$ )
Bagian 1. Pengetahuan	0,477 - 0,774	0,519
Bagian 2. Efikasi Diri	0,503 - 0,903	0,927
Bagian 3. Tindakan Pencegahan Paparan	0,547 - 0,908	0,945

Tabel di atas menunjukkan instrumen ODAPUS-HEBI valid dan reliabel. Setelah data perilaku pencegahan paparan di-*scoring* maka masing-masing bagian dikategorikan berdasarkan domain:

1. Pengetahuan:
  - a. Rendah (0-15).
  - b. Cukup (16-30).
  - c. Tinggi (31-47).
2. Sikap (efikasi diri):
  - a. Rendah (20-60).
  - b. Cukup (61-90).
  - c. Tinggi (91-120).
3. Tindakan pencegahan paparan:
  - a. Kurang (25-65).
  - b. Cukup (66-105).
  - c. Optimal (106-150).

Setelah semua data penelitian terkumpul maka dilakukan *editing*, *scoring*, *tabulating* dan uji hipotesis. Uji korelasi Spearman Rho digunakan untuk menganalisis hubungan antara faktor pencetus gejala lupus dan perilaku pencegahan paparannya, yang terdiri dari domain pengetahuan, sikap dan tindakan. Hipotesis penelitian diterima jika signifikansi data kurang dari nilai  $\alpha$  (0,05).

## HASIL

Jumlah responden penelitian sebanyak 36 orang. Mayoritas responden berusia dewasa akhir (44,4%), sudah menikah dan tinggal bersama suaminya (77,8%), lulusan SMA (83,3%), aktif bekerja sebagai wirausaha (33,3%) dan pegawai swasta (33,3%) dengan penghasilan mandiri lebih dari Rp. 1,5 – 2 juta perbulan (33,3%). Pada penelitian ini, lupus banyak diderita oleh wanita usia produktif dengan latar belakang pendidikan SMA yang sudah menikah dan masih aktif bekerja. Data demografi responden sebagai berikut.

Tabel 2. Data Demografi Responden

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>1. Usia</b>		
a. 17-25 tahun (remaja akhir)	8	22,2
a. 26-35 tahun (dewasa awal)	12	33,3
b. 36-45 tahun (dewasa akhir)	16	44,4
<b>2. Status Pernikahan</b>	28	77,8
a. Menikah	8	22,2
b. <i>Single</i>		
<b>3. Pendidikan</b>		
a. SMA	30	83,3
b. S1	6	16,7
<b>4. Pekerjaan</b>		
a. Ibu rumah tangga	8	22,2
b. Mahasiswa	4	11,1
c. Wirausaha	12	33,3
d. Pegawai swasta	12	33,3
<b>5. Penghasilan mandiri perbulan</b>		
a. Belum/tidak berpenghasilan	12	33,3
b. 500 ribu – 1 juta	2	5,6
c. >1 – 1,5 juta	6	16,7
d. >1,5 – 2 juta	12	33,3
e. > 2 juta	4	11,1
<b>6. Tinggal serumah dengan</b>	28	77,8
a. Suami	20	55,6
b. Anak		
c. Orangtua	10	27,8
d. Saudara	2	5,6

Tabel 3. Data Primer Penelitian

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>1. Lama sakit lupus</b>		
a. < 1 tahun	4	11,1
b. >1-2 tahun	12	33,3
c. >2-3 tahun	8	22,2
d. >4-5 tahun	2	5,6
e. > 5 tahun	10	27,8
<b>2. Gejala lupus yang pernah dialami</b>		
a. Demam	8	22,2
b. Pusing	6	16,7
c. Kebingungan	2	5,6
d. Arthritis	22	61,1
e. Fatigue	12	33,3
f. <i>Malar rash</i>	6	16,7
g. Nyeri dada saat nafas dalam	2	5,6
h. Myalgia	2	5,6
i. Anemia	4	11,1
<b>3. Faktor pencetus gejala lupus yang disadari</b>		
a. Stres emosional	16	44,4
b. Stres fisik	24	66,7
c. Sinar matahari	4	11,1
d. Makan tidak teratur	4	11,1
e. Kurang tidur	4	11,1
f. Perubahan hormon	2	5,6

Data primer mencerminkan aktivitas penyakit lupus pada diri responden selama ini,

terhitung sejak awal diagnosis lupus hingga saat penelitian. Data primer meliputi lama sakit lupus, gejala yang pernah dialami dan faktor pencetus gejala lupus yang disadari. Data primer penting untuk dikaji karena kekambuhan lupus bisa diprediksi melalui paparannya atau dapat diperoleh gambarannya secara umum. Berdasarkan data primer sebagian besar responden sakit lupus sejak 1-2 tahun yang lalu (33,3%). Gejala lupus terbanyak adalah arthritis (61,1%). Faktor pencetus mayoritas adalah stres fisik/kelelahan (66,7%).

Berdasarkan gejala yang dialami dan terapi yang didapatkan, seluruh responden penelitian ini masuk kategori stabil menurut Ferenkeh-Koroma (2012) dengan indikator: jarang mengalami *lupus flare*, gejala yang dialami dapat berupa ruam kulit dan/atau nyeri dada, terkadang menghubungi petugas kesehatan untuk meminta bantuan, terapi yang didapat berupa obat kortikosteroid kontinum (Methylprednisolone) dan imuno-supresan (Cyclosporine). Berdasarkan standard Perhimpunan Rheumatologi Indonesia (PRI, 2011), seluruh responden masuk kategori lupus ringan dengan indikator: mengalami arthritis dan/atau ruam kulit, secara klinis tenang, tidak terdapat gejala lupus yang mengancam nyawa, fungsi organ normal/stabil. Arthritis teridentifikasi sebagai gejala lupus mayoritas (61,1%), hal ini sesuai dengan pendapat Dias & Isenberg (2014) bahwa pada gejala lupus ringan, persendian adalah organ utama yang terkena dampak penyakit lupus. Kelelahan fisik juga teridentifikasi sebagai faktor pencetus gejala lupus mayoritas (66,7%), hal ini sesuai dengan pendapat Gordon (2013) bahwa kelelahan fisik adalah pencetus gejala lupus yang paling umum dimana kelelahan ini tidak selalu hilang dengan istirahat dan dapat berlangsung lama.

Data khusus penelitian terkait variabel yang diteliti yang meliputi paparan faktor pencetus gejala, pengetahuan tentang lupus, efikasi diri, dan tindakan pencegahan paparan faktor pencetus disajikan dalam tabel 4.

Mayoritas responden cukup terpapar oleh faktor pencetus gejala lupus dalam enam bulan terakhir (88,9%). Semua responden memiliki pengetahuan yang tinggi tentang penyakitnya (100%). Efikasi diri responden mayoritas juga tinggi (72,2%). Tindakan pencegahan paparan faktor pencetus gejala lupus mayoritas optimal (77,8%).

Tabel 4. Data Khusus Penelitian

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase
Paparan faktor pencetus gejala	Minimal	4	11,1
	Sedang	32	88,9
	Tinggi	0	0
Pengetahuan tentang lupus	Rendah	0	0
	Cukup	0	0
	Tinggi	36	100
Efikasi diri	Rendah	2	5,6
	Cukup	8	22,2
	Tinggi	26	72,2
Tindakan pencegahan paparan faktor pencetus	Kurang	2	5,6
	Cukup	6	16,7
	Optimal	28	77,8

Hasil uji korelasi Spearman Rho menunjukkan tidak ada hubungan antara faktor pencetus gejala dengan pengetahuan lupus ( $p=0,342$ ) dan dengan sikap (efikasi diri) ( $p=0,651$ ). Ada hubungan yang lemah namun signifikan antara faktor pencetus gejala lupus dengan tindakan pencegahan paparannya ( $r=0,360$ ;  $p=0,031$ ).

## PEMBAHASAN

Di dalam penelitian ini, pengetahuan tentang lupus tidak berhubungan dengan faktor pencetus gejala lupus. Dari 100% responden yang pengetahuannya tinggi, terdapat 88,9% responden yang mengalami paparan sedang.

Berdasarkan kerangka konseptual yang digunakan dalam penelitian ini, khususnya *Precede Proceed Model* dari L.W. Green & Kreuter (1991), pengetahuan telah diidentifikasi secara spesifik dalam domain faktor predisposisi perilaku kesehatan yang dapat secara langsung mempengaruhi gaya hidup/tindakan yang diambil individu. Pengetahuan berhubungan dengan tindakan yang diambil seseorang untuk mempertahankan status kesehatannya. Hal ini selaras dengan hasil penelitian yang menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan dan faktor pencetus gejala lupus, namun pengetahuan potensial berhubungan dengan tindakan pencegahan yang dilakukan odapus.

Pengetahuan merupakan suatu perwujudan dari faktor internal individu yang mempermudah individu untuk berperilaku. Penerapan pengetahuan odapus dalam kehidupannya sehari-hari bisa ditunjukkan dalam tindakan pencegahan paparan faktor pencetus gejala lupus. Hasil penelitian menunjukkan dari 100% responden yang pengetahuannya tinggi, hanya 77,8% responden yang melakukan tindakan pencegahan

secara optimal. Masih ada 22,8% responden yang tidak melaksanakan tindakan pencegahan secara optimal. Hal ini potensial disebabkan karena para responden tersebut efikasi dirinya tidak tinggi (masih cukup/ rendah). Ditemukan 27,8% responden yang efikasi dirinya cukup – rendah pada saat penelitian. Bila seorang individu memiliki pengetahuan yang sudah memadai namun keyakinan dirinya kurang/rendah karena berbagai faktor, maka tindakan yang diambilpun menjadi kurang maksimal.

Hasil penelitian ini menunjukkan efikasi diri tidak berhubungan dengan faktor pencetus gejala lupus. Efikasi diri merupakan cerminan rasa percaya diri seseorang terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk dapat melakukan dan melaksanakan suatu tindakan untuk mencapai sebuah tujuan. Mayoritas responden yang memiliki efikasi diri tinggi (72,2%) mengalami paparan sedang (88,9%) dan melakukan tindakan pencegahan paparan faktor pencetus gejala lupus secara optimal (77,8%). Tingginya efikasi diri responden memfasilitasi optimalnya tindakan pencegahan yang diambil.

Berdasarkan *Precede Proceed Model* dari Green & Kreuter (1991), efikasi diri termasuk sikap yang telah diidentifikasi secara spesifik dalam domain faktor predisposisi perilaku kesehatan yang dapat secara langsung mempengaruhi gaya hidup/tindakan yang diambil individu. Jadi, efikasi diri potensial berhubungan dengan tindakan pencegahan yang dilakukan odapus, namun tidak berhubungan dengan faktor pencetus gejala lupus.

Hasil penelitian ini menunjukkan tindakan pencegahan paparan faktor pencetus berhubungan dengan faktor pencetus gejala lupus. Mayoritas responden mengalami paparan sedang (88,9%) dan melakukan tindakan pencegahan paparan faktor pencetus gejala lupus secara optimal (77,8%). Ada 11,1% responden yang mengalami paparan sedang namun belum melaksanakan tindakan pencegahan secara optimal.

Faktor pencetus gejala lupus yang teridentifikasi dalam penelitian ini meliputi stres fisik (mayoritas), stres emosional, sinar matahari, makan tidak teratur, kurang tidur dan perubahan hormon (terkait siklus menstruasi dan proses kehamilan). Para responden penelitian menyatakan beberapa kesulitan dalam usahanya mencegah paparan faktor-faktor pencetus ini

karena tuntutan peran, keterbatasan diri maupun sumberdaya yang dimiliki. Namun demikian, mayoritas responden bisa melakukan tindakan pencegahan secara optimal.

Faktor pencetus stress fisik relatif sulit dicegah karena responden merasa sulit menjaga tubuh dari rasa lelah akibat bekerja maupun menjalankan perannya sebagai ibu yang harus menyelesaikan pekerjaan rumah tangga. Hal ini potensial terjadi akibat tingginya tuntutan peran dan kurangnya dukungan keluarga dalam hubungan sosialnya.

Hasil penelitian lain mendukung hasil penelitian Dias et al. (2014) yang berpendapat bahwa tindakan yang ditujukan untuk meminimalisir paparan faktor pencetus gejala lupus dapat mengurangi kekambuhan lupus. Tindakan pencegahan ini diperlukan untuk mengendalikan kekambuhan gejala lupus dan mempertahankan status kesehatan odapus tetap baik. Green & Kreuter (1991) berpendapat bahwa tindakan spesifik yang ditujukan untuk meningkatkan/mempertahankan status kesehatan dapat mempengaruhi kualitas hidup individu.

Tindakan pencegahan paparan faktor pencetus yang dilakukan oleh odapus dapat memberi perbaikan yang bermakna pada kekambuhan gejala lupus bila dilakukan dengan benar dan rutin. Namun demikian, ada beberapa jenis faktor pencetus yang dirasa sulit dicegah, misalnya stres fisik (tergantung tuntutan peran), stres emosional (tergantung mekanisme koping), sinar matahari (tergantung aktivitas), dan lain-lain.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Faktor pencetus gejala lupus mayoritas adalah stres fisik / kelelahan. Ada hubungan antara faktor pencetus gejala dengan tindakan pencegahan paparannya pada penderita lupus. Tidak ada hubungan antara faktor pencetus gejala dengan pengetahuan dan efikasi diri (sikap) pada penderita lupus.

### Saran

Pendekatan *multi-center study* dapat dilakukan untuk menjangkau jumlah responden yang lebih besar. Paradigma penelitian *mixed-methods* dapat diterapkan untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih akurat. Instrumen baru yang dikembangkan dapat diuji dalam skala yang lebih besar sehingga bisa distandardisasi.

## KEPUSTAKAAN

- America, L.F. of, 2012. Understanding Lupus. Available at: [www.lupus.org](http://www.lupus.org).
- De Barros, B.P., De Souza, C.B. & Kirsztajn, G.M., 2012. The structure of the “lived-experience”: analysis of reports from women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2 (3), p.p 120. Available at: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/594> [Accessed October 28, 2016].
- Dias, S.S. et al., 2014. Advances in systemic lupus erythematosus. *Medicine*, 42(3), pp.126–133. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303913003666> [Accessed October 28, 2016].
- Ferenkeh-Koroma, A., 2012. Systemic lupus erythematosus: nurse and patient education. *Nursing Standard*, 26(39), pp.49–57. Available at: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2012.05.26.39.49.c9134> [Accessed October 28, 2016].
- Foundation, S.L.E.L., 2012. About lupus. Available at: [www.lupusny.org](http://www.lupusny.org).
- Gallop, K. et al., 2012. Development of a conceptual model of health-related quality of life for systemic lupus erythematosus from the patient’s perspective. *Lupus*, 21(9), pp.934–43. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22433917> [Accessed October 28, 2016].
- Indonesia, Y.L., 2012. Info tentang Lupus. Available at: [www.yayasanlupusindonesia.org](http://www.yayasanlupusindonesia.org).
- Kannagara, L. et al., 2008. A study on aggravating factors for exacerbations, complications and hospital prevalence of systemic lupus erythematosus (SLE). Available at: <http://pgimrepository.cmb.ac.lk:8180/handle/123456789/2862> [Accessed November 1, 2016].
- L.W. Green & Kreuter, M.W., 1991. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* 2nd ed., Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Laura K. DeLong, MD, M., 2012. *Vitamin D Status, Disease Specific and Quality of Life Outcomes in Patients With Cutaneous Lupus-Full Text View-ClinicalTrials.gov*.



- Atlanta, Georgia, United States, 30322. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01498406>.
- Nadhiroh, F., 2007. Lupus: penyakit seribu wajah dominan menyerang wanita. Available at: <http://surabaya.detik.com>.
- Nery, F.G. et al., Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive psychiatry*, 48(1), pp.14–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17145276> [Accessed October 28, 2016].
- NIAMS, N.I. of A. and M. and S.D., 2012. Handout on health: systemic lupus erythematosus. Available at: [www.niams.nih.gov](http://www.niams.nih.gov).
- Stichweh, D. & Pascual, V., 2005. Systemic lupus erythematosus in children. *An Pediatr (Barc)*, 63(4), pp.321–329. Available at: [www.analesdepediatria.org/en/pdf/13079815/S300/](http://www.analesdepediatria.org/en/pdf/13079815/S300/).
- Utomo, Y.W., 2012. Tingkatkan Riset dasar Tentang Lupus. Available at: [www.health.kompas.com](http://www.health.kompas.com).

# KONDISI PEREKONOMIAN DAN PENGETAHUAN KELUARGA YANG RENDAH MEMICU PENGABAIAAN LANSIA PEREMPUAN DI KELUARGA BESAR

*(Poverty and Lack of Knowledge Cause Negligence of Female Elders Living in Extended Families)*

Setho Hadisuyatmana,\* M Ruli Maulana,\* Makhfudli Makhfudli\*

\*Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan

Email: setho.h@fkip.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Pengabaian lansia yang melibatkan perempuan usia lanjut seringkali tidak dilaporkan di Ampenan Nusa Tenggara Barat. Meskipun bukti ilmiah terpublikasi masih sangat kurang untuk mendukung signifikansi fenomena ini, sebuah pilot studi menunjukkan bahwa lansia yang tinggal bersama keluarga di Ampenan hidup dalam keadaan kotor, kulit kering, dan mengalami kurang gizi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi faktor berhubungan dengan kasus-kasus yang tidak dilaporkan pada kelompok lansia tersebut. **Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* secara deskriptif analitik. Tiga puluh empat keluarga besar yang tinggal dengan dan merawat lansia perempuan di wilayah kerja Puskesmas Ampenan dilibatkan secara purposif sebagai partisipan dalam penelitian ini. Data tentang kesadaran keluarga terhadap penelantaran lansia dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan berdasarkan *Elder Abuse Instrumen* (EAI) melalui komponen checklist dan kecurigaan terhadap perilaku pengabaian pada lansia perempuan didapatkan menggunakan checklist 13-item dari EAI. Data kemudian dianalisis dengan menggunakan Spearman rho dengan tingkat kealpaan  $\alpha \leq 0,05$ . **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan keluarga memiliki korelasi yang kuat dengan peristiwa pengabaian lansia ( $p = 0,000$  dengan  $r = 0,643$ ). **Diskusi:** Analisis temuan ini menunjukkan bahwa tidak hanya kurangnya pengetahuan keluarga, tetapi juga situasi ekonomi yang buruk memicu mereka secara tidak sengaja mengabaikan orang tua perempuan mereka. Hasil ini menutup kesenjangan kurangnya bukti yang dapat menjelaskan faktor-faktor berhubungan dengan kejadian pengabaian lansia di kawasan timur Indonesia. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menjelaskan signifikansi dan luasan dampak dari pengabaian terhadap lansia. Peneliti menyarankan bahwa Dinas Kesehatan, Puskesmas dan profesional kesehatan memiliki peran penting untuk mendidik masyarakat sebagai langkah pertama untuk meningkatkan kualitas hidup dan menciptakan proses penuaan yang sejahtera bagi lansia.

**Kata kunci:** pengabaian, lansia, pengetahuan, ekonomi, Indonesia

## ABSTRACT

**Introduction:** Elder neglect remains as unreported problem that involves old women in Ampenan West Nusa Tenggara. Despite the paucity of evidence to report the significance, an earlier pilot study showed that elders who lived with their family in Ampenan were found dirty, with dry skin and malnourished. The purpose of this study was to explore the correlating factors of the unreported cases of neglect among these elders. **Method:** This study was a cross-sectional study conducted using a descriptive analytic approach. Thirty-four extended families lived with female elders in the working area of Puskesmas Ampenan and were purposively involved as participants in this study. Family awareness of abuse was collected using a questionnaire developed based on an Elder Abuse Instrument component checklist and the suspicion of instances of neglect among the elders was collected using the 13-item checklist from the Elder Abuse Instrument. The data were then analysed using Spearman's rho ( $\alpha \leq 0,05$ ). **Result:** The results show that a family's lack of knowledge has a strong correlation with elder neglect ( $p = 0,000$  with  $r = 0,643$ ). **Discussion:** The analysis of this finding suggests that not only were the families lacking in knowledge, but they were also being burdened by poor economic situations that triggered the unnecessary neglect of their female elders. These results bridge the paucity of evidence to explain the correlating factors with the incidence of elder abuse in eastern Indonesia. Further research is necessary to explain the size and the impact of neglect towards elders. It is suggested that local departments of health, Puskesmas and health professionals should educate the community as the first step to improving the elders' quality of life and promoting healthy aging.

**Keyword:** neglect, elder, knowledge, economic, Indonesia

## INTRODUCTION

Neglect is one of the most common family mistreatments towards elder (Alizadeh-Khoei et al. 2014; Kaur et al. 2015). Neglect can be defined as intentional or unintentional failure in providing basic care for the elder (Maurier & Smith 2005). This definition also refers to self and carer's failures in providing proper food, physical and psychological

isolation, leaving the elder to stay in damp clothing, or other harmful situations. Poor hygiene, having skin problems, being malnourished and living in a filthy space are the major indicators of neglect (Elder Abuse Prevention Unit 2014).

The World Health Organization (2015) confirms that most of the cases occurred in extended families and were misdiagnosed. The

Bureau of Justice Statistics (2012) reported that in the United States about 2.2 million cases of mistreatment are reported annually. About 67.3% of the victims were female (National Center on Elder Abuse 2015). Similarly, cases also occurred in Spain. Marmolejo (2008) reported that the victims were mostly female elders. The fact that they could live longer, be more financially dependent, and more prone to chronic diseases (when compared with the opposite gender) have made them vulnerable as victims of abuse (Anetzberger 2012).

Earlier studies added advanced age, dependency, interfamilial conflict, depression, isolation, and poor health as main factors that contribute to neglect (Alizadeh-Khoei et al. 2014; Begley & Matthews 2010; Maryam et al. 2012). Furthermore, burdened stress in providing care for all the members, and the economic situation of the family also triggers the mistreatment of elders (Maurier & Smith 2005). In addition, neglect could be a result of caregivers' lack of awareness (Bureau of Justice Statistics 2012).

A pilot to this study showed that elders who lived with their families in the sub-district of Ampenan Tengah of West Nusa Tenggara were found dirty, with dry skin, and malnourished. They were left alone in their family-houses while the younger adults were working outside. Thus, this study was designed to explain further the contributors to elder neglect in the working area of Puskesmas Ampenan in West Nusa Tenggara.

## METHOD

This study explored the correlations between the second generation's knowledge of how to care for their female elder and the possibility of elder neglect in families. The working area of one public health centre (Puskesmas) in Mataram, the capital region of a province on the Island of Nusa Tenggara Puskesmas Ampenan was selected prior to the earlier pilot observation which showed that more than thirteen female elders living in that area were in poor condition and left alone without support for most of the day. According to the definition proposed by the Elder Abuse Prevention Unit (2014), their conditions could be considered to be neglect.

The ethical clearance of this study has been approved by the Faculty of Medicine Universitas Airlangga Ethical Committee on

Health Research under the article number 442/EC/KEPK/FKUA/2016. This study used a descriptive analytical approach, a cross-sectional method. Thirty-four extended families that were taking care of grandmothers and/or their female parents-in-law and had more than one child in a house were involved as the unit of analysis. Both male and female (husbands and wives) adults' knowledge of how to care for elders was analysed as an independent variable, while the possibility of neglect experienced by female-older members (grandmothers) of the family was the dependent variable.

The data for both variables were collected through questionnaires and a checklist adapted from the Fulmer's (2003) Elder Abuse Index (EAI). The collected data were then analysed carefully using Spearman's Rho test with a significant level of 95%.

## RESULTS

The demographical data in Table 1 shows that most of the adults in the families were of a productive age of 25 to 45 years old. About 79% of the adult females in the families were full-time mothers who were not only taking care of their female-elder family members, but also their children. It can be assumed that the

Table 1. Demographical distribution of the families involved as participants in the study.

No	Characteristics	total	%
Age of the adult			
1	respondents		
	a. 26-35 y.o.	22	64.7
	b. 36-45 y.o.	12	35.2
	Total	34	100
Level of highest			
2	education		
	a. Primary	25	74
	b. High school	8	24
	c. Tertiary	1	2.9
	Total	34	100
3	Occupation		
	a. Housewife	27	79
	b. Seller	3	8.8
	c. Employee	1	2.9
	e. Others (uncertainty)	3	8.8
	Total	34	100
4	Elders' age		
	a. 66-70 y.o.	18	53
	b. 71-75 y.o.	12	35
	c. >75 y.o.	4	12
	Total	34	100

income of these families came from the husbands only.

Almost all of the adult respondents have limited knowledge, reflected in their highest degree of education. The data gathered from the questionnaire-guided interviews showed that the adults' understandings of elder abuse were poor. Table 2 shows that only three families had enough awareness of abuse, while about 47.1% others did not know anything about abuse.

The test using EAI showed that 41.2% of the female elders who were members of the families as responders were suspected of being unintentionally neglected. However, the test also revealed that the other 58.8% elders were not neglected (See Table 3).

The statistical test (Spearman's Rho) revealed that adults' (referring to husband and wife) knowledge about abuse correlates with the prevalence of elder neglect ( $p=0.001$ ). It also indicated that knowledge has a strong correlation with neglect ( $r=0.643$ ) (See Table

Table 2. Family awareness of elder abuse in the working area of Puskesmas Ampenan, year 2016

No	Knowledge and awareness	Total	%
1	Sufficient	3	8,8
3	Fair	15	44,1
4	Insufficient	16	47,1
	Total	34	100

Table 3. The result of EAI test for the elders observed in the study

No	Elder Assessment Instrument	Total	%
1	Not neglected	20	58.8
2	History of being neglected	14	41.2
	Total	34	100

Table 4. Strong correlation between knowledge and elder neglect

EA Awareness	Elder Abuse Assessment				Total	%
	Non-neglect	%	Neglect	%		
Sufficient	3	8.8	0	0	3	8.8
Fair	13	38.2	2	5.9	15	44.4
Insufficient	4	11.8	12	35.3	16	47.1
Total	20	58.8	14	41.2	34	100

$p = 0,000$

$r = 0,643$

4).

## DISCUSSION

Education is one of the supporting factors for individuals in gaining and synthesising information. (Notoatmodjo (2007) asserts that the higher the education the more knowledge an individual can get. This means that the higher the level of education the more information individuals would gain, as well as improving their broad knowledge.

The results of this study imply that almost half of the involved respondents neglected their female elders. They were mostly malnourished and poor. Among the suspected contributors, families' lack of awareness about elder neglect was identified to correlate significantly with the unreported cases. IN the authors' opinion, participants' lack of knowledge has made them unable to identify whether they have treated their elders correctly. The respondents' lack of knowledge was suspected because of the small flow of information in Ampenan, the small village in West Nusa Tenggara, the place they lived. The Puskesmas (local public health service) in Ampenan had never been involved with families nor provided information about elders' health. On the other hand, there is no evidence to support that elder abuse is either an important or familiar topic. Therefore, unfamiliarity of elder abuse became one major contributor to the high prevalence of unreported neglect.

This study also suggests that poor financial support is another factor in neglect. This finding showed that most of the neglected elders lived in families with low economic status, where daily needs are often short. According to the American Psychological Association (2012) this situation could lead to family stress and triggers neglect of elders. The situation was worse for elders who lived with families where the householders do not have permanent work. The householders would have been burdened with their responsibility in providing proper living conditions for their families with children and also for their elders. Given that the majority of householders in Ampenan were unemployed and did not have permanent work, it is reasonable to conclude that elders were unnecessarily neglected.

The awareness of a family plays a major role as a predisposing factor to an act of abuse (Notoatmodjo 2007). Neglected elders as a subject of this study lived with families who

were not aware of elder abuse. This implies a strong correlation between the unfamiliarity of abuse as a health issue and the incidence of neglect. This study concludes that the lack of information resources, the insufficient effort by Puskesmas to involve families, and unemployment promotes the unreported cases of neglect in Ampenan. Furthermore, the number of neglect could continue to rise as unimportant message in eastern Indonesia. Therefore, it is suggested that the local department of health, Puskesmas and health professionals educate the community as the first step to improving the elders' quality of life and promoting healthy aging.

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

The unfamiliarity of elder abuse was highlighted as factors that correlates with neglect experienced by elders who lived in extended families. The insufficient knowledge among the adults of extended families with whom the elders lived was strongly correlated with unreported cases of neglect. The poor and burden of economic welfare in Ampenan are also correlated with the unnecessary acts of abuse by families. These results add to the available evidence found in earlier studies and theories. However, this study did not explain the extent of the abuse and how big the impact of neglect toward the elders was. These results bridge the paucity of evidence to explain the correlating factors for the incidence of elder abuse in eastern Indonesia.

### Recommendation

It is suggested that the local department of health, Puskesmas and health professionals educate the community as the first step to improving elders' quality of life and promoting healthy aging.

## REFERENCE

- Alizadeh-Khoei, M, Sharifi, F, Hossain, SZ, Fakhrzadeh, H & Salimi, Z, 2014, 'Elder Abuse: Risk Factors of Abuse in Elderly Community-Dwelling Iranians', *Educational Gerontology*, vol. 40, no. 7, pp. 543–554.
- American Psychological Association 2012, *Elder Abuse & Neglect In Search of*

- Solutions*, The American Psychological Association, Washington.
- Anetzberger, G, 2012, 'An update on the nature and scope of elder abuse', *Generations*, vol. 36, no. 3, pp. 12–20.
- Begley, E & Matthews, F, 2010, 'Protecting older adults: A policy and legal review of "Elder Abuse in Ireland"', *Journal of Studies*, vol. 99, no. 393.
- Bureau of Justice Statistics 2012, *Half of Violent Victimization of the Elderly in Michigan from 2005–2009 Involved Serious Acts of Violence*, The United States Department of justice, Michigan, viewed 28 October 2016, <<http://www.bjs.gov/content/pub/press/vcerlem0509pr.cfm%3E>>.
- Elder Abuse Prevention Unit 2014, *Elder Abuse: Neglect*, Queensland, viewed 28 October 2016, <<http://www.eapu.com.au/elder-abuse/neglect%3E>>.
- Kaur, J, Kaur, J & Sujata, N, 2015, Comparative study on perceived abuse and social neglect among rural and urban geriatric population. *Indian journal of psychiatry*, 57(4), p.375.
- Marmolejo, II 2008, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Fundación De La Comunitat Valenciana Para El Estudio De La Violencia (Centro Reina Sofía), Valencia.
- Maryam, RS, Rosidawati, Riasmini, N & Siti, SE 2012, 'Beban keluarga merawat lansia dapat memicu tindakan kekerasan dan penelantaran terhadap lansia', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, vol. 15, no. 3, pp. 143–150.
- Maurier, FA & Smith, CM, 2005, *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*, Elsevier Saunders.
- National Center on Elder Abuse 2015, *Research Statistics/Data: What We Do*, National Center on Elder Abuse, California, viewed 28 October 2016, <<https://ncea.acl.gov/whatwedo/research/statistics.html>>.
- Notoatmodjo, S, 2007, *Promosi Kesehatan dan Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- World Health Organization, 2015, *World Report on Ageing and Health*, WH Organization, Luxembourg.

# PERAN AYAH DALAM KEBERHASILAN PROGRAM INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) PADA BAYI YANG LAHIR SECARA *SECTIO CESARIA*

## (The Role of Father in Successfulness of Early Breastfeeding Initiation Program to the Newborn with *Sectio Cesarea*)

Sestu Retno D.A\*, Nursalam\*\*, Budi Santoso\*\*\*, Rachmat H\*\*\*\*

\*Stikes Pemkab Jombang, Jl. dr. Soetomo No. 75-77 Jombang Jawa Timur 61411 Indonesia

\*\*Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

\*\*\*Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

\*\*\*\*Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Email: sestu.retno@yahoo.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Persalinan secara *Sectio Cesaria*(SC) merupakan salah satu kendala untuk melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Kesiapan ibu yang baru melahirkan untuk memberikan ASI nya pada bayi yang baru dilahirkan memerlukan adanya persiapan karena ibu mengalami perubahan peran. Pencapaian peran ibu bisa berhasil bila ibu menjadi dekat dengan bayinya dan mendapatkan dukungan dari ayah. Peran ayah dalam pelaksanaan IMD adalah sangat penting. Keterlibatan ayah dalam pelaksanaan IMD ini meliputi pemberian dukungan dan interaksi. Ayah merupakan orang terdekat bagi ibu menyusui yang diharapkan selalu ada di sisi ibu dan selalu siap memberi bantuan. Jika ibu mendapatkan kepercayaan diri dan mendapat dukungan penuh dari ayah, motivasi ibu untuk menyusui akan meningkat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran ayah dalam pelaksanaan IMD. **Metode:** Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *eksplanatif observasional* dengan rancangan *cross sectional*, bertujuan mengumpulkan data responden untuk menjawab isu strategis yang sedang terjadi, yang menyebabkan ibu *postSC* tidak melaksanakan IMD. Responden sejumlah 282 ibu *post SC* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Tempat penelitian ini dilakukan di ruang operasi (OK) kebidanan rumah sakit Tipe B, yaitu RSUD Jombang dan RSUD Sogaten Madiun. **Hasil:** Hasil pengujian secara bersama terdapat pengaruh dari variabel dukungan ayah dan interaksi ayah terhadap pelaksanaan IMD. Hasil pengujian secara individu terhadap variabel dukungan ayah terdapat pengaruh terhadap pelaksanaan IMD, sedangkan pada variabel interaksi ayah tidak terdapat pengaruh terhadap pelaksanaan IMD. Pelaksanaan IMD dipengaruhi oleh dukungan ayah sebesar 3,7%. **Diskusi:** Ibu yang didukung ayahnya lebih termotivasi untuk melaksanakan IMD kepada bayinya.

**Kata kunci:** persalinan *sectio cesaria*, Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

### ABSTRACT

**Introduction:** Delivery through *Sectio Caesaria* (SC) is one of the obstacles to doing Initiation of Breast Feeding. The readiness of new mothers to give her milk to the newborns in need of psychological preparation, because the mother has a role change. The achievement of the role of the mother can be successful if the mother close to the baby and get the support from the spouse (husband). Husband's role in the implementation of IMD is very important. Husband's involvement in the implementation of IMD include the provision of support and interaction. The husband is the closest person for breastfeeding mothers who are expected to always be on the maternal side, and are always ready to provide assistance. If mothers gain confidence and full support of her husband, the motivation for breastfeeding mothers will increase. The objective of this study was to know the role of husband in accompanied the mother with section caesarean in implementing of IMD. **Methods:** This study used observational *eksplanatif*, with cross-sectional design, the aims were collecting the respondent data to answer the strategic issues which were going on, which caused the *post SC* women do not implemented the IMD. Respondent: as many 282 *post SC* mothers who covered the inclusion and exclusion criteria. The study was conducted in the operating room (OK) Type B obstetrics hospitals, namely RSUD Jombang and RSUD Sogaten Madiun. **Result:** The test results Together showed there was an effect from Spouse support variable and spouse's interaction to the implementation of IMD. Individual test result of spouse support to the effect of implementation of IMD, however variable of spouse's interaction, there was no effect to the implementation of IMD. The implementation of IMD was effected by spouse support as many as 3,7%. **Discussion:** The mother that had the support from spouse had a higher motivation in implementation of IMD to the baby

**Key words:** caesarian delivery, initiation of breast feeding

### PENDAHULUAN

Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sangat dipengaruhi oleh metode persalinan. Persalinan secara *sectio caesaria* (SC) merupakan salah satu kendala untuk melakukan IMD. Hal ini berhubungan dengan

rasa nyeri akibat luka operasi, pengaruh anastesi, ketidaknyamanan ibu, dan belum keluarnya ASI setelah operasi (Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde 2012). Meskipun telah dilakukan pemberian anastesi tetapi rasa nyeri masih dirasakan oleh ibu. Seperti yang

dikemukakan oleh (Padmavathi, P., Jayadeepa, T., & Babu 2014), dalam penelitiannya menunjukkan bahwa alasan ibu tidak melaksanakan IMD adalah akibat nyeri luka operasi (92%), ketidaknyamanan (78%), efek anestesi (74%). Nyeri *postSC* apabila tidak segera diatasi dapat menurunkan kemampuan ibu dalam melaksanakan IMD (Storm, 2007).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa *SC* merupakan salah satu kendala untuk melakukan IMD. Hasil penelitian Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde (2012) menunjukkan adanya hubungan yang negatif antara persalianan secara *SC* dengan pelaksanaan IMD. Hal ini berhubungan dengan rasa nyeri akibat luka operasi, pengaruh anestesi, ketidaknyamanan ibu, dan belum keluarnya ASI setelah operasi. Seperti yang dikemukakan oleh Padmavathi, P., Jayadeepa, T., & Babu (2014) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa alasan ibu tidak melaksanakan IMD adalah akibat nyeri luka operasi (92%), ketidaknyamanan (78%), dan efek anestesi (74%).

Ibu yang baru melahirkan perlu mempersiapkan diri untuk memberikan ASInya pada bayi yang baru dilahirkan, persiapan secara psikologis diperlukan karena ibu mengalami perubahan peran. Berdasarkan teori keperawatan *Maternal Role attainment-becoming a Mother* yang dikembangkan oleh Ramona T. Mecer, yang mengemukakan bahwa fokus utamadari teori ini adalah gambaran proses pencapaian peran ibu dan proses menjadi seorang ibu. Pencapaian peran ibu bisa berhasil bila ibu menjadi dekat dengan bayinya dan mendapatkan dukungan dari pasangan (suami) termasuk mengekspresikan kepuasan dan penghargaan peran selanjutnya setelah melahirkan (Alligood 2002). Peran suami dalam pelaksanaan IMD adalah sangat penting, karena suami akan turut menentukan kelancaran refleks pengeluaran ASI yang sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi atau perasaan ibu. Suami dapat berperan aktif dalam membantu ibu dalam memberikan ASI dengan memberikan dukungan emosional dan bantuan-bantuan praktis lainnya (Roesli 2001).

Kebutuhan kenyamanan fisik termasuk defisit dalam mekanisme fisiologis yang terganggu atau beresiko karena sakit atau prosedur invasif. Kebutuhan fisik yang terlihat seperti nyeri mudah tangani dengan maupun tanpa obat. Standar kenyamanan intervensi

diarahkan untuk mendapatkan kembali dan mempertahankan homeostasis (Kolcaba, K., & DiMarco 2005; Wong, J. Y., & Earl 2009)

Kebutuhan kenyamanan psikospiritual termasuk kebutuhan untuk kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan agar klien lebih tenang ketika menjalani prosedur invasif yang menyakitkan atau trauma yang tidak dapat segera sembuh. Kebutuhan ini sering dipenuhi dengan tindakan keperawatan yang menenangkan bagi jiwa klien serta ditargetkan untuk trasedensi seperti relaksasi dan distraksi, sentuhan dan kepedulian. Fasilitasi diri untuk strategi menghibur dan kata-kata motivasi. Tindakan ini termasuk intervensi khusus karena perawat sering sulit meluangkan waktu untuk melaksanakannya tetapi apabila perawat menyempatkan diri maka tindakannya akan sangat bermakna. Tindakan ini dapat memfasilitasi klien dan keluarga mencapai *transcendence* (Kolcaba, K., & DiMarco 2005; Wong, J. Y., & Earl 2009)

Kebutuhan kenyamanan sosiokultural adalah kebutuhan untuk jaminan budaya, dukungan, bahasa tubuh yang positif, dan *caring*. Kebutuhan ini terpenuhi melalui pembinaan yang mencakup sikap optimisme, pesan-pesan kesehatan dan dorongan semangat, penghargaan terhadap pencapaian klien, persahabatan perawat selama bertugas, perkembangan informasi yang tepat tentang setiap aspek yang berhubungan dengan prosedur, dan pemulihan kesadaran setelah anestesi. Kebutuhan sosial ini juga termasuk kebutuhan keluarga untuk menghormati tradisi budaya (Kolcaba, K., & DiMarco 2005; Wong, J. Y., & Earl 2009)

Kebutuhan kenyamanan lingkungan meliputi ketertiban, ketenangan, perabotan yang nyaman, bau yang minimal, dan keamanan. Ketika perawat tidak mampu untuk menyediakan lingkungan benar-benar tenang, perawat dapat membantu klien dan keluarga untuk mampu menerima kekurangan dari pengaturan yang ideal. Namun perawat harus mampu untuk melakukan upaya mengurangi kebisingan, cahaya lampu, dan pengaturan suhu ruangan dalam rangka memfasilitasi lingkungan yang meningkatkan kesehatan klien (Kolcaba, K., & DiMarco 2005; Wong, J. Y., & Earl 2009)

Secara psikologis, seorang ibu yang didukung suami atau keluarga akan lebih termotivasi untuk memberikan ASI kepada bayinya (Sari, 2011). Februhartanty (2008)

mengemukakan bahwa untuk memenuhi ASI diperlukan adanya keharmonisan hubungan pola menyusui tripartit, yaitu antara ayah, ibu, dan bayi.

Keberhasilan menyusui sangat ditentukan oleh peran ayah karena ayah akanturut menentukan kelancaran refleksi pengeluaran ASI yang sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi atau perasaan ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam membantu ibu dalam memberikan ASI dengan memberikan dukungan-dukungan emosional dan bantuan-bantuan praktis lainnya. Pengertian tentang perannya yang penting ini merupakan langkah pertama bagi seorang ayah untuk dapat mendukung ibu agar berhasil menyusui dini (Roesli 2001).

Seorang ayah punya peran penting dalam keberhasilan ibu menyusui. Perasaan dan semangat ibu untuk menyusui dan untuk terus memberikan yang terbaik bagi anaknya sangat bergantung pada peran ayah untuk terus menjaga suasana kondusif. Proses menyusui menjadi terhambat bila kondisi ayah dan ibu tidak harmonis, ibu tidak mendapat dukungan dari suami, tidak bisa berkomunikasi dengan baik, dan perasaan ibu yang tidak aman dan nyaman (Sari, 2011). Dukungan suami yang merupakan faktor pendukung dalam keberhasilan ASI Eksklusif merupakan suatu kegiatan yang bersifat emosional maupun psikologis yang diberikan kepada ibu menyusui dalam memberikan ASI. Hal ini berkaitan dengan pikiran, perasaan, dan sensasi yang dapat memperlancar produksi ASI (Roesli 2001). Suami merupakan orang terdekat bagi ibu menyusui yang diharapkan selalu ada di sisi ibu dan selalu siap memberi bantuan. Keberhasilan ibu dalam menyusui tidak terlepas dari dukungan yang terus-menerus dari suami. Jika ibu mendapatkan

kepercayaan diri dan mendapat dukungan penuh dari suami, motivasi ibu untuk menyusui akan meningkat (Sari, 2011).

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *eksplanatif observasional*. Jenis penelitian *eksplanatif observasional* bertujuan mengumpulkan data responden untuk menjawab isu strategis yang sedang terjadi, yang menyebabkan ibu *postSC* tidak melaksanakan IMD. Rancangan yang digunakan adalah *cross sectional*, dimana variabel sebab dan akibat diukur dalam waktu yang bersamaan (Supriyanto dan Djohan 2011). Respondent: 282 ibu post SC yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel dalam penelitian ini ibu post SC yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi usia kehamilan  $\geq 37$  minggu, Ibu dengan anastesi SAB, Ibu bersedia menjadi responden, Puting susu menonjol, Indikasi SC bukan karena PEB/Eklamsi, kelainan jantung dan asma. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah bayi dengan kelainan kongenital, Bayi lahir dengan keadaan tidak bugar, Ibu dengan komplikasi SC. Penelitian ini dilakukan di ruang operasi (OK) kebidanan rumah sakit Tipe B, yaitu RSUD Jombang dan RSUD Sogaten Madiun.

## RESULTS

Peran ayah dalam keberhasilan program IMD pada bayi yang lahir secara SC terdiri dari 2 indikator, yaitu dukungan ayah dan interaksi ayah. Hampir semua ayah mendukung ibu dalam melaksanakan IMD meskipun persalinannya secara SC. Tetapi pelaksanaan IMD masih tetap rendah.

Tabel 1. Tabel distribusi frekuensi dukungan ayah pada ibu SC dalam melaksanakan IMD.

No	Indikator	IMD		Tidak IMD		Total	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
1.	Dukungan ayah: Kurang	0	0	3	100	3	100
2.	Cukup	10	3,6	268	96,4	278	100
3.	Baik	1	100	0	0	1	100

Tabel 2: Tabel distribusi frekuensi interaksi ayah pada ibu SC dalam melaksanakan IMD

No	Indikator	IMD		Tidak IMD		Total	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
1.	Interaksi ayah: Kurang	0	0	0	0	0	0
2.	Cukup	0	0	1	100	1	100
3.	Baik	11	4	270	96	281	100



Seluruh ibu yang kurang mendapatkan dukungan ayah dalam melaksanakan IMD, tidak melaksanakan IMD. Ibu yang mendapatkan dukungan ayah dalam pelaksanaan IMD, melaksanakan IMD. Hampir semua ibu memiliki interaksi yang baik dengan ayah, tetapi mayoritas ibu tidak melaksanakan IMD, yakni sebesar 96%.

Metode analisa statistik yang digunakan adalah analisa regresi linier berganda. Analisa regresi linier berganda adalah analisa statistik yang digunakan untuk menguji pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen, dimana jumlah variabel independen lebih dari satu, dan variabel dependen berjumlah satu. Berdasarkan deskripsi variabel diatas, maka diketahui variabel dukungan suami (X1) dan interaksi suami (X2) merupakan variabel mempengaruhi (*independent variable*), sedangkan pelaksanaan IMD (Y) yang merupakan variabel dipengaruhi (*dependent variable*).

Hasil pengujian uji-t terhadap variabel dukungan suami (X1) didapatkan t-hitung 3,270 dimana nilai Sig. 0,001 dengan tingkat signifikansi ( $\alpha$ )= 5%. Berdasarkan kriteria pengujian jika nilai Sig. <  $\alpha$  maka disimpulkan terdapat pengaruh signifikan variabel dukungan suami terhadap pelaksanaan IMD. Hasil pengujian uji-t terhadap variabel interaksi suami (X2) didapatkan t-hitung - 1,465 dimana nilai Sig. 0,144 dengan tingkat signifikansi ( $\alpha$ )= 5%. Berdasarkan kriteria pengujian jika nilai Sig. >  $\alpha$  maka disimpulkan tidak terdapat pengaruh signifikan variabel interaksi suami (X2) terhadap pelaksanaan IMD (Y). Hasil pengujian uji-t terhadap konstanta didapatkan t-hitung 2,901 dimana nilai Sig. 0,004 dengan tingkat signifikansi ( $\alpha$ ) = 5%. Berdasarkan kriteria pengujian jika nilai Sig.<  $\alpha$  maka disimpulkan terdapat pengaruh signifikan konstanta terhadap pelaksanaan IMD (Y).

Berdasarkan hasil pengujian individu terhadap masing-masing variabel dukungan ayah (X1), interaksi ayah (X2), dan konstantan, maka disimpulkan hanya interaksi ayah (X2) yang tidak signifikan berpengaruh terhadap pelaksanaan IMD (Y). Variabel yang signifikan berpengaruh yakni konstanta dan dukungan ayah (X1) yang memiliki nilai koefisien yakni sebesar 0,809 yang merupakan koefisien konstanta regresi, dan nilai 0,346 yang merupakan koefisien variabel dukungan suami (X1). Sehingga selanjutnya didapatkan persamaan regresi  $Y = 0,809 + 0,346 X1$

Konstantan sebesar 0,809 menyatakan bahwa jika tidak ada dukungan ayah ( jika X1 bernilai nol), maka pelaksanaan IMD memiliki nilai sebesar 0,809. Koefisien regresi X1 sebesar 0,346 menyatakan bahwa setiap peningkatan dukungan ayah sebesar satu satuan, maka akan meningkatkan pelaksanaan IMD sebesar 0,346 satu satuan.

Berdasarkan hasil pengolahan didapatkan nilai R-square sebesar 0,037. Hal ini berarti sekitar 3,7% pelaksanaan IMD (Y) dapat dijelaskan oleh dukungan ayah (X1). Sedang sisanya 96,3% dijelaskan oleh variabel-variabel lainnya.

## PEMBAHASAN

Faktor ayah dijelaskan oleh dua indikator yaitu dukungan ayah dan interaksi ayah-ibu. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas ayah memberikan dukungan cukup terhadap ibu yang melahirkan secara SC. Hampir semua ayah-ibu memiliki interaksi yang baik. Faktor dukungan ayah membuktikan mampu meningkatkan pelaksanaan IMD pada ibu bersalin secara SC.

Suami atau pasangan intim (*father or intimate partner*), berdasarkan teori keperawatan Mercer berkontribusi pada proses pencapaian peran ibu yang pada pelaksanaannya tidak bisa digantikan oleh orang lain. Interaksi ayah membantu mengurangi tekanan dan memfasilitasi pencapaian peran ibu (Nursalam 2013).

Mercer, R. T., & Ferkehch (1990) mengidentifikasi bahwa dukungan emosional dan penghargaan yang dimaksud adalah perasaan mencintai, penuh perhatian, percaya dan mengerti, tentang peran pelaksanaan, dan bagaimana ia menampilkan perannya. Dukungan instrumental sebagai pertolongan yang langsung seperti membantu merawat bayi serta dukungan informasional untuk membantu individu menolong dirinya sendiri dengan memberikan informasi yang berguna dan berhubungan dengan masalah dan atau situasi.

Secara psikologis, seorang ibu yang didukung ayah atau keluarga akan lebih termotivasi untuk memberikan ASI kepada bayinya (Sari, 2011). Februhartanty (2008) mengemukakan bahwa untuk memenuhi ASI diperlukan adanya keharmonisan hubungan pola menyusui tripartit, yaitu antara ayah, ibu, dan bayi. Keberhasilan menyusui sangat ditentukan oleh peran ayah karena ayah akan turut menentukan kelancaran refleks pengeluaran ASI yang sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi atau perasaan ibu. Ayah dapat berperan aktif dalam membantu ibu

dalam memberikan ASI dengan memberikan dukungan-dukungan emosional dan bantuan-bantuan praktis lainnya. Pengertian tentang perannya yang penting ini merupakan langkah pertama bagi seorang ayah untuk dapat mendukung ibu agar berhasil menyusui dini (Roesli 2001).

Seorang ayah punya peran penting dalam keberhasilan ibu menyusui. Perasaan dan semangat ibu untuk menyusui dan untuk terus memberikan yang terbaik bagi anaknya sangat bergantung pada peran ayah untuk terus menjaga suasana kondusif. Proses menyusui menjadi terhambat bila kondisi ayah dan ibu tidak harmonis, ibu tidak mendapat dukungan dari ayah, tidak bisa berkomunikasi dengan baik, dan perasaan ibu yang tidak aman dan nyaman (Sari, 2011).

Dukungan ayah yang merupakan faktor pendukung dalam keberhasilan ASI Eksklusif merupakan suatu kegiatan yang bersifat emosional maupun psikologis yang diberikan kepada ibu menyusui dalam memberikan ASI. Hal ini berkaitan dengan pikiran, perasaan, dan sensasi yang dapat memperlancar produksi ASI (Roesli 2001). Ayah merupakan orang terdekat bagi ibu menyusui yang diharapkan selalu ada di sisi ibu dan selalu siap memberi bantuan. Keberhasilan ibu dalam menyusui tidak terlepas dari dukungan yang terus-menerus dari suami. Jika ibu mendapatkan kepercayaan diri dan mendapat dukungan penuh dari suami, motivasi ibu untuk menyusui akan meningkat (Sari, 2011).

Keterlibatan seorang ayah dalam pelaksanaan IMD akan memberi motivasi ibu dan menentukan kestabilan emosi ibu. Kondisi emosi yang stabil menentukan sikap positif ibu. Kestabilan tersebut bisa diraih bila sang ayah atau keluarga memberikan dukungan atau motivasinya secara maksimal. Dukungan memberikan suatu kesan bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai sehingga dengan sendirinya akan berpengaruh terhadap emosional ibu dimana ia lebih tenang, nyaman (Lumula, *et. al*, 2012). Selain itu, ayah didukung untuk mengenali perilaku bayi sebelum menyusui. Hal ini dapat berlangsung beberapa menit atau satu jam. Dukungan ayah akan meningkatkan rasa percaya diri ibu (Roesli 2001).

Pada kenyataannya, hal ini sesuai karena aya tidak diperbolehkan mendampingi istrinya di kamar operasi terutama saat di ruang operasi, sehingga dukungan yang diberikan

ayah tidak maksimal. Padahal dukungan ayah selama di kamar operasi diperlukan untuk meningkatkan percaya diri ibu dalam melaksanakan IMD. Sehingga dapat disimpulkan bahwa meskipun ibu mendapatkan dukungan ayah, tetapi ayah tidak berada disisi ibu saat operasi menyebabkan ibu tidak mampu melaksanakan IMD.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Variabel dukungan ayah berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IMD. Semakin baik dukungan ayah tentang pelaksanaan IMD pada ibu, semakin meningkatkan pelaksanaan IMD, sedangkan variabel interaksi ayah tidak berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan IMD. Interaksi ayah dan ibu tidak mempengaruhi pelaksanaan IMD.

### Saran

Dukungan ayah saat ibu SC sangat diperlukan untuk meningkatkan pelaksanaan IMD. Perlu dilakukan penelitian lagi untuk mengetahui faktor lain yang mampu meningkatkan pelaksanaan IMD.

## KEPUSTAKAAN

- Alligood, M.R., 2002. A Theory of the art of nursing discovered in Rogers' Science of Unitary Human Beings. *International Journal for Human Caring*, 6, pp.55–60.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M.A., 2005. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), pp.187–194.
- Mercer, R. T., & Ferkehch, S.L., 1990. Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), pp.268–280.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* 3rd ed., Jakarta: Salemba Medika.
- Padmavathi, P., Jayadeepa, T., & Babu, A.A., 2014. Initiation of Breast Feeding After Caesarian Deliver. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4(1), p.114.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M.J., 2012. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American*

- Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), pp.1113–1135.
- Roesli, 2001. *Bayi Sehat Berkat ASI Eksklusif*, Jakarta: PT ElexKomputindo.
- Sari, Reni, (2011). Hubungan Karakteristik, Sikap, dan Dukungan Ayah terhadap pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Takang Kabupaten Solok Tahun 2014.
- Supriyanto dan Djohan, 2011. *Metodologi Riset Bisnis dan Kesehatan*, Kalimantan: PT Grafika Wangi.
- Wong, J. Y., & Earl, J.K., 2009. Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 75(1), pp.1–13.

# KOMPETENSI PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN GANGGUAN JIWA

*(Nursing Competencies in Taking Care Patient with Mental Disorders)*

**Ah. Yusuf, Rizki Fitriyasaki, Hanik Endang Nihayati, Rr. Dian Tristiana**

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Kampus C Unair Jl. Mulyorejo Surabaya

Email: ah-yusuf@fkp.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Kompetensi yang dimiliki perawat dapat menjadi sebuah kemampuan yang baik apabila didukung oleh persepsi perawat yang positif tentang kompetensi itu sendiri. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kompetensi perawat dalam merawat pasien gangguan jiwa dan hambatan yang ditemukan dalam pelaksanaan kompetensi tersebut. **Metode:** Penelitian menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Populasi penelitian adalah perawat yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa, sampel penelitian diperoleh dengan *purposive sampling*, Partisipan terdiri dari 17 perawat yang bekerja di dua Rumah Sakit Jiwa terbesar di Jawa Timur. Metode pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam dan *focus group discussion (FGD)*. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah media player (MP-4), pedoman FGD dan catatan lapangan. Data diolah dengan analisis tematik menurut Colaizzi. **Hasil:** Hasil penelitian meliputi 8 tema, yaitu bahwa persepsi perawat tentang kompetensi perawat RSJ dalam merawat pasien gangguan jiwa adalah melaksanakan asuhan keperawatan, melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO) di ruangan dan melaksanakan terapi modalitas keperawatan jiwa. Sementara perawat menjumpai hambatan saat mengaplikasikan kompetensi dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, keterbatasan fasilitas, kurang efektifnya pelaksanaan manajemen ruangan, keterbatasan sumber daya manusia serta kondisi pasien yang dirawat. **Diskusi:** Temuan penelitian dapat dimanfaatkan oleh perawat sebagai bahan untuk mengembangkan desain format dokumentasi pasien gangguan jiwa yang lebih efektif dan diharapkan manajemen rumah sakit untuk lebih memperhatikan aspek pengarahan dan supervisi dalam pelaksanaan kompetensi perawat. Penelitian yang disarankan untuk dikembangkan berdasarkan temuan penelitian adalah melihat hubungan pelaksanaan supervisi keperawatan terhadap peningkatan kinerja dan kepuasan perawat

**Kata kunci :** *kompetensi, perawat, gangguan jiwa.*

## ABSTRACT

**Introduction:** *Competences of the nurse can be a good ability when supported with a positive perception of nurses about the competence itself. This study describe the nurse competencies in taking care patients with mental disorders and barriers in the implementation of these competencies.* **Methods:** *This study design used qualitative descriptive phenomenology. Population was nurse who worked at the Mental Hospital. Participants were 17 nurses from two Mental Hospital in East Java which obtained by purposive sampling. Data was collected by indepth interview and focus group discussion (FGD). Equipment tools used media player, FGD guidelines and field notes. The data were analyzed by thematically analysis based Colaizzi.* **Result:** *The results produce eight themes. The nurse's perception of competence in caring for patients with mental disorders are implementing nursing care, Standard Procedures Operational (SPO) and nursing modality therapy. While nurses encounter obstacles when applying competence in the implementation of nursing documentation, limited facilities, the lack of effectiveness management system, limited human resource and the condition of the patient.* **Discussion:** *The findings of this study can be used by nurses as a material to develop documentation formats more effectively and hospital management are expected to pay more attention to aspects of the guidance and supervision of the implementation of competence. Research suggested based on the findings is to analyze the relationship between supervision and nurse's performance and satisfaction*

**Keyword:** *Nurse, Competencies, Mental Disorder*

## PENDAHULUAN

Pelayanan keperawatan merupakan bagian tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan yang berperan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal pada tatanan individu, keluarga dan masyarakat. Pelayanan keperawatan di rumah sakit sebagai ujung tombak yang mampu menjadi daya ungkit yang besar dalam upaya pembangunan kesehatan (Depkes RI, 1999). Profesionalisme perawat, khususnya pelayanan keperawatan di rumah sakit dimulai dari komitmen dan internalisasi perawat terhadap profesi keperawatan itu sendiri. Perawat dituntut memiliki kemampuan

intelektual, teknis, dan interpersonal serta bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan.

Kompetensi perawat berhubungan erat dengan kemampuan dan motivasi kerja yang kuat dalam memberikan pelayanan. Kompetensi yang dimiliki perawat, tercermin pada pelaksanaan tugas keperawatan dalam pelayanan kepada pasien, tidak terkecuali pada perawat di Rumah Sakit Jiwa (RSJ). Kompetensi perawat jiwa dapat diperoleh melalui proses pendidikan formal maupun pelatihan dalam lingkup kesehatan jiwa. Kompetensi yang dimiliki seorang perawat

dapat menjadi sebuah kemampuan yang maksimal apabila didukung dengan persepsi perawat yang positif tentang kompetensi itu sendiri.

Hasil wawancara pada beberapa perawat di RSJ di Jawa Timur terkait pandangan perawat tentang profesi dan kemampuan kerja perawat di RSJ menunjukkan keanekaragaman fakta. Ada yang menyampaikan bahwa selama ini perawat masih berpikiran sebagai pembantu dokter, tidak jelas bidang garapnya, kurang percaya diri bila berhadapan dengan profesi kesehatan yang lain, belum sepenuh hati dalam menjalankan aktivitas keperawatan, belum optimal berinteraksi dengan pasien, terlalu banyak tugas dokumentasi dan masih belum memahami secara tuntas pemberian asuhan keperawatan secara holistik. Sementara disisi lain ada perawat yang memiliki pandangan positif bahwa menjadi perawat di RSJ merupakan tugas mulia dan merasa senang ketika pasien yang dirawat mampu mandiri dan diijinkan pulang dari RSJ. Pihak RSJ juga sangat menyadari keberagaman pandangan perawat tersebut dan sudah berupaya untuk meminimalkan dampak yang terjadi terutama terhadap kinerja perawat. Pihak manajemen RSJ sering melakukan pertemuan rutin dengan perawat, banyak berdiskusi dengan jajaran pimpinan RSJ dan mengirim perawat untuk mengikuti pelatihan serta menerapkan sistem reward.

Fenomena dan fakta terhadap profesi perawat tersebut merupakan permasalahan yang menarik untuk ditelusuri, sehingga peneliti ingin mendapatkan gambaran secara kualitatif terkait persepsi perawat RSJ terhadap kompetensi merawat pasien gangguan jiwa dan hambatan yang dirasakan selama mengaplikasikan kompetensi tersebut.

## **BAHAN DAN METODE**

Penelitian menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif untuk menggambarkan kompetensi perawat dalam pasien gangguan jiwa. Kompetensi perawat diukur berdasarkan persepsi perawat RSJ tentang kinerja yang harus dimiliki selama bekerja di RSJ. Populasi penelitian adalah perawat yang bekerja di RSJ Menur dan Lawang, pemilihan sampel menggunakan *purposive sampling* yaitu metode pemilihan sampel yang sesuai dengan tujuan penelitian. Seluruh partisipan penelitian

adalah perawat yang bekerja di RSJ dengan kriteria: telah bekerja minimal 1 tahun, berpendidikan minimal DIII keperawatan, mampu berkomunikasi dengan baik serta sehat fisik dan mental saat dilakukan pengambilan data.

Partisipan terdiri dari 10 perawat dari RSJ Menur dan 7 perawat dari RSJ Lawang. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah indepth interview dan *focus group discussion (FGD)*. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah Media Player (MP-4), pedoman wawancara, catatan lapangan dan diri peneliti. FGD dilaksanakan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perawat RSJ Menur dan kelompok RSJ Lawang di tempat dan waktu yang berbeda dengan menggunakan stimulasi pertanyaan yang sama. Data yang diperoleh dari hasil FGD dan *field note* dibuat transkrip verbatim selanjutnya proses analisa dalam penelitian ini menggunakan sembilan langkah menurut Colaizzi.

## **HASIL**

Peneliti mengidentifikasi 8 tema sebagai hasil penelitian. Proses pemunculan tema tersebut diuraikan berdasarkan tujuan penelitian. Tujuan penelitian pertama adalah persepsi perawat tentang kompetensi perawat dalam merawat pasien gangguan jiwa, terdiri dari 3 tema, yaitu melaksanakan asuhan keperawatan, melaksanakan standar prosedur operasional (SPO) di ruangan dan melaksanakan terapi modalitas keperawatan jiwa. Tujuan penelitian 2 adalah hambatan yang ditemui dalam mengaplikasikan kompetensi sebagai perawat jiwa meliputi 5 tema, yaitu hambatan dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, fasilitas yang terbatas, kurang efektifnya pelaksanaan manajemen di ruangan, kondisi sumber daya manusia yang dimiliki serta kondisi pasien yang dirawat.

### **Persepsi tentang kompetensi perawat dalam merawat pasien gangguan jiwa**

#### ***Tema 1. Memberikan asuhan keperawatan jiwa***

Memberikan asuhan keperawatan jiwa kepada pasien merupakan kompetensi yang dilakukan perawat RSJ terdiri dari tahapan asuhan keperawatan dan format dokumentasi aspek. Tahapan dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

“...mulai dari pengkajian sampai evaluasi...”

“...asesmen sampai evaluasi...”

“...tahapnya pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi”

Pengkajian yang dilakukan dibedakan berdasarkan lokasi pasien dirawat, seperti pengkajian untuk pasien gangguan jiwa dewasa, NAPZA, anak atau geriatri.

“...ada format asesmen awal...asesmen dewasa...poli dan IGD..”

“...asesmen unit khusus seperti NAPZA, anak remaja, geriatri...”

Aspek yang dikaji meliputi alasan masuk, predisposisi, presipitasi, psikososial, status mental, mekanisme koping dan kebutuhan persiapan pulang. Seperti yang dinyatakan oleh informan di bawah ini.

“...dikaji dulu alasan masuk, predisposisi, psikososial, status mental, kebutuhan pulang, persiapan pulang...”

“...anamnese status mentalnya dulu...”

Perencanaan asuhan keperawatan dilakukan secara manual berdasarkan 10 Standar Asuhan Keperawatan yang meliputi masalah keperawatan Halusinasi, Waham, Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah, Resiko Bunuh Diri, Perilaku Kekerasan, Defisit perawatan Diri: Mandi, Makan, Eliminasi, Berhias. Sementara di RSJ Lawang telah dilakukan sistem komputerisasi khususnya untuk di bagian rawat jalan.

“...sepuluh diagnosa keperawatan...”

“.....sepuluh SAK....”

“...sistem online untuk IGD (NIC NOC)...”

Implementasi yang dilakukan menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah di susun. Evaluasi asuhan keperawatan dilaksanakan dengan membuat catatan perkembangan setiap *shift* yang diisi oleh perawat pelaksana dengan format SOAP, sementara perawat yang berperan sebagai ketua tim akan melakukan evaluasi berdasarkan catatan perkembangan ke catatan terintegrasi dengan format SBAR.

“....CPPT diisi dalam bentuk pakem yaitu SOAP.....”

“...kita pakai SOAP....”

“...untuk komunikasi antardisiplin diisi katim (SBAR)...”

Format yang digunakan dalam melakukan asuhan keperawatan di RSJ maupun Lawang menggunakan format standar

yang telah di modifikasi dan disesuaikan dengan kebutuhan akreditasi rumah sakit. Beberapa jenis dokumentasi yang dikembangkan meliputi catatan perkembangan, catatan terintegrasi dan pengkajian resiko khususnya pada pasien dengan perilaku kekerasan. Cara pengisian format pengkajian dan intervensi juga mengalami modifikasi menjadi lebih sederhana dengan model *checklist*.

“...catatan perkembangan....”

“...cppt...”

“...pake model check list....”

## **Tema 2 Melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Perawat di RSJ menjalankan sejumlah SPO dalam merawat pasien gangguan jiwa. Beberapa jenis SPO menjadi wajib untuk dipahami dan dijalankan seluruh perawat melalui proses sosialisasi secara bertahap dari kepala ruangan ke perawat ruangan. SPO yang sudah tersedia meliputi SPO tentang pengisian format dokumentasi keperawatan dan ditambahkan SPO sesuai dengan kebutuhan akreditasi rumah sakit dan saat ini sedang dikembangkan SPO untuk keamanan pasien dan perawat.

“...Standar operasional prosedur untuk aspek sudah ada...”

“...SPO tersosialisasi rutin setiap rapat rutin...”

## **Tema 3 Melakukan terapi modalitas keperawatan jiwa.**

Kompetensi melaksanakan terapi modalitas keperawatan disampaikan berdasarkan jenis, pelaksana, waktu, fasilitas, tempat dan metode. Jenis yang paling sering dilaksanakan adalah Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) dengan berbagai topik dan Pendidikan Kesehatan Keluarga di Rumah Sakit (PKRS) dan di masyarakat.

“...berjalan rutin (TAK)...”

“...TAK rutin...”

“...pendidikan ke keluarga sesuai SP (Obat)...”

Kedua jenis terapi modalitas tersebut dilaksanakan baik oleh perawat ruangan maupun mahasiswa perawat yang telah terjadwal secara rutin. Fasilitas pendukung untuk kedua terapi modalitas ini sudah cukup memadai seperti adanya SPO, format dokumentasi, leaflet dan alat terapi. TAK dilaksanakan di ruangan maupun ruang rehabilitasi, sementara PKRS dilakukan di

ruang yang terdapat keluarga diijinkan untuk menunggu seperti rawat jalan, ruang akut dan juga di lingkungan masyarakat yang menjadi wilayah kerja RSJ. Metode yang dikembangkan dalam pemberian terapi modalitas berdasarkan tujuan, modifikasi cara, tahapan dan bentuk terapi. TAK dapat diberikan dengan tujuan menciptakan lingkungan yang terapeutik atau mengajarkan *life skill* pada pasien, sehingga bentuk kegiatan TAK di modifikasi untuk mencapai tujuan dan diberikan bertahap sesuai dengan kemampuan yang dicapai oleh pasien.

### **Persepsi perawat RSJ tentang hambatan yang dijumpai selama menerapkan kompetensi dalam merawat pasien gangguan jiwa.**

#### **Tema 4. Dokumentasi Keperawatan**

Perawat RSJ dalam membuat dokumentasi keperawatan menemui beberapa hambatan seperti ketidaklengkapan jenis format SAK yang seharusnya ada, misalnya format di UGD, PICU, Poli Jiwa Anak dan SPO khusus untuk ADL pasien. Hal ini sesuai yang disampaikan oleh partisipan

*"...format pengkajian di UGD masih belum ada...."*

*"...lembar untuk mengkaji jiwa anak masih belum ada..."*

*".....belum ada standar operasional prosedur untuk ADL pasien..."*

*"...RS belum ada pijakan paten untuk membuat PICU...instrument untuk keperawatan masih belum ada...."*

Format yang digunakan masih dalam proses pengembangan dan evaluasi sehingga terkadang menimbulkan berbagai persepsi yang beragam dan berdampak pada hasil pengisian yang juga beranekaragam.

*"....pengisian format pengkajian masih Indonesia raya...."*

*"....banyak yang tidak mengerti....."*

Kondisi tersebut dirasakan menjadi hambatan terutama apabila harus berkomunikasi dengan disiplin ilmu yang lain seperti dengan pihak medis, psikolog maupun okupasi terapis. Ketidaklengkapan juga masih dijumpai pada simbol khusus yang perlu untuk dimodifikasi, misalnya untuk mengkaji masalah nyeri pada pasien gangguan jiwa belum ditemukan model yang tepat.

*"...kami masih bingung bagaimana sih triage untuk pasien jiwa...."*

*"....karena ada akreditasi RS, ada yang namanya patient safety....nah...kami belum*

*ada format untuk masalah nyeri pada pasien jiwa....."*

Ketidaklengkapan juga termasuk banyak komponen format yang tidak terisi sesuai SPO dan kosong tidak diisi.

*"...banyak yang kosong..."*

*"...banyak yang tidak diisi..."*

Pengisian data dokumentasi yang menjadi hambatan dan perlu perhatian khusus adalah validitas data yang dituliskan oleh perawat. Subjektivitas perawat dalam menuliskan evaluasi asuhan keperawatan masih mendominasi sehingga evaluasi yang ada di catatan perkembangan kurang menggambarkan kondisi pasien secara rinci.

#### **Tema 5. Fasilitas**

Fasilitas yang tersedia di RSJ masih menjadi salah satu hambatan yang dirasakan saat perawat akan menerapkan tindakan sesuai dengan SPO yang ada. Seperti SPO untuk menerapkan asuhan keperawatan ADL mandi pada pasien belum ditunjang dengan kelengkapan alat mandi dan fasilitas kebersihan pribadi pasien. Sehingga perawat banyak melakukan modifikasi sesuai dengan ketersediaan yang ada.

*"...tidak ada sabun, handuk,..."*

*"...pasien tidak punya alat mandi sendiri...."*

#### **Tema 6. Manajemen Ruangan**

Pelaksanaan manajemen di ruangan terutama aspek perencanaan masih menjadi hambatan yang mempengaruhi kinerja asuhan keperawatan pada perawat ruangan. Deskripsi tugas yang tidak jelas terutama dalam pelaksanaan terapi modalitas seperti TAK dan PKRS menimbulkan ketidaknyamanan diantara perawat pelaksana sehingga mempengaruhi kinerja perawat. Selain itu keterbatasan kewenangan perawat untuk melakukan terapi modalitas yang tidak dipayungi oleh kebijakan rumah sakit dan ruangan membuat jenis terapi modalitas yang dapat dilaksanakan baru sebatas TAK dan PKRS.

Aspek pengawasan dalam manajemen ruangan juga menjadi hambatan bagi perawat ruangan dalam menjalankan kompetensi sebagai perawat secara optimal. Kegiatan TAK di ruang rehabilitasi telah dilakukan evaluasi, namun tidak tersampaikan kepada perawat pengelola pasien dan masih kurangnya aspek pengawasan untuk menindaklanjuti hasil evaluasi tersebut membuat kemajuan kemampuan pasien tidak menjadi bagian dari

evaluasi perawat ruangan. Selain itu sistem reward yang masih belum sesuai dengan kinerja pelaksanaan terapi modalitas seperti TAK, menjadi salah satu alasan perawat untuk tidak bekerja secara maksimal.

### **Tema 7. Sumber Daya Manusia**

Pelaksanaan kompetensi perawat di RSJ dirasakan menemui hambatan akibat dari keberagaman kondisi sumber daya manusia yang tersedia. Tingkat pendidikan yang bervariasi dari tingkat SPK, DIII, S1 Ners, Magister dan Spesialis mempengaruhi tingkat pengetahuan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan. Perbedaan persepsi masih sering ditemukan dalam hal menentukan diagnosa keperawatan dan menuliskan di format dokumentasi keperawatan. Masa kerja perawat yang juga bervariasi juga menjadi kendala dimana perawat yang masih baru perlu mempelajari kebiasaan yang telah ada dan seni dalam mengatasi permasalahan selama berhadapan dengan pasien gangguan jiwa. Jumlah perawat yang terbatas apabila di bandingkan dengan jumlah pasien, terutama pada shift sore dan malam hari di ruang akut menyebabkan beban kerja perawat yang tinggi. Beban kerja perawat selain akibat dari ketidak seimbangan tersebut juga akibat dari beberapa perawat harus menjabat secara struktural sehingga waktu banyak tersita untuk kegiatan selain di ruang rawat. Selain itu duplikasi beberapa format dokumentasi keperawatan yang harus dilengkapi selama merawat pasien masih menjadi hambatan untuk dapat bekerja secara efisien meskipun beberapa format sudah dimodifikasi dengan bentuk yang lebih sederhana.

### **Tema 8 Kondisi pasien**

Perawat RSJ dalam menjalankan kompetensi sebagai perawat ruangan juga mendapatkan hambatan akibat dari ketidakpatuhan pasien dalam menjalani program pengobatan di rumah sakit. Kondisi penyakit yang dialami pasien gangguan jiwa membuat pasien memiliki pola pikir, pengendalian emosi dan perilaku yang unik, sehingga perawat harus memiliki kemampuan untuk mengarahkan agar pasien mau mengikuti program terapi yang telah direncanakan bersama tim kesehatan yang lain. Bagi sebagian perawat ketidakpatuhan merupakan tantangan tersendiri, namun tetap menjadi faktor penghambat dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai perawat di tatanan RSJ.

## **PEMBAHASAN**

Kompetensi perawat merupakan tingkatan kinerja (*performance*) dasar perawat dalam tatanan klinis yang harus dimiliki perawat untuk dapat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan, pengambilan dan penguasaan dalam melaksanakan tugas sebagai seorang perawat. Kompetensi merupakan campuran dari sebuah keterampilan (*skill*) dengan karakteristik personal (Hye-Won & Mi-Ran 2014; Mohtashami et al. 2013). Hasil penelitian ini didapatkan beberapa tema terkait dengan kompetensi perawat dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.

### **Tema 1 Memberikan asuhan keperawatan jiwa**

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau ners melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif, baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lainnya dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan termasuk praktik keperawatan individu dan berkelompok (Nursalam, 2003 dalam Muhith, 2015). Hasil penelitian menunjukkan tahapan yang dilakukan dalam melakukan asuhan keperawatan adalah pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berdasar Ruang lingkup dan standar praktik keperawatan jiwa, ruang lingkup dan standar praktik dibagi menjadi dua yaitu standar praktik dan standar kinerja profesional (*professional performance*). Standar praktik merujuk pada perawatan yang klien terima dari perawat kesehatan jiwa yang telah teregistrasi dan berdasarkan proses keperawatan. Standar praktik ini meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Ballard 2012). Secara garis besar tahapan yang dilakukan sudah sesuai dengan standar praktik keperawatan.

Pengkajian yang dilakukan dibedakan berdasar lokasi yaitu unit Napza, unit anak dan remaja, dan unit geriatri. Masing-masing unit memiliki kekhususan terkait fokus pengkajian yang harus dilakukan. Pengkajian dilakukan perawat untuk mendapatkan data subyektif dan data obyektif termasuk di dalamnya observasi klien selama proses wawancara. Pengkajian juga meliputi keluhan utama atau masalah utama, kondisi fisik secara umum, status kesehatan mental dan emosional, riwayat keluarga dan klien, sistem dukungan dalam keluarga,



kelompok sosial atau komunitas, ADL (*Activity Daily Living*), kebiasaan kesehatan dan kepercayaan, penyalahgunaan obat, penggunaan obat, hubungan interpersonal, resiko menciderai diri sendiri dan orang lain, koping, kepercayaan dan spiritual dan faktor lain yang mempengaruhi kemampuan klien untuk berfungsi dan berespons pada perawatan (Ballard 2012; Yusuf et al. 2014).

Perencanaan dilakukan secara manual dan terkomputerisasi. Pelaksanaan dengan cara manual memang lebih banyak menghabiskan waktu perawat. Proses implementasi sama-sama menggunakan SP (Strategi Pelaksanaan). Tahapan evaluasi masih ada beberapa hal yang berbeda seperti jenis format evaluasi dan cara mengisi. Hasil penelitian (Rutledge et al. 2013) menyatakan bahwa perawat jiwa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan jiwa namun tidak percaya diri dalam memberikan intervensi terkait perawatan pasien.

## **Tema 2 Melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Hasil penelitian didapatkan terkait SPO berupa jenis dan pelaksanaan. Jenis SPO berisi tentang asuhan keperawatan pada klien dan beberapa dimodifikasi disesuaikan dengan JCI terkait akreditasi RSJ. Sebuah SPO adalah suatu set instruksi yang memiliki kekuatan sebagai suatu petunjuk atau direktif. Hal ini mencakup proses pelayanan yang memiliki suatu prosedur pasti atau terstandarisasi, tanpa kehilangan keefektifannya. SPO lebih spesifik dari guideline dan dijelaskan dengan lebih detail. SPO menjelaskan kriteria tertentu secara komprehensif tentang langkah-langkah suatu kondisi klinis tertentu (Rao et al. 2011). SPO juga sesuai dengan rumah sakit masing-masing. Setiap sistem manajemen kualitas yang baik selalu didasari oleh SOP yang kemudian disosialisasikan kepada seluruh pihak yang berkompeten untuk melaksanakannya secara rutin. Sosialisasi rutin ini perlu dilakukan agar perawat mengetahui dan mampu mengaplikasikan keterampilannya sesuai SPO yang telah dibuat. SPO diperlukan untuk memastikan bahwa strategi implementasi tidak diabaikan. SPO sebaiknya tersedia di tempat konsultasi pasien, di unit rawat jalan serta di ruang rawat inap serta tempat yang berkaitan dengan perawatan pasien (Rao et al. 2011).

## **Tema 3 Melakukan terapi modalitas keperawatan jiwa.**

Terapi modalitas yang dilakukan jenisnya berupa TAK (Terapi aktivitas Kelompok) dan PKRS (Penyuluhan). Pemberian terapi baik psikofarmaka maupun keperawatan yang tepat dan akurat saja tidaklah cukup pada klien gangguan jiwa, tetapi harus disusul atau bahkan paralel dengan terapi modalitas salah satunya dengan TAK yang secara kontinue dan teratur sampai berfungsinya kembali perilaku normatif yang stabil atau dalam istilah keperawatan perilakunya adaptif (Susana, 2007). Pelaksanaan yang rutin diharapkan akan meningkatkan hasil di pasien. Pelaksana terapi modalitas adalah perawat dan mahasiswa keperawatan. Pelaksana terapi modalitas harus mengetahui proses dan cara pelaksanaan terapi modalitas. Sedangkan ECT dilakukan oleh dokter dengan perawat memberikan asistensi. Waktu pelaksanaan TAK adalah rutin dan terjadwal sedangkan untuk PKRS sesuai dengan kebutuhan klien. Edukasi dan pemberian informasi sudah dilakukan, namun belum berupa psikoterapi. Hal ini berkaitan dengan tingkat pengetahuan perawat dan belum adanya SPO tentang pelaksanaannya. Fasilitas pendukung dalam pelaksanaan terapi modalitas ini berupa leaflet, format dokumentasi dan adanya SPO. Tempat pelaksanaan di dalam rumah sakit dan luar rumah sakit. Metode pemberian berdasarkan dari tujuan, modifikasi, dan bertahap.

## **Tema 4. Dokumentasi Keperawatan**

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan menemui hambatan dalam bentuk ketidaklengkapan format Standar Asuhan Keperawatan (SAK) terutama untuk ruangan dengan karakteristik khusus dan perbedaan persepsi perawat dalam proses pendokumentasian. Dokumentasi keperawatan sangat penting (Iyer & Comp, 2005) menurut ANA (2000 dalam Nursalam, 2008) dokumentasi merupakan pernyataan bahwa perawat bertanggung jawab dalam melakukan asuhan keperawatan, termasuk dalam mengumpulkan data, mengkaji status kesehatan klien, menentukan rencana asuhan keperawatan, mengevaluasi efektivitas asuhan dan mengkaji ulang serta merevisi kembali rencana asuhan keperawatan. Keberadaan ruangan dengan karakteristik khusus di RSJ seperti ruang gawat darurat (UGD), ruang intensif (PICU), ruang khusus anak, geriatri dan ruang khusus NAPZA, menjadikan perlu untuk dikembangkan format dokumentasi khusus yang menjawab

kebutuhan tersebut. Format khusus telah dicoba untuk dikembangkan untuk proses Traigedi UGD, namun masih belum jelas untuk mengukur tingkat kegawatan pasien. Format Standar Asuhan Keperawatan di ruang PICU dan poli khusus Anakmasih belum lengkap karena dalam proses pengembangan termasuk cara pengisian dengan benar.

Dinamika perubahan dan perkembangan format dokumentasi menuntut perawat untuk mudah beradaptasi dan segera memahami perubahan tersebut. Kenyataan yang dihadapi belum 100% format dokumentasi keperawatan tersisi lengkap dan benar, hal tersebut bisa disebabkan oleh perbedaan persepsi perawat dalam pengisian format. Persepsi merupakan proses dimana individu menyeleksi dan memilih aspek khusus dari berbagai situasi yang diterima lalu mengorganisasikannya dalam sebuah pola yang diwujudkan dalam bentuk sikap dan perilaku. Perbedaan informasi yang diterima oleh perawat terkait pengisian format dapat menyebabkan cara pengisian yang berbeda bahkan kebingungan sehingga perawat cenderung tidak mengisi format dengan lengkap. Sehingga setiap perubahan format yang terjadi harus dilakukan secara terencana dan tersosialisasi dengan baik di seluruh personil perawat yang berdinasi di ruangan rawat pasien.

Hambatan lain yang ditemukan dalam melakukan dokumentasi adalah validitas data yang dituliskan masih berdasarkan rutinitas. Pelaksanaan asuhan keperawatan masih bersifat rutin sehingga tidak sesuai prioritas masalah dan kebutuhan pasien, sementara evaluasi hanya melakukan evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah dilaksanakan intervensi keperawatan tertentu, namun jarang melakukan evaluasi sumatif sehingga perkembangan atau kemajuan masalah keperawatan tidak ditindaklanjuti. Hal ini sangat prinsip sehingga bila tidak dilakukan akan mempengaruhi kinerja perawat secara keseluruhan dalam merawat pasien. Kinerja perawat khususnya dalam melakukan dokumentasi keperawatan dapat dipengaruhi oleh motivasi (Budiawan, Suarjana & Wijaya, 2015). Salah satu bentuk motivasi adalah adanya reward dan punishment yang efektif. Situasi yang didapatkan bahwa dokumentasi berdasarkan rutinitas yang telah dilakukan oleh perawat belum bersentuhan dengan aspek motivasi baik yang bersifat reward maupun punishment, sehingga perawat tidak merasakan

bahwa dokumentasi yang telah dilakukan merupakan kinerja yang harus diperbaiki. Sehingga kemampuan dokumentasi asuhan keperawatan di RSJ menjadi aspek yang perlu diperhatikan untuk menunjang pencapaian kompetensi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh.

### **Tema 5. Fasilitas**

Fasilitas yang tersedia di RSJ masih menjadi salah satu hambatan yang dirasakan saat perawat akan menerapkan tindakan sesuai dengan SPO yang ada. Perawat dalam melaksanakan SPO untuk merawat pasien gangguan jiwa membutuhkan dukungan fasilitas rumah sakit. Fasilitas yang dibutuhkan sebaiknya diidentifikasi dan direncanakan berdasarkan kebutuhan (Depkes RI, 2008). Dalam upaya tersebut dibutuhkan perencanaan dari kepala ruangan untuk menyusun sumber daya yang dimiliki dan dibutuhkan, menentukan strategi sehingga tujuan dapat tercapai (Simamora, 2012). Pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan yang sering terkendala dengan fasilitas ruangan adalah pemenuhan kebutuhan kebersihan diri yang belum dapat dilaksanakan sesuai dengan SPO yang ada. Keterbatasan peralatan mandi seperti sabun, shampo, handuk, sikat dan pasta gigi untuk setiap pasien menstimulasi perawat untuk melakukan modifikasi sehingga kebutuhan tersebut dapat terpenuhi. Kondisi pasien gangguan jiwa yang belum dapat menjaga barang pribadi untuk kebersihan diri menjadi faktor yang harus dipertimbangkan agar kebutuhan kebersihan diri pasien dapat terpenuhi.

### **Tema 6. Manajemen Ruang**

Manajemen ruangan yang telah dilakukan dengan baik masih perlu mendapatkan perhatian dalam aspek perencanaan, khususnya terkait dengan deskripsi tugas dalam pelaksanaan terapi modalitas keperawatan seperti TAK dan PKRS. Uraian tugas tenaga perawatan sangat penting dan bermanfaat untuk membantu tenaga perawatan mengetahui dengan pasti tugasnya, apa yang akan dicapai dan mencegah tumpang tindih maupun terlupakannya suatu tugas (Depkes RI, 1999). Deskripsi tugas sebagai pelaksana kegiatan TAK dan PKRS yang tidak jelas dan tidak terjadwal dengan baik menimbulkan ketidaknyamanan diantara perawat pelaksana, perawat yang

berperan sebagai pemimpin kegiatan berpusat pada beberapa orang saja, sementara dampak finansial dikenakan untuk seluruh perawat. Kondisi tersebut menyebabkan ketimpangan dimana perawat yang tidak bertugas menjadi enggan untuk bergantian menjadi pemimpin TAK maupun PKRS. Situasi tersebut menumbuhkan ketidaknyamanan dan mempengaruhi kinerja perawat.

Selain itu keterbatasan kewenangan perawat untuk melakukan terapi modalitas yang tidak dipayungi oleh kebijakan rumah sakit dan ruangan membuat jenis terapi modalitas yang dapat dilaksanakan baru sebatas TAK dan PKRS. Kepala Ruangan memiliki kewenangan untuk merencanakan dan menentukan jenis kegiatan asuhan keperawatan yang akan diselenggarakan sesuai kebutuhan pasien (Depkes RI, 1999). Kegiatan terapi modalitas merupakan salah satu kebutuhan pasien gangguan jiwa untuk mengembalikan fungsi sosial yang hilang akibat proses penyakit. Beberapa jenis terapi modalitas seperti terapi kognitif, terapi perilaku dan terapi keluarga merupakan kebutuhan bagi pasien gangguan jiwa, dilain sisi adanya pembatasan kewenangan bahwa terapi modalitas tersebut hanya boleh dilakukan oleh Ners Spesialis Jiwa (Konsensus konferensi nasional keperawatan jiwa) menjadi kendala karena jumlah Ners Spesialis yang sangat terbatas, terutama di RSJ. Sehingga diperlukan adanya kebijakan rumah sakit yang dapat memfasilitasi kepala ruangan untuk dapat merencanakan kebutuhan terapi modalitas sesuai dengan kebutuhan pasien.

Aspek pengawasan dalam manajemen ruangan juga menjadi hambatan bagi perawat ruangan dalam menjalankan kompetensi sebagai perawat secara optimal. Kepala ruangan berperan dalam melakukan pengawasan dan penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah ditentukan termasuk sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan dan kegiatan yang dilakukan di ruang rawat (Depkes RI, 1999). Kegiatan TAK di ruang rehabilitasi telah dilakukan dan hasil evaluasi kemampuan juga telah didokumentasikan, namun tidak tersampaikan kepada perawat pengelola pasien. Belum efektifnya fungsi pengawasan yang sudah dilaksanakan tidak memberikan dampak bagi perawat untuk menindaklanjuti hasil evaluasi yang telah ada. Kepala ruangan perlu untuk mengatakan kegiatan supervisi dalam rangka

pengawasan sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat (Mandagi, Umboh & Rattu, 2015). Hasil supervisi tersebut dapat diikuti oleh sistem reward dan punishment yang jelas, sehingga akan dirasakan efektif dan memberikan dampak yang jelas terhadap kinerja perawat ruangan.

## **Tema 7. Sumber Daya Manusia**

Pelaksanaan kompetensi perawat di RSJ dirasakan menemui hambatan akibat dari keberagaman kondisi sumber daya manusia yang tersedia. Tingkat pendidikan yang bervariasi di RSJ dari tingkat SPK, DIII, S1 Ners, Magister dan Spesialis mempengaruhi tingkat pengetahuan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan untuk pengembangan diri dimana semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah mereka menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi (Grossmann, 1999) dan mendukung produktivitas kerja (Arfrida, 2003). Pencapaian kinerja asuhan keperawatan dengan situasi variasi tingkat pendidikan harus didukung dengan persamaan persepsi terhadap pekerjaan yang akan dilakukan. Hambatan yang ditemui, bahwa perbedaan persepsi masih sering ditemukan dalam hal menentukan diagnosa keperawatan dan cara menuliskan di format dokumentasi keperawatan perlu dijumpai dengan kegiatan penyamaan persepsi serta didukung oleh ketersediaan format dokumentasi dan manual pengisian yang jelas dan terstandar.

Perbedaan dan variasi masa kerja perawat juga mempengaruhi pencapaian kinerja perawat. Pengalaman bekerja menumbuhkan sikap kerja, kecakapan dan ketrampilan kerja yang berkualitas (Harsiwi, 2003) dan mempengaruhi kinerja perawat (Faizin & Winarsih, 2008). Perawat di RSJ dengan masa kerja kurang dari 3 tahun perlu mempelajari kebiasaan yang telah ada dan seni dalam mengatasi permasalahan selama berhadapan dengan pasien gangguan jiwa. Sementara perawat yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun juga perlu mendapatkan informasi terkait penanganan pasien yang efektif berdasar kemajuan informasi dan teknologi, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan pasien gangguan jiwa menjadi lebih optimal.

Ketersediaan jumlah perawat RSJ apabila di bandingkan dengan jumlah pasien, terutama pada shift sore dan malam hari

menyebabkan beban kerja perawat yang tinggi. Kurniadi (2013) menyebutkan bahwa beban kerja perawat RSJ dipengaruhi oleh kondisi pasien yang selalu berubah, jumlah rerata jam perawatan yang dibutuhkan untuk pelayanan langsung pasien dan dokumentasi asuhan keperawatan serta banyaknya tugas tambahan yang harus dikerjakan oleh perawat sehingga dapat mempengaruhi kinerja perawat tersebut. Ketidakseimbangan jumlah perawat dan pasien yaitu menyebabkan waktu pelayanan langsung ke pasien dirasakan terbatas terutama pada shift sore dan malam hari. Sementara shift pagi, meskipun jumlah perawat yang bertugas lebih banyak, tetapi beberapa perawat harus merangkap sebagai pejabat struktural atau sebagai penanggung jawab dalam kegiatan rumah sakit, sehingga waktu banyak tersita untuk kegiatan selain di ruang rawat. Selain itu duplikasi beberapa format dokumentasi keperawatan yang harus dilengkapi selama merawat pasien, meskipun beberapa format sudah dimodifikasi dengan lebih sederhana, menyebabkan semakin terbatasnya jumlah waktu dalam pelayanan langsung ke pasien. Situasi dan kondisi tersebut dirasakan sebagai beban oleh perawat dan dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa.

### **Tema 8 Kondisi pasien**

Perawat RSJ dalam menjalankan kompetensi sebagai perawat ruangan juga mendapatkan hambatan akibat dari ketidakpatuhan pasien dalam menjalani program pengobatan di rumah sakit. Kepatuhan merupakan tingkat perilaku klien dalam hal pengobatan yang terkait kemauan mengikuti saran petugas kesehatan (Kyngas, Duffy & Kroll, 2000). Pasien gangguan jiwa cenderung mengalami ketidakpatuhan terhadap pengobatan yang telah direncanakan oleh perawat, seperti TAK dan Terapi Rehabilitasi saat pasien masih menjalani rawat inap di RSJ. Gangguan jiwa yang bersifat kronis dan membutuhkan pengobatan dalam jangka waktu lama menumbuhkan ketegangan dan tingkat kejenuhan pasien sehingga menyebabkan ketidakpatuhan. Hussar (1995) menjelaskan bahwa pasien dengan penyakit kronis kemungkinan besar menunjukkan sikap kooperatif yang rendah terhadap pengobatan akibat dari perasaan rendah diri akan lamanya

pengobatan. Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk menjadikan pasien patuh terhadap proses pengobatan. Parashos & Xiromeritis (2000) menyebutkan 54% pasien gangguan jiwa patuh terhadap pengobatan akibat adanya hubungan saling percaya antara pasien dan tenaga kesehatan. Hubungan saling percaya dapat dibina melalui kepedulian dan ketulusan perawat dalam memahami kondisi sakit pasien. Selain itu perawat harus memiliki strategi unik untuk menciptakan kondisi yang nyaman dan tidak menimbulkan kejenuhan selama pemberian TAK dan Terapi Rehabilitasi, sehingga pasien mau mengikuti program terapi yang telah direncanakan bersama tim kesehatan yang lain. Perawat harus memiliki persepsi positif terhadap perilaku pasien dan tidak menyerah untuk melaksanakan TAK dan Terapi Rehabilitasi sebagai bagian dari kompetensi perawat di tatanan RSJ.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Persepsi perawat tentang kompetensi perawat dalam merawat pasien gangguan jiwa adalah melaksanakan asuhan keperawatan, melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO) di ruangan dan melaksanakan terapi modalitas keperawatan jiwa. Perawat dalam mengaplikasikan kompetensi sebagai perawat jiwa menjumpai hambatan dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, keterbatasan fasilitas, kurang efektifnya pelaksanaan manajemen ruangan, keterbatasan sumber daya manusia serta kondisi pasien yang dirawat.

### **Saran**

Temuan penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh perawat sebagai bahan untuk mengembangkan desain format dokumentasi pasien gangguan jiwa yang lebih efektif dan diharapkan manajemen rumah sakit untuk lebih memperhatikan aspek pengarah dan supervisi dalam pelaksanaan kompetensi perawat. Penelitian yang disarankan untuk dikembangkan berdasarkan temuan penelitian adalah melihat hubungan pelaksanaan supervisi keperawatan terhadap peningkatan kinerja dan kepuasan perawat.

## KEPUSTAKAAN

- Arfrida, 2003. *Ekonomi Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Ballard, K.A., 2012. Issues and Trends in Psychiatric Mental Health Nursing. In *Psychiatric Nursing*. Jones and Barlett Publisher, pp. 21–38. Available at: <http://nursing.jbpub.com/book/psychiatric>.
- Budiawan, I.N., Suarjana, I.K. & Wijaya, I.P.G., 2015. Hubungan Kompetensi, Motivasi dan Beban Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 3(2).
- Depkes RI, 1999. *Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit*, Jakarta: Direktorat Pelayanan Medik.
- Depkes RI, 2008. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Faizin, A. & Winarsih, 2008. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(3), pp.137–142.
- Grossmann, M., 1999. *The Human Capital Model of The Demand for Health*, Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Harsiwi, A.M., 2003. Hubungan Kepemimpinan Transformasional dan Karakteristik Personal Pemimpin. *Journal Bisnis dan Ekonomi*, 5(1).
- Hussar, S.A., 1995. *Patient Compliance in Remington: The Science and Practice of Pharmacy* 2nd ed., Philadelphia: The Philadelphia College of Pharmacy and Science.
- Hye-Won, K. & Mi-Ran, K., 2014. Nursing Competency as Experienced by Hospital Nurses in a Clinical Nursing Unit. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 6(4), pp.235–244.
- Iyer, P.W. & Comp, N.H., 2005. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Proses Pendekatan Proses Keperawatan* 3, ed., Jakarta: EGC.
- Kurniadi, A., 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori, Konsep dan Aplikasi*, Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Kyngas, H., Duffy, M.E. & Krol, T., 2000. Review Conceptual Analysis of Compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 5(3).
- Mandagi, F.M., Umboh, J.M.L. & Rattu, J.A.M., 2015. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan di RSUD Bathesda GMIM Tomohon. *Jurnal e-Biomedik*, 3(3).
- Mohtashami, J. et al., 2013. Competency-based curriculum education in mental health nursing. *Open Journal of Nursing*, 3, pp.545–551. Available at: (<http://www.scirp.org/journal/ojn/>).
- Muhith, A., 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi* M. Bendetu, ed., Yogyakarta: CV Andi Offset (Penerbit Andi).
- Nursalam, 2008. *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*, Jakarta: Salemba Medika.
- Parashos, I.A. & Xiromeritis, K.O., 2000. The Problem of Non-Compliance in Skizofrenia: Opinion of Patients and Their Relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 4(3).
- Rao, T.S.S., Radhakrishnan, R. & Andrade, C., 2011. Standard operating procedures for clinical practice. *Indian Journal of Psychiatry*, 15(1), pp.1–3.
- Rutledge, D.N. et al., 2013. Hospital Staff Nurse Perceptions of Competency to Care for Patients With Psychiatric or Behavioral Health Concerns. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(5), pp.255–262. Available at: [www.jnpdonline.com](http://www.jnpdonline.com).
- Simamora, H., 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia* 3rd ed., Bandung: Pustaka Setia.
- Yusuf, A., Fitryasari, R. & Nihayati, H.E., 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* 1st ed., Surabaya: Salemba.

# PERAN ASAH (3A) PENGASUH DENGAN PERKEMBANGAN BAHASA ANAK USIA TODDLER DI TAMAN PENITIPAN ANAK

*(Role Of Care Giver Stimulation On Toddler's Language Development in Day Care)*

Ilya Krisnana, Praba Diyan Rachmawati, Mar'atus Sholihah

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Kampus C Unair Jalan Mulyorejo Surabaya 60115

Email: ilyakrisnana28@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Pengasuh di TPA memegang peranan penting dalam mengasah seluruh aspek perkembangan anak. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan peran pengasuh dalam pemberian asah dengan perkembangan bahasa di 3 Taman Penitipan Anak (TPA) di Surabaya. **Metode:** Desain penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pengasuh dan anak di TPA dengan teknik *purposive sampling*. 16 pengasuh dan 33 anak menjadi responden yang ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel dependen yang diukur adalah pemberian asah pengasuh. Variabel independen yang diukur adalah perkembangan bahasa anak. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan observasi responden pengasuh dan Denver II pada responden anak. Data dianalisis dengan menggunakan analisis korelasi non parametrik (Spearman rho) dengan nilai signifikansi  $\alpha = 0,05$ . **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian asah pengasuh berhubungan dengan perkembangan bahasa anak, nilai  $p = 0,002$  dan  $r = 0,0510$ . Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang cukup kuat dan signifikan antara pemberian asah pengasuh dengan perkembangan bahasa anak. **Diskusi:** Hubungan peran pengasuh dalam pemberian asah dengan perkembangan bahasa anak di tempat penitipan anak signifikan dan berhubungan cukup kuat. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengidentifikasi faktor genetik, dan faktor lingkungan lainnya.

**Kata kunci:** perkembangan bahasa, asah, taman penitipan anak, pengasuh, toddler

## ABSTRACT

**Introduction:** Role of caregiver in the day care is really important in every aspect of children development, especially language development. This study aimed to analyze the relationship between role of caregiver in giving stimulation and language development toddler in 3 day care in Surabaya. **Methods:** This study was using cross-sectional study. The population were children and caregivers in day care with purposive sampling. 16 caregivers and 33 children as respondents, taken according to inclusion and exclusion criteria. The dependent variable was role of caregiver in giving stimulation. The independent variable was the toddler language development. Data collection for caregivers stimulation through observation sheets and for language development children through Denver II, and were analyzed by using non-parametric correlation analysis (Spearman rho) with significance value  $\alpha = 0,05$ . **Result:** The result showed that caregiver in giving stimulation has correlate with language development toddler ( $p\text{-value} = 0,002$ ,  $r = 0,0510$ ). **Discussion:** It can be concluded that correlation between role of caregiver in giving stimulation with language development toddler was significant and has strong enough correlation. Further research need to identify more factors such as genetic factor and the other aspects of environmental factor.

**Keywords:** language development, stimulation, children day care center, caregiver, toddler

## PENDAHULUAN

Peningkatan prosentase ibu bekerja diikuti dengan peningkatan jumlah anak yang dititipkan di TPA (Kusumastuti 2013). Pengasuh di TPA memegang peranan penting dalam proses tumbuh kembang anak terutama perkembangan bahasa (KEMENDIKBUD 2015). Keterlambatan perkembangan bahasa pada anak dapat menyebabkan *learning disabilities* yang akan membuat anak mengalami masalah perilaku dan penyesuaian psikososial (Wijaya 2015).

Prevalensi keterlambatan kemampuan berbahasa dilihat pada anak usia dini menurut studi Cochrane terakhir, pada usia 2-4,5 tahun adalah 5-8% mengalami keterlambatan bicara

dan 2,3-19% mengalami keterlambatan verbal (Soetjiningsih 2013). (Hartanto 2011) menerangkan selama tahun 2007 di poliklinik tumbuh kembang anak RS Dr. Kariadi Semarang didapatkan 22,9% dari 436 kunjungan baru, datang dengan keluhan terlambat bicara, 13 (2,98%) diantaranya didapatkan gangguan perkembangan bahasa. Berdasarkan hasil survei dari 17 TPA di Surabaya, terdapat 3 TPA yang belum mempunyai kurikulum pembelajaran dan belum rutin melakukan stimulasi dalam bentuk bermain sambil belajar. Hasil pengukuran perkembangan bahasa menggunakan *Denver Development Screening Test* (DDST) menunjukkan 25% termasuk kategori suspek keterlambatan perkembangan bahasa dari 20 anak di ketiga TPA.

Proses pembelajaran perkembangan bahasa menurut kaum behavioris diperoleh melalui rangsangan dari lingkungan. Menurut salah satu tokoh behavioris (Thorndike 1913) belajar merupakan peristiwa terbentuknya asosiasi antara peristiwa-peristiwa yang disebut stimulus (S) dengan respon (R) yang diberikan atas stimulus tersebut. Stimulus yang didapatkan seorang anak di tempat penitipan anak dari pengasuh berupa asah yang kemudian anak memberikan respon berupa perkembangan anak. Proses asosiasi yang terjadi antara stimulus dan respon menurut Thorndike akan mengikuti *law of readiness*, *law of exercise*, dan *law of effect*. Ketiga hukum tersebut membuat stimulasi rutin meningkatkan respon perkembangan anak termasuk perkembangan bahasa (Thorndike 1913). Berdasarkan data, teori, dan penelitian sebelumnya, peneliti memandang perlu untuk melakukan penelitian tentang hubungan peran pengasuh dalam pemberian asah dengan perkembangan bahasa anak usia toddler di TPA.

**METODE**

Desain penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Dilaksanakan di 3 TPA Surabaya yakni TPA Masha, Cemerlang, Dharma Wanita. Populasi dalam penelitian ini adalah pengasuh dan anak di TPA. 16 pengasuh dan 33 anak menjadi responden yang ditentukan berdasarkan

kriteria inklusi dan eksklusi dengan teknik *purposive sampling*. Variabel dependen yang diukur adalah pemberian asah pengasuh. Variabel independen yang diukur adalah perkembangan bahasa anak. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan observasi responden pengasuh dan Denver II pada responden anak. Data dianalisis dengan menggunakan analisis korelasi non parametrik (*Spearman rho*) dengan nilai signifikansi  $\alpha = 0,05$ .

**HASIL**

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar (37,6%) responden pengasuh di TPA memenuhi kebutuhan asah dalam kategori kurang, dan mayoritas (63,6%) responden anak di TPA memiliki perkembangan bahasa dalam kategori normal.

Tabel 2 menunjukkan bahwa ada hubungan antara peran pengasuh dalam pemberian asah di tempat penitipan anak dengan perkembangan bahasa anak usia toddler. Dengan menggunakan uji statistik *Spearman's Rho (r)* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$  didapatkan hasil korelasi  $r = 0,510$  dan nilai  $p = 0,002$ .

Nilai  $p$  tersebut berarti  $H_1$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Hasil statistik tersebut menunjukkan hubungan yang kuat antara pemberian asah pengasuh dengan perkembangan bahasa anak pada usia toddler.

Tabel 1 Pemberian asah pengasuh dan perkembangan bahasa anak di TPA Surabaya, Juni 2016

Variabel yang diukur	Kategori	f	%
Pemberian Asah	Baik	5	31,2
	Cukup	5	31,2
	Kurang	6	37,6
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>100</b>
Perkembangan Bahasa	Normal	21	63,6
	Suspect	11	33,3
	Untestable	1	3,1
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>100</b>

Tabel 2 Peran Pengasuh dalam Pemberian Asah dengan Perkembangan Bahasa Anak Usia Toddler

Peran Pengasuh dalam Pemberian Asah	Perkembangan Bahasa						Total	
	Untestable		Suspect		Normal		f	%
	F	%	f	%	f	%		
Kurang	1	3	7	21,2	4	12,1	<b>12</b>	<b>36,4</b>
Cukup	0	0	3	9,1	7	21,2	<b>10</b>	<b>30,3</b>
Baik	0	0	1	3	10	30,3	<b>11</b>	<b>33,3</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>33,3</b>	<b>21</b>	<b>63,6</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

$p = 0,002$

Koefisien Korelasi *Spearman's Rho* = 0,510

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, responden pengasuh dalam memberikan asah yang termasuk kategori kurang memiliki proporsi paling besar, kemudian yang kategori baik dan cukup memiliki proporsi yang sama besar. Pemberian asah pengasuh dalam kategori baik karena pengasuh memberikan asah dengan memberi contoh, pembiasaan, latihan, dan kompetisi secara rutin. Menurut KEMENDIKBUD (2015) dalam Juknis TPA, pengasuh dalam memberikan asah artinya pengasuh memberi dukungan kepada anak untuk dapat belajar melalui bermain yang bermakna, menarik, dan merangsang imajinasi, kreativitas anak untuk melakukan, mengeksplorasi, memanipulasi, dan menemukan inovasi sesuai dengan minat dan gaya belajar anak. Pengasuh yang memberikan asah dalam kategori baik, dapat menciptakan beberapa komunikasi ketika bermain menjadi bentuk asah untuk perkembangan bahasa. Bentuk asah yang mayoritas dilakukan oleh semua pengasuh adalah mengasah dengan membiasakan menyebut nama anak ketika bermain dan menyebut nama permainan/ barang saat memberikan ke anak atau meminta anak mengambilnya. Thomdike (1913) menyebutkan dalam *law of exercise* bahwa hubungan stimulus dan respon akan bertambah erat jika sering digunakan atau dilatih dan akan lenyap sama sekali jika jarang digunakan. Bentuk pembiasaan pengasuh sebagai salah satu upaya pemberian asah agar respon perkembangan anak berjalan dengan normal.

Berdasarkan hasil observasi selama penelitian, pengasuh dalam memberikan asah termasuk kategori cukup, karena pengasuh memberikan asah dengan memberi contoh, pembiasaan, dan latihan, tetapi tidak memberikan asah dengan kompetisi. Fakta ini sesuai dengan pernyataan dari Afri (2014) yang menyatakan bahwa memberikan asah melalui kompetisi dilakukan setelah anak cukup mampu menguasai satu bidang yang bisa diandalkan maka bisa diikuti dalam kompetisi yang ada di sekitar. Penyebab pemberian asah pengasuh termasuk kategori cukup adalah beberapa pengasuh beranggapan bahwa anak usia toddler belum siap untuk diajak berkompetisi antar teman.

Berdasarkan hasil penelitian pemberian asah oleh pengasuh termasuk dalam kategori kurang karena pengasuh hanya memberikan asah dengan pembiasaan. Mayoritas pengasuh yang memberikan asah dalam kategori kurang

termasuk kategori usia dewasa muda. Supartini (2014) menjelaskan bahwa rentang usia yang tidak terlalu tua atau terlalu muda adalah baik untuk menjalankan peran pengasuhan karena memiliki kekuatan fisik dan psikososial, sehingga dapat menjalankan peran pengasuhan secara optimal. Usia pengasuh mempengaruhi kesiapan mereka untuk menjadi pengasuh dan menjalankan tugas sebagai pengganti orang tua sementara. Berdasarkan data demografi yang diperoleh, mayoritas orang tua responden anak juga pada masa dewasa muda. Pengasuh dan orang tua yang terlalu muda cenderung belum memiliki kesiapan untuk mendidik dan mengarahkan pendidikan anak, mereka beberapa kali tidak menghiraukan anak dan lebih memilih untuk bersenang-senang sendiri karena masih ingin menikmati masa muda seperti bermain hp saat sedang mengasuh anak.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden anak memiliki perkembangan bahasa normal. Anak yang mengalami *suspect* keterlambatan perkembangan bahasa dan *untestable* hanya sebagian kecil. Mayoritas anak dengan perkembangan bahasa normal dapat melewati satu atau lebih komponen 25-75% menyentuh garis. (Sulistiyawati 2014) menjelaskan bahwa jika anak dapat melewati komponen 25-75% maka artinya anak dapat melakukan komponen yang baru bisa dilakukan oleh 25-75% anak. Perkembangan bahasa anak yang termasuk kategori normal terlihat berbeda dari anak yang *suspect* keterlambatan perkembangan bahasa. Perbedaan terlihat saat dilakukan tes pada setiap komponen, anak dapat menjawab lebih cepat dan tepat. Anak dengan perkembangan bahasa normal juga tetap bisa melakukan komponen yang anak-anak lain sudah tidak bisa, bahkan terdapat anak dengan interpretasi skor *advance* karena anak dapat lulus pada komponen yang terletak di kanan garis.

Mayoritas anak dengan *suspect* keterlambatan perkembangan bahasa gagal melewati komponen di sebelah kiri garis. Sulistiyawati (2014) menjelaskan bahwa bila anak gagal atau menolak melakukan komponen tes yang terletak berada di sebelah kiri garis umur, maka termasuk mengalami *delayed*, karena 90 persen anak pada sampel standar telah dapat melewati komponen tersebut. Anak yang mengalami *suspect* keterlambatan perkembangan bahasa selain mengalami *delayed* juga memiliki interpretasi skor *caution*, sehingga perlu dilakukan uji ulang dalam 1-2 pekan untuk menghilangkan faktor sesaat seperti rasa takut,



keadaan sakit, dan kelelahan pada waktu skrining perkembangan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat anak dengan hasil penilaian perkembangan bahasa yang *untestable*. Pada responden anak yang mendapatkan interpretasi hasil *untestable*, terdapat satu komponen *delay* dan tiga *caution* karena anak menolak melakukan bukan karena anak gagal melakukan. (Sulistiyawati 2014) menyebutkan bahwa langkah penilaian perkembangan harus diawali dengan pemeriksa membangun hubungan yang baik dengan anak dan pengasuh karena saat telah terbinakan hubungan saling percaya maka akan meminimalisir terjadi penolakan saat dilakukan tes perkembangan. Penyebab hasil penilaian perkembangan bahasa yang *untestable* menunjukkan kesesuaian dengan penjelasan Sulistiyawati. Waktu penelitian yang terbatas membuat tidak semua anak dengan mudah menerima kehadiran peneliti. Perilaku anak dalam beradaptasi dengan orang baru tidak dapat dianggap sama karena berdasarkan pengalaman saat proses penelitian meskipun peneliti telah berusaha membangun hubungan dengan semua anak sejak studi pendahuluan, terdapat satu responden anak yang hasil penilaian perkembangan bahasanya tetap *untestable* dari sejak studi pendahuluan sampai tes kembali saat penelitian.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui tingkat korelasi yang cukup artinya hubungan antara kedua variabel cukup kuat dan menunjukkan arah yang searah yaitu jika pemberian asah lebih baik maka perkembangan bahasa akan normal. Nilai signifikansi yang cukup signifikan bermakna hubungan antara kedua variabel signifikan. Pernyataan di atas menunjukkan bahwa hubungan pemberian asah pengasuh dengan perkembangan bahasa anak cukup kuat, signifikan dan searah. Berdasarkan teori (Thorndike 1913) bahwa perkembangan bahasa dikendalikan oleh rangsangan dari lingkungan, karena belajar merupakan peristiwa terbentuknya asosiasi antar stimulus dengan respon yang diberikan atas stimulus tersebut. Maka dari itu, stimulus yang didapatkan seorang anak di tempat penitipan anak dari pengasuh berupa asah yang baik direspon oleh anak dengan perkembangan yang normal. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian (Maria 2009) yang menunjukkan terdapat hubungan antara asah dengan perkembangan karena responden anak yang terasah secara terarah dan penuh kasih sayang akan dapat mengendalikan dan mengkoordinasi otot-otot yang melibatkan perasaan emosi dan pikiran

sehingga perkembangan bahasa anak berjalan dengan optimal.

Mayoritas responden anak yang memiliki perkembangan bahasa normal lebih sering diasuh oleh pengasuh dengan pemberian asah dalam kategori baik dan cukup. Hasil penelitian bahwa perkembangan bahasa anak yang diasuh oleh pengasuh yang memberikan asah dengan baik termasuk kategori normal sesuai dengan pernyataan (Soetjiningsih 2013) bahwa memenuhi kebutuhan asah merupakan cikal bakal dalam proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak termasuk belajar memaksimalkan perkembangan bahasa. Perkembangan bahasa anak periode toddler yang harus mencapai banyak kemampuan dibandingkan periode lain, membuat pemberian asah diperlukan, karena dengan pengasuh yang mempunyai durasi cukup lama berinteraksi dengan anak, mengasah kemampuan secara rutin maka perkembangan bahasa anak tidak akan mengalami keterlambatan.

Berdasarkan hasil penelitian pemberian asah oleh pengasuh dalam kategori kurang menunjukkan hasil skrining perkembangan bahasa mayoritas *suspect* keterlambatan perkembangan bahasa. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Zukhrifatin tahun 2006 bahwa anak yang mendapat stimulasi kurang, mayoritas anak mengalami gangguan perkembangan. Hasil tersebut menunjukkan peningkatan kejadian penyimpangan perkembangan pada anak yang mendapat stimulasi kurang. Disisi lain, fakta di ketiga TPA menunjukkan bahwa meskipun pengasuh pemberian asah dalam kategori kurang, tidak selalu hasil skrining perkembangan bahasa menunjukkan dicurigai keterlambatan tetapi juga ada yang normal. Fakta ini menunjukkan ketidaksesuaian dengan penjelasan yang dikemukakan oleh (Soetjiningsih 2013) bahwa anak yang mendapat stimulasi kurang dan tidak teratur akan mengalami keterlambatan perkembangan termasuk perkembangan bahasa. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor lain seperti kesehatan anak, peran orang tua di rumah dalam berinteraksi dengan anak. Berdasarkan data demografi yang didapatkan, mayoritas orang tua responden anak memiliki pendidikan terakhir S1 dan pekerjaan swasta/pegawai negeri sipil. (Kliegman 2012) menjelaskan orang tua dengan tingkat pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih luas tentang perkembangan anak, seperti mengetahui cara bertanya dan memberi perintah pada anak yang tepat sehingga perkembangan bahasa anak sesuai tahap perkembangan. Orang tua dengan

pengetahuan yang luas lebih terlibat aktif dalam setiap upaya pendidikan anak, mengamati segala sesuatu dengan berorientasi pada masalah anak, dan selalu menyediakan waktu untuk anak, karena mereka mengetahui kualitas interaksi orang tua dan anak sangat menentukan perkembangan anak. (KEMENKES 2013) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak adalah pekerjaan orang tua, karena menentukan tingkat sosio-ekonomi yang dimiliki. Anak dari orang tua yang memiliki penghasilan di atas rata-rata akan memiliki lingkungan yang baik dan mendapatkan pemeriksaan perkembangan secara reguler sehingga jika ada gangguan perkembangan dapat dideteksi secara dini.

Mayoritas responden anak yang perkembangan bahasa normal menerima pemberian asah baik karena kegiatan pemberian asah dengan contoh, pembiasaan, latihan dan kompetisi diberikan secara rutin. Mayoritas anak yang dicurigai mengalami keterlambatan perkembangan bahasa menerima pemberian asah yang kurang karena kegiatan mengasah dengan memberi contoh, kompetisi dan latihan tidak semua dilakukan. Hasil penelitian ini selaras dengan teori (Thorndike 1913) yang menyebutkan bahwa proses asosiasi dalam stimulus dan respon memenuhi ketiga hukum yakni *law of readiness*, *law of exercise*, dan *law of effect*, dengan "*state of affairs*" yang memuaskan, agar hubungan menjadi lebih kuat. Pemberian asah yang baik akan menyebabkan perkembangan bahasa normal karena ketiga hukum terpenuhi. *Law of readiness* terpenuhi dari bentuk kegiatan mengasah dengan memberi contoh. Pengasuh yang memberikan contoh dapat membuat anak memiliki "kecenderungan bertindak" menirukan pengasuh. *Law of exercise* terpenuhi dari bentuk kegiatan mengasah dengan pembiasaan dan mengasah dengan latihan, karena hubungan antara asah dari pengasuh dan respon perkembangan bahasa akan semakin kuat jika sering dilatih dan digunakan. *Law of effect* terpenuhi dari kegiatan mengasah dengan kompetisi karena dapat menimbulkan "*state of affairs*" berupa *feedback* yang menyenangkan atau mengganggu. Anak yang segera mengetahui hasil belajar dari pengasuh akan dapat meningkatkan motivasi anak dalam belajar.

Kedekatan hubungan antara variabel pemberian asah pengasuh dengan perkembangan bahasa termasuk cukup kuat karena nilai koefisien korelasi  $r=0,510$ . Kedekatan yang cukup kuat menunjukkan pengasuh memang berperan terhadap perkembangan anak di TPA, tetapi orang tua maupun lingkungan keluarga juga sangat menentukan. Fakta ini sesuai dengan pernyataan Yusuf dalam (Eka 2008) bahwa proses berinteraksi dan berkomunikasi

dengan lingkungan keluarga terutama orang tua yang mengajar, melatih dan memberikan contoh berbahasa kepada anak menentukan perkembangan bahasa anak. Hubungan yang sehat antara orang tua dan anak akan memfasilitasi perkembangan bahasa anak, sedangkan hubungan yang tidak sehat mengakibatkan anak mengalami kesulitan dalam perkembangan bahasa.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa sebagian besar pemberian asah pengasuh dalam kategori kurang terutama pada kegiatan mengasah dengan kompetisi. Mayoritas responden anak di tempat penitipan anak memiliki perkembangan bahasa dalam kategori normal. Pemberian asah pengasuh mempengaruhi perkembangan bahasa anak di tempat penitipan anak. Pemberian asah yang semakin baik akan menyebabkan hasil skrining perkembangan bahasa anak termasuk kategori normal. Pemberian asah yang baik adalah pengasuh mengasah perkembangan bahasa dengan memberi contoh, pembiasaan, latihan dan kompetisi secara rutin dan optimal.

### Saran

Perawat diharapkan dapat memberikan pengetahuan kepada pengasuh bahwa pemberian asah secara rutin dan optimal kepada anak dapat mencegah keterlambatan perkembangan bahasa anak. Tempat penitipan anak sebaiknya membuat standar operasional prosedur pemberian asah kepada anak sesuai dengan tahap perkembangan bahasa. Pengasuh diharapkan untuk lebih memperhatikan perkembangan anak dengan meningkatkan pemberian asah yang diberikan. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi perkembangan anak, misalnya faktor genetik, lingkungan prenatal, dan faktor lingkungan postnatal yang lainnya.

## KEPUSTAKAAN

- Eka, W.H., 2008. Hubungan pola asuh orang tua terhadap perkembangan bicara dan bahasa pada anak usia 2 tahun. *Jurnal kesehatan*, 1(1).
- Hartanto, F., 2011. *Pengaruh Perkembangan Bahasa terhadap Perkembangan Kognitif Anak*, Semarang: Sari Pediatri.
- KEMENDIKBUD, 2015. *NSPK (Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria) Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Taman Penitipan Anak*,
- KEMENKES, 2013. *Pedoman Pelaksanaan: Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang*

*Anak Ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar,*  
Jakarta.

Kliegman, R., 2012. *Ilmu Kesehatan Anak Nelson* 1st ed., Jakarta: EGC.

Kusumastuti, N.I., 2013. Fenomena taman penitipan anak bagi perempuan yang bekerja. *Jurnal ilmiah Pendidikan Sosial Antropologi*, 3(2).

Maria, F.N., 2009. *Hubungan Pola Asah, Asih, Asuh dengan Tumbuh Kembang Balita Usia 1-3 Tahun*. Universitas Airlangga.

Soetjiningsih, 2013. *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: EGC.

Sulistiyawati, A., 2014. *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta: Salemba Medika.

Thorndike, E., 1913. *The psychology of learning* 2nd ed., New York: Teachers College Press.

Wijaya, S., 2015. Efektivitas Pelatihan Identifikasi Dini Keterlambatan Bicara pada Anak Usia Pra Sekolah untuk Meningkatkan Kompetensi Pedagogik Guru PAUD. In *Seminar Nasional Psikologi - Jilid I*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

# EFEK MIE PISANG DAN SUKUN TERHADAP GLUKOSA DARAH SEWAKTU

*(The Effect of Banana and Breadfruits Noodles on Glucose Levels)*

**Nursalam, Rista Fauziningtyas, Candra Panji Asmoro, Kusnanto, Meryana adriani**

Fakultas Keperawatan UNAIR/ Kampus C Unair, Mulyorejo, Surabaya

email: nursalam@fkp.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Kesadaran masyarakat terhadap gaya hidup sehat menyebabkan perubahan pada pemilihan bahan makanan untuk dikonsumsi. Penambahan tepung Pisang dan Sukun meningkatkan kadar serat pada mie. Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan komposisi tepung pengganti pada mie yang berefek pada peningkatan GDS paling rendah. **Metode:** Desain penelitian ini adalah *control group pretest posttest design*. Sampel didapatkan sebanyak 58 orang mahasiswa Fakultas Keperawatan Unair yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. 58 sampel dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu mie A (kontrol), B (substitusi 30%) dan C (substitusi 20%). Pemeriksaan GDS dilakukan sebelum pemberian Mi dan 60 menit setelah pemberian mi. Analisa data yang digunakan adalah dengan *ANOVA one way*. **Hasil:** Berdasarkan uji *ANOVA one way* didapatkan  $p=0,000$  ( $p<0,050$ ) yang berarti ada perbedaan hasil pada ke tiga kelompok tersebut. Kenaikan tertinggi Nilai GDS adalah pada kelompok mi A dan terendah kelompok mi B. **Diskusi:** Penambahan tepung pisang dan sukun pada mie dapat menurunkan kenaikan nilai GDS responden bukan penderita DM. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk mengetahui kandungan mi dengan tepung pisang dan sukun dan respon GDS pada penderita DM.

**Kata Kunci:** Mie, Tepung, Pisang, Sukun, Gula Darah, Diabetes

## ABSTRACT

**Introduction:** Public awareness of healthy lifestyles cause a change in the selection of foodstuffs for consumption. Bananas and breadfruit flour additions increase the fiber content on the noodles. The purpose of this study was to determine the composition of noodles flour substitute on the effect on an increase in the lowest Glucose levels. **Methods:** The research design was *pretest posttest control group design*. Sample obtained as many as 58 students of the Faculty of Nursing University of Airlangga who meet the inclusion and exclusion criteria. 58 samples were divided into three groups, namely Noodles A (control), B (substitution 30%) and C (substitution 20%). Glucose levels examination carried out before eating noodles and 60 minutes after eat it. The data analysis of this study was the *one-way ANOVA*. **Results:** Based on the *one-way ANOVA test* was obtained  $p = 0.000$  ( $p < 0.050$ ), which means no differences in outcomes in all three groups. The highest increasing of glucose levels is group A and the lowest in group B. **Discussion:** The addition of banana and breadfruit flour on the noodles can reduce the increase in the glucose levels after eat it. Further research needs to be done to determine the content of noodles with a banana and breadfruit flour and glucose's responses in patients with diabetic mellitus.

**Keyword :** Noodles, Flour, Banana, Breadfruit, Glucose, Diabetic Mellitus.

## PENDAHULUAN

Penyakit degeneratif menimbulkan permasalahan bagi negara di seluruh dunia. Beban pembiayaan untuk perawatan dan pengobatan penyakit degeneratif menyebabkan kerugian hingga miliar dolar (World Health Organization, 2016). Kemajuan ilmu kesehatan yang sangat pesat belum dapat menyelesaikan permasalahan tersebut. Sampai saat ini penyakit degeneratif telah menjadi penyebab kematian terbesar di dunia (Handajani, Roosihermiatie, & Maryani, 2010).

Sebanyak kurang lebih 17 juta jiwa meninggal lebih awal setiap tahun akibat penyakit degeneratif. Di beberapa negara dengan pendapatan nasional rendah dan sedang kematian akibat penyakit degeneratif mencapai 80%. Negara tersebut antara lain yaitu Brazilia, Kanada, Cina, India, Nigeria, Pakistan, Rusia,

Inggris, dan Tanzania (Handajani et al., 2010). Salah satu penyakit degeneratif yang paling banyak di derita adalah Diabetes mellitus (DM). Pada tahun 2014 sebanyak 422 juta orang di seluruh dunia menderita DM (World Health Organization, 2016). Penduduk Indonesia di atas 20 tahun sebanyak 125 juta, dengan prevalensi DM sebesar 4,6% maka diperkirakan pada tahun 2000 jumlah penderita DM berjumlah 5,6 juta orang. Sedangkan pada tahun 2020 akan didapatkan sekitar 8,2 juta penderita DM (Handajani et al., 2010). Oleh karena itu dibutuhkan upaya untuk menanggulangi permasalahan tersebut. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan merubah gaya hidup menjadi lebih sehat.

Kesadaran masyarakat terhadap gaya hidup sehat menyebabkan perubahan pada pemilihan bahan makanan untuk dikonsumsi.

Berbagai penyakit degeneratif seperti diabetes mellitus, stroke, serangan jantung telah membuat masyarakat semakin waspada terhadap makanan yang dikonsumsi (Ningrum, Nisa, & Pangastuti, 2013). Salah satu penyakit degeneratif yang disebabkan karena pola konsumsi makanan yang tidak sehat adalah DM. Makanan yang dapat menjadi pemicu DM adalah makanan berlemak, berminyak, mengandung banyak gula dan tinggi karbohidrat, serta kurang serat (Umar, Bodhi, & Kepel, 2013).

Diabetes mellitus adalah gangguan kronis dari metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Gangguan ini terjadi akibat perbedaan antara jumlah insulin yang dibutuhkan oleh tubuh dan jumlah insulin yang tersedia. Sel beta pankreas memproduksi insulin dan C-peptida, yang disimpan dalam granula sekresi dari sel beta dan dilepaskan ke dalam aliran darah pada saat kadar glukosa darah meningkat. Insulin mengangkut glukosa dan asam amino melintasi membran sel tubuh, terutama sel otot dan lemak. Mekanisme ini akan meningkatkan penyimpanan hati glikogen, bahan penyimpanan karbohidrat kepala, dan membantu dalam metabolisme trigliserida, asam nukleat, dan protein (Sommers, Johnson, & Beery, 2007). Faktor risiko penyakit DM type 2 adalah obesitas, olahraga yang tidak teratur, gaya hidup dan konsumsi makanan yang tidak sehat dan riwayat keluarga dengan DM (Kurnawan, 2010; World Health Organization, 2016). DM dapat dicegah dengan mengontrol berat badan, meningkatkan latihan dan aktifitas, merubah gaya hidup yang lebih sehat dan konsumsi makanan seimbang.

Pemilihan makanan sehat perlu dilakukan untuk menjaga kadar glukosa darah. Salah satu makanan yang dapat menjaga glukosa darah adalah makanan dengan tinggi serat. Serat belum lama ini diketahui dapat membantu meregulasi kadar glukosa darah (Saputro & Estiasih, 2015). Namun dengan tingginya aktivitas masyarakat beberapa dekade ini masyarakat juga membutuhkan makanan yang mudah diolah. Salah satu bahan makanan yang digemari masyarakat Indonesia dan mudah diolah adalah mi (Koswara, 2009). Mi berbahan tepung terigu diketahui memiliki indeks glikemik (IG) yang sangat tinggi yaitu 85 (Witono, Kumalaputri, & Lukmana, 2012). Bahan makanan dengan IG tinggi akan meningkatkan kadar glukosa dengan cepat (Arif & Budiyanto, 2013). Kondisi yang tidak

boleh terjadi pada penderita DM. Sehingga peneliti berupaya untuk mencari bahan lain yang dapat digunakan sebagai bahan baku pembuatan mi.

Sukun diketahui memiliki IG rendah sekitar 23-60 dengan kandungan pati yang cukup tinggi. Selain itu Sukun juga memiliki kandungan vitamin dan juga mineral yang lebih jika dibandingkan dengan tepung terigu (Prahandoko, 2013). Pisang memiliki nilai IG 59 dan kandungan serat 0,6 g/100g, serta vitamin dan mineral yang juga lebih dibandingkan dengan tepung terigu. Selain itu pisang diketahui memiliki kandungan kalium (Witono et al., 2012). Kalium diketahui berfungsi untuk membantu kerja insulin membuka membran sel dan memasukkan glukosa ke dalam sel tubuh (Smeltze & Bare, 2004). Kedua bahan tersebut merupakan bahan makanan yang banyak terdapat di Indonesia dan harga terjangkau (Safriani et al., 2013).

## BAHAN DAN METODE PENELITIAN

Penelitian ini telah mendapatkan sertifikat layak etik dari Komisi Etik Fakultas Keperawatan Unair dengan Nomor 216-KEPK Riset yang dilakukan merupakan *quasy experiment* yang berdesain *control group pretest posttest design* (Clamp, Gough, & Land, 2004). Peneliti memberikan 3 macam mi kepada 3 kelompok, yaitu mie dengan bahan tepung terigu, mie berbahan tepung pisang dan sukun sebanyak 30% dan 20%. Kemudian peneliti mengukur glukosa darah sewaktu (GDS) sebelum dan sesudah pemberian mi dengan *stick glukometer* merk Nesco. Perlakuan dilakukan pada saat sarapan pagi yaitu jam 07.00. Pengambilan darah untuk *posttest* dilakukan 60 menit setelah perlakuan (Ningrum et al., 2013). *Pre test* diambil sebelum perlakuan. Subjek penelitian diminta untuk tidak mengonsumsi makanan apapun setelah bangun tidur, hanya diperbolehkan minum air putih.

Penentuan sampel menggunakan *purposive sampling* (Budiyanto, 2013; Clamp et al., 2004) dan dilakukan pada bulan Agustus-September 2016. Subjek penelitian berjumlah 58 orang Mahasiswa FKp Unair yang dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu kelompok A (Kelompok kontrol berjumlah 19 orang), kelompok B (mie dengan tepung substitusi 30%), dan kelompok C (mie dengan tepung substitusi 20%). Pemilihan

subjek penelitian ditentukan dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi yang ditetapkan adalah, IMT normal yaitu 18,5-22,9, Usia 20-30 tahun (Kurnawan, 2010). Kriteria eksklusi yang ditentukan oleh peneliti adalah penderita Diabetes Mellitus (DM), Sirosis Hepatis (SH), Gagal Ginjal Kronis (GGK), penyakit infeksi yang mempengaruhi metabolisme (TBC), Kanker/ Tumor. Mengonsumsi obat-obatan dan Perokok (Ningrum et al., 2013).

Bahan yang digunakan di dalam penelitian antara lain mi kontrol dengan komposisi: telur, tepung terigu, tepung tapioka, garam, minyak, air, kaldu ayam bubuk. Mi dengan tepung substitusi 30%, komposisi: telur, tepung terigu, tepung tapioka, garam, minyak, air, kaldu ayam bubuk, Tepung pisang dan sukun dengan berat 30% dari berat tepung terigu. Mie dengan tepung substitusi 20%, komposisi: telur, tepung terigu, tepung tapioka, garam, minyak, air, kaldu ayam bubuk, tepung pisang dan sukun dengan berat 20% dari berat tepung terigu. (Koswara, 2009; Nasution, 2005). Ketiga mi diolah seperti mi ayam dengan tambahan bawang putih, bawang merah, gula garam, minyak bawang, ayam, daun bawang dan selada. Tiap jenis mie disajikan dengan berat 100 gr. Alat yang digunakan antara lain *Glukometer* dan *strip stick* merk nesco, jarum, alkohol *swab*, timbangan berat badan, pengukur tinggi badan. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini dianalisa menggunakan uji *paired t test* untuk mengetahui ada perbedaan antara nilai GDS pre test dan post test di setiap kelompok. Uji *One Way Annova* digunakan untuk mengetahui perbedaan pada 3 kelompok perlakuan.

### Rata-rata kenaikan GDS

Tabel 1. Rerata kenaikan GDS dalam 60 menit setelah pemberian mie A, B dan C

Jenis Mie	f	Mean
Mi A (kontrol)	19	+25.7
Mi B (substitusi 30%)	20	+6.2
Mi C (substitusi 20%)	19	+12.2
Total	58	+14.8

## Hasil

### Karakteristik Responden

Responden yang dipilih berjumlah 58 orang, 46 orang perempuan dan 12 orang laki-laki. Semua responden dalam status gizi yang baik ditentukan dengan nilai IMT dalam rentang normal dan tidak menderita penyakit yang mempengaruhi metabolisme tubuh. Karakteristik sampel berupa umur, berat badan, tinggi badan, IMT dan kondisi kesehatan dikumpulkan untuk mengetahui responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria untuk penyakit yang diderita oleh responden diketahui dengan cara menanyakan kepada responden mengenai penyakit yang diderita saat ini dan riwayat penyakit keluarga penderita. Anamnesis ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan subjek memiliki resiko DM. Umur rata-rata responden adalah 22,8 tahun, dengan rata-rata berat badan 52,1 kg dan tinggi badan 161 cm dengan IMT 20,1.

### Respon GDS terhadap Mie A, B dan C

Rerata nilai GDS *pre test* dan *post test* menunjukkan rerata nilai GDS sebelum diberikan perlakuan tertinggi adalah kelompok mie A, yaitu 71, 84 mg/dL dan terendah pada kelompok mie C yaitu 71,21 mg/dL. Hasil analisa menggunakan ANOVA *one way* didapatkan nilai  $p= 0,960$  ( $p<0,050$ ), artinya rerata nilai GDS pada ketiga kelompok (mie A, B dan C) sama atau tidak ada perbedaan. Setelah 60 menit pemberian mie A, B dan C dilakukan pemeriksaan GDS kembali sebagai nilai *posttest*. Dari pemeriksaan GDS diketahui (tabel 1) bahwa kelompok yang memiliki rerata nilai GDS tertinggi adalah mie A (kontrol) dan trendah pada mie B (substitusi 30%) yaitu 77,70 mg/dL. Hasil Hasil analisa dengan uji menggunakan ANOVA *one way*, yaitu  $p= 0,000$  ( $p<0,050$ ), artinya rerata nilai GDS pada ketiga kelompok (mie A, B dan C) ada perbedaan yang signifikan.

Setelah 60 menit pemberian mie A, B dan C dilakukan pemeriksaan GDS diketahui rerata kenaikan GDS tertinggi adalah pada kelompok yang diberikan mi A yaitu 25,7 mg/dL dan terendah pada kelompok mie B yaitu 6,2 mg/dL.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa rerata nilai GDS posttest terdapat perbedaan yang sangat signifikan diantara ketiga kelompok dengan pemberian mi A, B dan C. Lebih jauh dijelaskan pada tabel 3 bahwa perbedaan tersebut terlihat pada kenaikan GDS setelah konsumsi mi. Kenaikan GDS terendah pada mi B yaitu mie dengan substitusi tepung pisang dan sukun sebesar 30% dari jumlah tepung terigu.

Respon kenaikan glukosa darah dipengaruhi oleh 2 hal utama yaitu kondisi tubuh responden dan bahan makanan yang dikonsumsi. Pada penelitian ini responden yang terlibat memiliki kondisi tubuh yang sama yaitu yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Responden dengan nilai IMT dalam rentang normal (18-22,5) dan tidak memiliki riwayat penyakit (DM, SH, TBC, Kanker/Tumor dan GJK) diharapkan memiliki metabolime yang baik. Selain itu pemilihan usia responden 20-30 tahun bertujuan tidak terjadi kenaikan kadar glukosa darah. Pada usia lebih dari 30 tahun, kadar glukosa darah akan naik 1-2 mg%/tahun pada saat puasa dan akan naik sebesar 5,6-13 mg%/tahun pada 2 jam setelah makan.1,3 (Kurnawan, 2010).

Faktor lain yang mempengaruhi respon kenaikan kadar glukosa darah adalah dari bahan makanan. Faktor ini dirinnci sebagai berikut kadar serat, perbandingan amilosa dan amilopektin, daya cerna pati, kadar lemak dan protein, dan cara pengolahan. Masing-masing komponen tersebut memberikan kontribusi dan saling berpengaruh hingga menghasilkan respons glikemik yang berbeda (Arif & Budiyo, 2013). Kandungan serat pangan yang tinggi berkontribusi pada glukosa darah. Serat larut yang berbentuk viskus dapat memperpanjang waktu pengosongan lambung (Kusharto, 2006). Serat utuh dapat bertindak sebagai barrier pada pencernaan, sehingga memperlambat laju makanan pada saluran

pencernaan dan menghambat aktivitas enzim. Kondisi ini membuat proses pencernaan pati menjadi lambat dan respons glukosa darah pun akan lebih rendah (Arif & Budiyo, 2013). Bahan makanan yang memiliki kadar lemak yang tinggi cenderung memperlambat laju pengosongan lambung, sehingga laju pencernaan makanan pada usus halus juga lambat. Sementara itu, kadar protein yang tinggi kemungkinan dapat merangsang sekresi insulin sehingga glukosa darah terkendali (Arif & Budiyo, 2013).

Berdasarkan Keperawatan komplementer makanan dapat digunakan sebagai terapi atau media perawatan, dikenal dengan istilah "*Functional food and Nutraceutical*". Makanan yang dikonsumsi perlu diketahui fungsi di dalam tubuh, baik sebagai bahan makanan yang mengoptimalkan kesehatan maupun sebagai bahan makanan untuk mencegah penyakit. Hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan makanan sebagai media terapi dan perawatan adalah harus berdasarkan *evidence* (Snyder & Lindquist, n.d.). Artinya perlu dilakukan penelitian pada kandungan bahan makanan dan reaksi di dalam tubuh, baik tubuh yang sehat maupun yang sedang sakit. Beberapa jenis bahan makanan yang telah terbukti dapat digunakan sebagai media terapi dan perawatan adalah probiotics, Coenzyme Q10, Glucosamine, Chondroitin Sulfate, dan Collagen Hydrolysate (untuk osteoarthritis), teh hijau dan lain sebagainya

## SIMPULAN & SARAN

### Simpulan

Penggantian tepung terigu dengan tepung sukun terbukti dapat menurunkan kenaikan glukosa darah sewaktu pada responden bukan penderita DM. Substitusi tepung pisang dan sukun sebanyak 30% memberikan efek kenaikan GDS paling sedikit. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh kadar serat dan kalium yang lebih tinggi pada tepung pisang dan sukun apabila dibandingkan dengan tepung terigu.

### Saran

Peneliti menyarankan untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian kandungan mie dengan substitusi tepung pisang dan sukun. Selain itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai efek pemberian mi tepung pisang dan sukun terhadap

kadar glukosa darah penderita Diabetes Mellitus.

Perawat dapat berkolaborasi dengan ahli gizi untuk membuat mie dengan penambahan tepung sukun dan pisang, sehingga dapat digunakan sebagai alternatif makanan untuk diet DM.

#### KEPUSTAKAAN

- Arif, A. Bin, & Budiyanto, A. (2013). Glicemic Index of Foods and Its Affecting Factors. *J Litbang Pert*, 32(2).
- Budijanto, D. (2013). Populasi, Sampling, dan Besar Sampel. Retrieved September 20, 2016, from <http://www.risbinkes.litbang.depkes.go.id/2015/wp-content/uploads/2013/02/SAMPLING-DAN-BESAR-SAMPEL.pdf>
- Clamp, C. G. L., Gough, S., & Land, L. (2004). *Resources for Nursing Research* (4th ed.). London: SAGE Publication Ltd.
- Handajani, A., Roosihermiatie, B., & Maryani, H. (2010). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pola Kematian Pada Penyakit Degeneratif di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 13, 42–53.
- Koswara, S. (2009). Teknologi pengolahan mie.
- Kurnawan, I. (2010). Diabetes Melitus Tipe 2 pada Usia Lanjut. *Public Health*, 576–584.
- Kusharto, C. M. (2006). Serat Makanan Dan Kesehatan. *Jurnal Gizi Dan Panga*, 1(November), 45–54.
- Nasution, E. Z. (2005). Pembuatan mie kering dari tepung terigu dengan tepung rumput laut yang difortifikasi dengan kacang kedelai. *Jurnal Sains Kmia*, 9(2), 87–91.
- Ningrum, D. R., Nisa, F. Z., & Pangastuti, R. (2013). Indeks Glikemik dan beban glikemik sponge cake sebagai jajanan berbasis karbohidrat pada subyek bukan penyandang diabetes melitus in *prosiding Seminar Nasional Food Habit and Degenerative Diseases* (pp. 109–119).
- Prahandoko, T. P. (2013). Pengaruh substitusi tepung sukun (.
- Safriani, N., Moulana, R., Studi, P., Hasil, T., Pertanian, F., & Kuala, U. S. (2013). Pemanfaatan pasta sukun (*Artocarpus Altilis*) pada pembuatan mie kering, (2), 17–24.
- Saputro, P. S., & Estiasih, T. (2015). Pengaruh Polisakarida Larut Ir (PLA) dan serat pangan Umbi-Umbian Terhadap Glukosa Darah: Kajian Pustaka: Effect of Water Soluble Pollysacarides and Dietary Fiber Tubers on Blood Glucose: A review. *Jurnal Pangan Dan Agroindustri*, 3(2), 756–762.
- Smeltze, S. C., & Bare, B. (2004). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (10th ed.). New York: Lipincot williams & Wilkins.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (n.d.). *Complementary / Alternative Therapies in Nursing* (5th ed.). Nee York: Springer Link.
- Sommers, M. S., Johson, S. A., & Beery, T. A. (2007). *DISEASES and DISORDERS A Nursing Therapeutics Manual* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Umar, F. A., Bodhi, W., & Kepel, B. J. (2013). Gambaran gula darah darah pada remaja obes di minahasa 1. *Jurnal E-Biomedik (eBM)*, 1(1), 265–269.
- Witono, J. ., Kumalaputri, A. J., & Lukmana, H. S. (2012). Optimasi Rasio tepung terigu, tepung pisang dan tepung Ubi Jalar, serta konsentrasi zat aditif pada pembuatan Mie. .
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. <http://doi.org/ISBN9789241565257>



# MENINGKATKAN RESPON PSIKOLOGIS TENAGA KERJA INDONESIA YANG TERINFEKSI HIV MELALUI DUKUNGAN KELUARGA DAN PEER GROUP SUPPORT

*(Improving Psychological Response on Indonesian's Migrant Worker (TKI) Infected by HIV Through Family and Peer Group Support)*

\*Tintin Sukartini, \*Nursalam, \*Eka Mishbahatul M.Has, \*Candra Panji Asmoro,  
\*\*Misutarno

\*Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Kampus C Mulyorejo Surabaya

\*\*RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Email: dopaminsirup@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sebuah retrovirus yang menginfeksi sel-sel sistem imun, menghancurkan atau merusak fungsi dari sel-sel sistem imun. Isu yang beredar telah banyak penderita HIV baru yang terdeteksi sumber penularannya berasal dari mantan TKI yang bekerja di luar negeri. Tantangannya adalah bagaimana memperbaiki respon psikologis ODHA agar mampu percaya diri bersosialisasi dan tidak khawatir dengan stigma. Tujuan dari penelitian ini adalah melaksanakan model dukungan keluarga Tenaga Kerja Indonesia yang terinfeksi HIV dan *Peer Group Support* melalui modul yang dilaksanakan oleh keluarga dan kelompok sebaya. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *pre-experiment*. Populasinya adalah ODHA yang tertular semasa kerja di luar negeri sebagai TKI di wilayah Jawa Timur. Sampel dipilih dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Variabel independennya adalah *peer group support* dan keluarga, variabel dependennya adalah respon psikologis responden. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas didukung dengan pelaksanaan *focus group discussion* responden sebagai penguat hasil secara kualitatif. Hasil kuantitatif diuji menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan  $\alpha \leq 0,05$ . **Hasil:** Hasil menunjukkan bahwa metode ini dapat meningkatkan respon psikologis klien yang terinfeksi HIV semasa kerja sebagai TKI di luar negeri dengan nilai signifikansi  $p=0,040$ . Hasil kualitatif menyatakan bahwa sebagian besar responden menemukan makna hidup yakni berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa. **Diskusi:** Dukungan keluarga dan *peer group support* dapat digunakan untuk meningkatkan respon psikologis penderita HIV yang terinfeksi semasa kerja di luar negeri menjadi TKI. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggunakan sampel yang lebih besar sehingga mempunyai kelompok kontrol.

**Kata kunci:** dukungan keluarga, *peer group support*, respon psikologis, TKI (Tenaga Kerja Indonesia), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

## ABSTRACT

**Introduction:** *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) is a retrovirus that infects cells of the immune system, destroying or damaging the function of cells of the immune system. A lot of new detected HIV transmission source comes from former workers who work abroad. The challenge is how to improve the psychological response of people living with HIV (PLWHA) to be able to socialize confident and not worry about the stigma. The purpose of this study is to implement the model of family support Indonesian Workers who are infected with HIV and Peer Support Group through modules implemented by families and peer groups. **Methods:** This study was used a quasy-experimental. Population in this study were the PLWHA who contracted during work abroad as migrant workers in East Java. Samples were selected using simple random sampling technique. The independent variable were the family and peer group support, the dependent variable was the psychological response of respondents. Data were collected using a questionnaire that has been tested for validity and reliability and results were tested using the Wilcoxon Signed Rank Test with  $\alpha \leq 0.05$  and supported by the implementation of the focus group respondents as a reinforcement of the qualitative results. **Results:** The results showed that this method can improve psychological response of the PLWHA during labor as migrant workers abroad with a significance value of  $p=0.040$ . Qualitative results stated that the majority of respondents found the meaning of life that is surrendered to God Almighty. **Discussion:** Family and peer group support can be used to increase the psychological response of the PLWHA during work abroad as migrant workers. Future studies are expected to use a larger sample so as to have a control group.

**Keywords:** family support, peer group support, psychological response, TKI (Indonesian Labor), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

## PENDAHULUAN

*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah sebuah retrovirus yang menginfeksi sel-sel sistem imun, menghancurkan atau merusak

fungsi dari sel-sel sistem imun. Sebagai *progress* dari infeksi, sistem imun menjadi lemah, dan manusia menjadi lebih rentan terkena infeksi. Stadium yang paling lanjut dari infeksi HIV adalah *Acquired Immune*

*Deficiency Syndrome* (AIDS) (WHO 2013). Virus tersebut merusak kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turun dan hilangnya daya tahan tubuh sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi lainnya (Nursalam, & Kumawati 2007) Penurunan imunitas dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan adalah stresor psikososial. Lingkup terkecil dari lingkungan sosial pasien adalah keluarga.

Dukungan sosial terutama dari keluarga adalah penting, dan sangat menentukan perkembangan penyakit yang dapat menurunkan kondisi kesehatan pasien, mempercepat progresivitas penyakit hingga timbul kematian. Pada penelitian lainnya oleh tim diperoleh hasil bahwa pengembangan model dukungan keluarga dan dukungan sebaya mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam tindakan perawatan anggota keluarga yang terinfeksi HIV ketika bekerja sebagai TKI di luar negeri. Berdasarkan hasil tersebut peneliti merasa perlu mengimplementasikan suatu modul hasil penelitian sebelumnya untuk melihat pengaruhnya terhadap respon psikologis responden. Respon psikologis ini yang perlu diketahui terlebih dahulu karena merupakan manifestasi awal dari keyakinan responden sebelum muncul adanya interaksi sosial dengan yang lain dan juga kekhawatiran dari adanya stigma oleh masyarakat.

Pada tahun 2013 ini, Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merilis data tentang penemuan kasus baru HIV pada tahun 2012 mencapai 21.511. Data ini meningkat daripada tahun sebelumnya pada 2011 sejumlah 21.031. Jumlah penderita HIV khusus Propinsi Jawa Timur, seperti yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur pada tahun 2011 tercatat sebanyak 2646 jiwa, terjadi peningkatan dari tahun sebelumnya sejumlah 2233 jiwa. Data hingga Juni 2012 menunjukkan bahwa Kabupaten Kediri dan Kabupaten Tulungagung termasuk dalam zona merah distribusi kasus AIDS di Propinsi Jawa Timur. Data secara nasional mengenai TKI yang positif terinfeksi HIV&AIDS belum terdokumentasi dengan baik. Namun, terdapat sumber menyatakan bahwa terjadi kewaspadaan oleh pihak Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi, dan Kependudukan (Disnakertransduk) Jawa Timur mengenai penyebaran kasus HIV&AIDS di Propinsi Jawa Timur adalah dari mantan tenaga kerja-tenaga kerja Indonesia. Data jumlah pekerja di Jawa timur yang terjangkit HIV&AIDS

sebanyak 1700-an, dengan 10% diantaranya adalah mantan Tenaga Kerja Indonesia (News 2011)

Individu dengan HIV&AIDS yang mendapat perawatan di rumah sakit akan mengalami kecemasan dan stres pada semua tingkat usia. Penyebab kecemasan yang dialami pasien tersebut salah satu faktor yang mempengaruhi selain dari petugas kesehatan adalah keluarga. Keluarga juga sering merasa cemas dengan perkembangan keadaan pasien, pengobatan, dan biaya perawatan. Meskipun dampak tersebut tidak secara langsung kepada pasien, tetapi secara psikologis pasien akan merasakan perubahan perilaku dari keluarga yang menunggunya selama perawatan (Marks, 1998). Pasien menjadi semakin stres dan berpengaruh terhadap proses penyembuhannya karena penurunan respon imun. Robert Ader (1885) telah membuktikan bahwa individu yang mengalami kegoncangan jiwa akan mudah terserang penyakit, karena pada kondisi stres akan terjadi penekanan sistem imun (Subowo 1992).

Penelitian ini merupakan lanjutan dari penelitian sebelumnya yang mencari pengembangan model dari kerangka konsep yang dibuat terhadap dampaknya bagi kemandirian perawatan anggota keluarga ODHA terhadap ODHA. Penelitian tahun berikutnya ini mengambil fenomena yang ditemukan selama penelitian tahun sebelumnya, yakni melihat pengaruh intervensi yang dikembangkan terhadap respon psikologis responden. Ada keterkaitan antara lingkungan sosial (keluarga dan teman sebaya) pasien HIV&AIDS dengan progresivitas penyakit tersebut, membuat penulis ingin mengetahui bagaimana gambaran reaksi psikologis (respon stres) pada Tenaga Kerja Indonesia (TKI) yang terinfeksi virus HIV. Dukungan dari lingkungan sosial (keluarga) sangat dibutuhkan pasien HIV&AIDS sehubungan dengan rasa putus asa yang dialami pasien sejak pasien tersebut dinyatakan terinfeksi virus HIV. Harapannya, dengan adanya respons emosi yang positif dari keluarga dapat mengurangi stres yang dialami pasien.

## **BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *pre-experiment* dengan *pre-post test design*. Populasi terjangkau adalah TKI yang terinfeksi HIV di Kabupaten Tulungagung. Pengambilan sampel

dilakukan dengan teknik *simple random sampling* dan diperoleh sampel sebanyak 11 responden.

Penelitian ini menggunakan dua variabel, yaitu variabel independen dukungan keluarga dan *peer group support*, serta variabel dependen berupa respon psikologis responden yang terinfeksi HIV dari semasa kerja sebagai TKI di luar negeri. Instrumen yang digunakan adalah instrumen respon psikologis yang evaluasinya diperkuat dengan *focus group discussion (FGD)* dengan pertanyaan terstruktur pada pasien yang terinfeksi HIV dari semasa kerja sebagai TKI di luar negeri. Kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

## HASIL PENELITIAN

Penelitian sampai jumat ini diterbitkan telah menyelesaikan intervensi dan pengambilan data *post-test* di Tulungagung. Jumlah responden selama penelitian berlangsung sebanyak 11 responden. Responden lainnya gugur karena keluarga tidak mengikuti koordinasi bentuk intervensi. Tingkat respon psikologis responden yang terinfeksi HIV dari semasa kerja menjadi TKI di luar negeri ditunjukkan dalam tabel di bawah.

Respon psikologis TKI penderita HIV sebelum intervensi Juni -September 2016 di Kabupaten Tulungagung lebih dari separoh memiliki respon psikologis bargaining sebesar 62,5%.

Tabel 1 Tabel respon psikologis penderita HIV tertular saat TKI setelah intervensi Juni -September 2016 di Kabupaten Tulungagung

Res	Respon Psikologis					Tot
	Den	Ang	Barg	Depr	Acc	
	%	%	%	%	%	%
TKI	-	-	12,5	25	62,5	100

Tabel 2 Tingkat respon psikologis responden sebelum dan setelah intervensi di Kabupaten Tulungagung pada bulan Juni-September 2016

Tingkat Respon Psikologis	Pre %	Post %
Kurang	62,5	12,5
Cukup	12,5	25
Baik	25	62,5
Total	100	100
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		p=0,040

Data di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden penderita HIV sebelum intervensi respon psikologisnya berada dalam tahap bargaining. Sebagian kecil responden sebelum intervensi respon psikologisnya berada dalam tahap depresi. Respon psikologis dalam tahap menerima dialami oleh sebagian kecil responden. Setelah mulai dilakukan intervensi, sebagian kecil saja responden yang respon psikologisnya berada dalam tahap bargaining dan tingkat psikologis depresi. Respon psikologis *acceptance* dialami oleh sebagian besar responden.

Pengaruh intervensi dapat dilihat dari signifikansi perubahan respon psikologis sebelum dan sesudah intervensi. Hasil analisis statistik menunjukkan terdapat pengaruh intervensi dukungan keluarga dan teman sebaya terhadap respon psikologis ODHA.

## PEMBAHASAN

Respon adaptasi psikologis terhadap stresor menurut Kubler Ross (1974) menguraikan lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap stresor yakni 1) pengingkaran; 2) marah; 3) tawar menawar; 4) depresi; dan 5) menerima. Tidak ada cara yang paling tepat dan cepat untuk menjalani proses berduka. Konsep dan teori berduka hanyalah alat yang hanya dapat digunakan untuk mengantisipasi kebutuhan emosional klien dan juga rencana intervensi untuk membantu mereka memahami kesedihan mereka dan mengatasinya.

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam setiap tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berfungsi dengan kepandaian akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya angka mortalitas (Friedman, 2010).

Satu penelitian tentang dukungan kelompok sebaya yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana perubahan kepatuhan pengelolaan/perawatan pada pasien dengan diabetes mellitus didapatkan hasil bahwa dengan *peer group support* mampu meningkatkan kepatuhan responden dalam menjalankan latihan fisik dan konsumsi obat pada penderita diabetes mellitus, namun tidak mampu meningkatkan kepatuhan akan diet penderita. Saran yang

diberikan yakni membuat sebuah *peer group support* antar penderita dan keluarga sebagai wadah interaksi dan saling memberi dukungan baik berupa pengetahuan maupun emosional (Diantiningsih, Y, Kusnanto, & Bakar 2012)

Pemberian materi berupa dukungan keluarga selain aspek intensitas dalam pemberiannya, namun juga perlu diperhatikan aspek kedalaman dalam penanaman pentingnya peran keluarga secara bersama-sama. Peneliti dalam memberikan materi pentingnya dukungan keluarga memperhatikan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga yang merawat. Penerimaan keluarga akan sakit yang diderita anggota keluarga yang terinfeksi HIV juga diperhatikan. Hal ini menjadi perhatian peneliti karena dibutuhkan komitmen sebelum membentuk intensi yang kuat dari anggota keluarga untuk mau dan mampu merawat anggota keluarga yang terinfeksi HIV, dimana penyakit ini akan selamanya diidap oleh anggota keluarga yang terinfeksi HIV tersebut. Aspek kemampuan keluarga dalam memenuhi peran sebagai perawat dilakukan pengidentifikasian terlebih dahulu oleh peneliti. Sebagian besar responden tahu apa yang harus diperbuat atau perannya selama anggota keluarga yang terinfeksi HIV sedang sehat maupun ketika sakit. Hal ini menjadi potensi yang perlu ditingkatkan oleh peneliti dengan menggunakan modul yang dibuat oleh Tim Peneliti. Peneliti memberikan materi berupa manfaat-manfaat yang bisa diperoleh penderita HIV jika dirawat dengan kasih sayang oleh keluarga. Adanya dukungan seperti hal tersebut dengan tidak disadari oleh keluarga maupun penderita memberi stimulus yang positif bagi penderita sehingga penderita tidak stres. Tim peneliti mempunyai pendapat bahwa materi yang telah diberikan kepada anggota keluarga ODHA mampu diterapkan dengan baik oleh keluarga, sehingga tingkat respons psikologis responden juga meningkat dibuktikan dengan signifikansi analisis data yang telah dikerjakan.

Kombinasi intervensi dukungan keluarga oleh keluarga mereka sendiri bersama dengan *peer group support* membawa tim peneliti beropini bahwa intervensi tersebut juga berperan besar dalam hasil respon psikologis responden yang didapat. Kegiatan pertemuan rutin yang diadakan pihak terkait yang menangani ODHA di wilayah tempat penelitian sering kali diadakan, namun peserta pertemuan yang merupakan penderita maupun keluarganya

masing-masing mulai merasa malas untuk datang dengan berbagai alasan. Tim peneliti memberi arahan dalam intervensi *peer group support* yakni merubah strategi menjadi jempot bola dan tidak perlu menunggu adanya kegiatan formal. Kelompok sebaya juga diberi materi tentang peran mereka dalam memperbaiki respon psikologis responden oleh Tim Peneliti menggunakan modul. Pertemuan-pertemuan informal seperti misal saat keluarga penderita maupun penderita bertemu di rumah sakit untuk mengambil obat ARV seringkali menjadi ajang bertukar informasi dan memberikan dukungan, serta memberikan pengetahuan terkini mengenai HIV oleh Tim Peneliti. Peneliti melihat fungsi dari dilakukan *peer group support* pada responden sudah terlaksana setelah diberikan materi dan strategi pendampingan melalui observasi. Dukungan keluarga dan dukungan kelompok sebaya yang terus menerus tentu menjadi tantangan bagi Tim Peneliti untuk menjaga konsistensi intervensinya terhadap responden. Oleh karena itu, tim peneliti lebih sering memantau dengan berkomunikasi melalui telepon. Kunjungan langsung kepada keluarga dan kelompok sebaya dilakukan untuk pemberian materi kepada mereka. Antusias responden juga menjadi bahan evaluasi kami. Melalui wawancara, dukungan antar kelompok sebaya diakui oleh beberapa responden mampu memberikan solusi dari setiap permasalahan psikologis yang muncul. Kekhawatiran-kekhawatiran dalam kegiatan bersosialisasi di masyarakat baik pada saat di rumah maupun di tempat kerja mereka mampu ditemukan solusi yang mana solusi tersebut muncul dari keluarga responden lain yang pernah mengalami dan anggota keluarga penderita lain menguatkan solusi tersebut sehingga timbul dukungan antar kelompok sebaya untuk kemudian dipraktikkan kepada responden yakni ODHA TKI.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Dukungan keluarga dan *peer group support* mampu meningkatkan tingkat respon psikologis TKI yang terinfeksi HIV dari semasa kerja di luar negeri di wilayah Kabupaten Tulungagung. Dukungan keluarga dan *peer group support* dalam hal ini mencakup peran keluarga dan teman sebaya dalam perawatan secara biologis (ketika

penderita mengalami atau tidak penyakit penyerta HIV), psikososial, dan spiritual.

### Saran

Peningkatan respon psikologis hanya mencakup pada ODHA yang menjadi kriteria penetapan responden penelitian. Penambahan cakupan jumlah responden dengan penentuan kriteria diharapkan dapat menambah jumlah responden dan diharapkan desain penelitian yang diambil adalah *quasy-experiment*. Pihak terkait juga melakukan kunjungan rumah penderita tanpa menggunakan identitas dari instansi mana untuk melakukan pengawasan atau pengkajian bagaimana respon psikologis berubah setiap saat karena manusia sangat unik.

### KEPUSTAKAAN

- Diantiningsih, Y, Kusnanto, & Bakar, A., 2012. *Peer group support terhadap perubahan kepatuhan pengelolaan penyakit diabetes mellitus tipe 2*.
- News, A., 2011. JATIM tertinggi kasus HIV/AIDS. Available at: <<http://www.antarajatim.com/lihat/berita/77591/jatim-tertinggi-kasus-hivaid>>.
- Nursalam, & Kurniawati, N., 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien terinfeksi HIV*, Jakarta: Salemba Medika.
- Subowo, 1992. *Histologi umum*, Jakarta: Bumi aksara.
- WHO, 2013. HIV/AIDS. diakses tanggal 19 Desember 2013 pukul 18.00. <[http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/en/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/)>
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2012. Program pengendalian penyakit menular di Jawa Timur. Diakses tanggal 22 Desember 2013 pukul 17.33 <<http://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/P2.pdf>>
- Depkes. 2013. Profil kesehatan Indonesia 2012. diakses tanggal 19 Desember 2013 pukul 18.16. <[http://www.depkes.go.id/downloads/Pr ofil%20Kesehatan\\_2012%20%284%20S ept%202013%29.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/Pr ofil%20Kesehatan_2012%20%284%20S ept%202013%29.pdf)>
- Depkes, 2003. Pedoman nasional perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA: buku pedoman untuk petugas kesehatan dan petugas lainnya. Jakarta: Ditjen PPM dan PL Depkes
- Nursalam, Yusuf, Ah, Widyawati Y I, & Asmoro, C P, 2015. Pengembangan Model Pemberdayaan Keluarga Tenaga Kerja Indonesia (TKI) yang Terinfeksi HIV dan *Peer Group Support* dalam Kemandirian Perawatan Tenaga Kerja Indonesia (TKI) yang Terinfeksi HIV. *Jurnal Ners*, Vol. 2 2015
- Stewart, G., 1997. *Managing HIV*. Sydney: MJA Publisher

# MEKANISME KOPING PADA ODHA DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI CALLISTA ROY

(*Coping Mechanism on People Living with HIV Using Theory of Adaptation Callista Roy*)

Sandu Siyoto\*, Yuly Peristiwati\*, Eva Agustina\*

\*STIKes Surya Mitra Husada Kediri

Email : siyotos@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Dampak negatif yang ditimbulkan oleh individu yang hidup dengan HIV/AIDS adalah masalah fisik, psikososial dan emosional, sehingga ODHA perlu untuk meningkatkan mekanisme koping kearah adaptif. Roy menjelaskan ada 3 stimulus yang dapat mempengaruhi mekanisme koping yaitu stimulus fokal, stimulus kontekstual, stimulus residual. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping berdasarkan Teori Adaptasi Roy. **Metode:** Desain penelitian menggunakan analitik korelasional pendekatan *cross sectional*, 30 responden dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan stimulus fokal, stimulus kontekstual, dan stimulus residual berhubungan dengan mekanisme koping pada ODHA, sebagian besar responden memiliki mekanisme koping negatif sebanyak 18 responden (60.0%) dan mekanisme koping positif sebanyak 12 responden (40.0%). **Diskusi:** Berdasarkan hasil analisa menunjukkan ada hubungan stimulus fokal  $p\text{-value} = 0.018$  dan stimulus kontekstual  $p\text{-value} = 0.004$ , sedangkan stimulus residual tidak ada hubungannya dengan mekanisme koping pada ODHA di KDS *friendship plus* Kota Kediri. Selama bergabung dalam kelompok dukungan sebaya ODHA mempunyai wadah untuk mencurahkan perasaan dan emosi serta dapat berkomunikasi sosial dengan baik, sehingga adanya stimulus fokal dan kontekstual dari KDS dapat menstimulasi respon kognator dan regulator yang dapat mempengaruhi fungsi fisiologis sehingga mampu beradaptasi secara adaptif.

**Kata Kunci:** Teori adaptasi Roy, Stimulus Fokal, Kontekstual, Residual, Mekanisme Koping, ODHA.

## ABSTRACT

**Introduction:** The negative impact caused by people living with HIV/AIDS is a matter of physical, psychosocial and emotional, so that people living with HIV need to improve towards adaptive coping mechanisms. Roy explained that there are three stimulus that can influence the coping mechanisms, there are stimulus focal, contextual stimulus, stimulus residual. The purpose of this study was to determine the factors related with coping mechanisms based on the Roy Adaptation Theory. **Methods:** The study design using analytic correlational cross-sectional approach, 30 respondents were selected by purposive sampling technique. The research instrument used questionnaire. **Results:** The results showed focal stimulus, stimulus contextual, and residual stimulus associated with coping mechanisms in people living with HIV, the majority of respondents have a negative coping mechanisms as many as 18 respondents (60.0%) and positive coping mechanisms as much as 12 respondents (40.0%). **Discussion:** Based on the analysis showed there is relationship stimulus focal  $p\text{-value} = 0.018$  and contextual stimulus  $p\text{-value} = 0.004$ , while the residual stimulus doesn't have relation with the coping mechanisms of people living with HIV in KDS *friendship plus* Kediri. During join the peer support groups people with HIV has a place to share the feelings and emotions and be able to communicate social well, so that their focal and contextual stimuli can stimulate a response from KDS cognator and regulators that can affect physiological functions so they can adapt adaptively.

**Keywords:** Roy adaptation theory, Stimulus Focal, contextual, Residual, Coping Mechanisms, people living with HIV.

## PENDAHULUAN

HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan yang mengancam Indonesia dan banyak negara di seluruh dunia. Saat ini tidak ada negara yang terbebas dari masalah HIV/AIDS. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang menyerang system kekebalan tubuh manusia lalu menimbulkan AIDS. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Sindrom*) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia (Zein 2006)

Penderita HIV/AIDS mempunyai masalah terkait dengan mekanisme koping, karena masih banyaknya stigma negatif dari masyarakat tentang HIV/AIDS sehingga banyak penderita HIV/AIDS yang mengisolasi diri dari lingkungannya dan banyak penderita HIV/AIDS yang menganggap dirinya tidak berguna lagi. Dengan adanya gangguan psikis pada pasien HIV/AIDS sehingga berakibat juga pada penurunan sistem kekebalan tubuh dan sistem imun (Yayasan Spiritia 2006).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Kelompok Dukungan Sebaya *Friendship Plus* terdapat ODHA sebanyak 221 orang dan dari 10 penderita didapatkan 7 orang dengan mekanisme koping negatif seperti menutup diri, menganggap dirinya tidak berguna dan mengasingkan diri dari masyarakat, dan 3 orang dengan mekanisme koping positif terlihat dengan dirinya masih mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, menganggap dirinya patut menjadi tokoh dimasyarakat. Dinas kesehatan Kota Kediri, mulai tahun 2003 – 2015 dengan kumulatif ditemukan 644 orang terinfeksi HIV/AIDS, dari jumlah tersebut ditemukan 49 orang meninggal dan 595 orang masih hidup. Penderita HIV/AIDS sangat mudah merasa bersalah dan menerima penolakan dari sekitarnya, hal ini disebabkan karena anggapan bahwa tingkah laku mereka, terutama tingkah laku seksual, dapat membahayakan orang lain. Penderita HIV/AIDS akan mengalami berbagai stresor atau stimulus yang dapat mempengaruhi mekanisme koping, stimulus atau input yang masuk diantaranya adalah stimulus fokal, stimulus konstektual dan stimulus residual sehingga ODHA membutuhkan mekanisme koping yang tepat untuk upaya yang diarahkan pada pengelolaan stressor (Roy, Sr 2009). Individu yang utuh dan sehat, akan mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biopsikososial menggunakan koping yang positif maupun yang negatif. Untuk mampu beradaptasi tiap individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, konsep diri yang positif, mampu memelihara integritas diri, selalu berada pada rentang sehat sakit untuk memelihara proses adaptasi. Demikian besar dampak mekanisme koping adaptif untuk kualitas hidup pada pasien HIV reaktif maka

diperlukan pertukaran informasi secara mendetail dan menyeluruh antar sesama pasien HIV. Model Adaptasi Roy menjelaskan adanya pertahanan dan peningkatan kemampuan proses adaptasi pasien terhadap stimulus kearah koping yang lebih adaptif.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Analisis Faktor yang berhubungan dengan Mekanisme Koping pada ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) Berdasarkan pendekatan Teori Adaptasi Callista Roy di Kota Kediri.

## BAHAN DAN METODE

Desain Penelitian ini menggunakan “Analitik Korelasional” dengan menggunakan model rancangan *cross sectiona*. Populasipenelitian ini semua ODHA yang ada di Kelompok Dukungan Sebaya *Friendship Plus* di Kota Kediri yang berjumlah 221 orang. Tehnik sampling *Purposive* dengan jumlah sampel 30 responden. Instrumen penelitian menggunakan *Kuesioner*. analisis data menggunakan uji statistik *Regresi Logistik*  $\alpha = 0,05$ .

## HASIL

### Data Umum

Data umum akan menyajikan karakteristik responden. Berdasarkan karakteristik responden menunjukkan sebagian besar usia resonden berumur 25-35 tahun sebanyak 20 (67%), 18 responden (60%) berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar sudah pernah mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS sebanyak 22 responden (73%) dan sebanyak 13 responden (43%) telah terkena HIV/AIDS selama  $\leq 1$  tahun.

### Data Khusus

**Tabel 1** Mekanisme Koping pada ODHA di KDS *Friendship Plus* Kota Kediri

No.	Kategori	Frekuensi	Presentase
1.	negatif	18	60%
2.	positif	12	40%
Jumlah		30	100

**Tabel 2.** Stimulus fokal pada ODHA di KDS *Friendship Plus* Kota

No.	Kategori	Frekuensi	Prosentase
1.	Rendah	10	33.3%
2.	Sedang	8	26.7%
3.	Tinggi	12	40.0%
		30	100%

**Tabel 3.** Stimulus kontekstual pada ODHA di KDS *Friendship Plus* Kota Kediri

No.	Kategori	Frekuensi	Presentasi
1.	Rendah	12	40.0%
2.	Sedang	10	33.3%
3.	Tinggi	8	26.7%
		30	100%

**Tabel 4.** Stimulus residual pada ODHA di KDS *Friendship Plus* Kota Kediri

No.	Kategori	Frekuensi	Presentasi
1.	Rendah	17	56.7%
2.	Sedang	7	23.3%
3.	Tinggi	6	20.0%
		30	100%

**Tabel 5. Hasil Analisa Data :** uji statistik *regresi logistik* faktor stimulus dengan mekanisme koping

No.	Kategori	Nilai Signifikan
1.	Stimulus Fokal	0.018
2.	Stimulus Kontekstual	0.004
3.	Stimulus Residual	0.111

Berdasarkan uji statistik *regresi logistik* faktor yang paling dominan terhadap mekanisme koping adalah faktor stimulus kontekstual

dengan nilai *Uji Wald* stimulus kontekstual adalah 8.244 dan nilai signifikan  $0.004 < (0.05)$ .

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian di KDS Kota Kediri di dapatkan bahwa sebagian besar ODHA memiliki mekanisme koping yang negatif yaitu sebanyak 18 responden dengan presentase (60.0%) . Stimulus fokal dengan kategori tinggi sebanyak 12 responden yaitu (40.0%), stimulus fokal dengan kategori rendah sebanyak 10 responden yaitu sebesar (33.3%) stimulus fokal dengan kategori sedang sebanyak 8 responden yaitu sebesar (26.7%), dan stimulus fokal dengan kategori tinggi sebanyak 12 responden (40.0%). Stimulus kontekstual dengan kategori rendah adalah sebanyak 12 responden yaitu sebesar (40.0%)responden dengan stimulus kontekstual kategori sedang adalah sebanyak 10 responden (33.3%) dan stimulus kontekstual dengan kategori tinggi adalah sebanyak 8 responden (26.7%). stimulus residual dalam kategori rendah sebanyak 17 responden yaitu sebesar (56.7%) dan yang memiliki stimulus residual dalam kategori tinggi yaitu sebesar 6 responden (20.0%). Hasil analisis dari uji statistik *regresi logistik* menunjukkan bahwa ada hubungan antara stimulus fokal dengan

mekanisme koping pada ODHA dengan *p-value* =  $0.018 < (0.05)$ . Stimulus kontekstual dengan mekanisme koping menunjukkan hasil *p-value* =  $0.004 < (0.05)$ . stimulus residual dengan mekanisme koping menunjukkan hasil *p-value* =  $0.111 > (0.05)$ .

Mekanisme koping merupakan distorsi kognitif yang digunakan oleh seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi, mengurangi rasa tidak aman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stress (Videbeck, 2011). Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri (*adaptive system*). Sebagai sistim yang dapat menyesuaikan diri manusia dapat digambarkan secara holistik (bio, psicho, Sosial) sebagai satu kesatuan yang mempunyai *Input* (masukan), *Control* dan *Feedback Processes* dan *Output* (keluaran/hasil). Proses kontrol adalah Mekanisme Koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara penyesuaian diri. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan proses mekanisme kognitor dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat



cara-cara penyesuaian yaitu : Fungsi Fisiologis, Konsep diri, Fungsi peran, dan Interdependensi (Roy, Sr 2009).

Stimulus Fokal merupakan stimulus yang secara langsung dapat mempengaruhi suatu individu untuk berperilaku menuju mekanisme koping yang adaptif. Dalam penelitian ini stimulus fokal adalah adanya stigma negatif dari masyarakat atau lingkungan sekitar dan penolakan keluarga terhadap ODHA yang dapat mempengaruhi seorang individu dalam menghadapi stimulus yang masuk untuk menuju respon mekanisme koping yang positif.

Roy menjelaskan bahwa respon yang menyebabkan penurunan integritas tubuh akan menimbulkan suatu kebutuhan dan menyebabkan individu tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus merespon untuk membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan ini.<sup>5</sup>

Stimulus kontekstual merupakan stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor presipitasi) seperti keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini, misalnya penurunan daya tahan tubuh, lingkungan yang tidak sehat dan isolasi sosial. Banyak ODHA yang ketika mereka mengalami gangguan psikis dari luar dan menyebabkan terganggunya psikis atau beban pikiran sehingga mengakibatkan sistem imun ODHA yang rentan akan terjadi penurunan sehingga akan mempengaruhi CD4 pada ODHA.

Stimulus residual adalah karakteristik atau riwayat seseorang dan timbul secara relevan sesuai dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif. Stimulus residual merupakan sikap, keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat, atau disebut dengan Faktor Predisposisi, sehingga terjadi kondisi Fokal, misalnya : Persepsi pasien tentang penyakit, gaya hidup, dan fungsi peran. (Wilkins n.d., 2006)

Hal ini menunjukkan bahwa ODHA yang mendapatkan stimulus fokal akan mempengaruhi mekanisme koping kearah yang negatif, karena masih banyak ODHA yang mendapatkan stigma dari masyarakat dan juga penolakan dari keluarga, sehingga ODHA sering merasa hidupnya tidak berguna lagi

merasa gagal dalam hidup dan berakibat ke mekanisme koping yang negatif.

Koping yang efektif atau mekanisme koping yang positif menepati tempat yang sentral terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis dan social (Nursalam dan Ninuk 2013).

Dalam penelitian ini stimulus residual pada ODHA adalah sejauh mana persepsi ODHA serta keyakinan terhadap penyakit HIV/AIDS. Sebagian ODHA yang mempunyai persepsi bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang telah membuat hidup ODHA tidak ada gunanya lagi. Sehingga dengan adanya persepsi ODHA yang membuat hidupnya tidak berguna lagi akan mempengaruhi dampak dari mekanisme koping, namun sebagian ODHA juga tidak mau memikirkan hal tersebut mereka sudah mengetahui cara pengobatan tentang HIV/AIDS dan akan tetap meneruskan hidupnya walaupun sebagai ODHA. Mereka percaya bahwa ARV adalah terapi yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Persepsi adalah pengamatan tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan proses menginterpretasikan rangsangan (input) dengan penerimaan informasi, dengan kata lain persepsi dapat juga didefinisikan sebagai segala sesuatu yang dialami manusia (Jalaludin Rakhmat 2007).

Faktor stimulus kontekstual merupakan faktor yang paling dominan, dengan nilai *Uji Wald* stimulus kontekstual adalah 8.244 dan nilai signifikan *p-value*  $0.004 < 0.05$ . Stimulus kontekstual dalam penelitian ini adalah adanya stimulus lain yang merangsang seseorang baik internal maupun eksternal serta mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon mekanisme yang negatif (Roy, Sr 2009).

Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal, yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dari perilaku seseorang dan kelompok untuk menuju ke mekanisme koping yang adaptif. Yang mempengaruhi suatu stimulus kontekstual adalah adanya perubahan eksternal yaitu adanya gangguan fisik, kimiawi, psikologis. Sedangkan adanya perubahan internal yaitu

adanya gangguan proses mental (pengalaman, emosional dan kepribadian) dan proses stressor biologis (sel maupun molekuler) (Nursalam, & Kurniawati 2008).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *Regresi Logistik* kesalahan  $\alpha < 0,05$  didapatkan hasil signifikan nilai  $P = 0.018 < 0.05$  untuk stimulus fokal, stimulus kontekstual  $P = 0.004 < 0.05$  yang berarti ada hubungan dengan Mekanisme Koping pada ODHA dan stimulus residual  $p = 0.111 > (0.05)$  yang berarti tidak ada hubungan dengan mekanisme koping pada ODHA, faktor yang paling dominan adalah faktor stimulus kontekstual dengan nilai Uji Wald stimulus kontekstual adalah 8.244 dengan nilai signifikan  $p\text{-value } 0.004 < 0.05$ .

### **Saran**

Bagi responden Diharapkan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) lebih memiliki sikap percaya diri dalam melakukan aktifitas sehari-hari, dan juga ODHA bisa bertanya

ketenaga kesehatan jika terjadi masalah fisik maupun psikis.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Jalaludin Rakhmat, 2007. *Persepsi Dalam Proses Belajar Mengajar*, Jakarta: rajawali pers.
- Nursalam dan Ninuk, 2013. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, & Kurniawati, N., 2008. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS.*, Jakarta: Salemba Medika.
- Roy, Sr, C., 2009. *The Roy adaptation model (3rd ed.)*. upper saddle River, NJ : Person. Tomey and Alligood M.R. 2006. *Nursing theoriest, utilization and application*, Mosby: Elsevier.
- Wilkins, K.W.&, Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Yayasan Spiritia, 2006. *Lembaran Informasi tentang HIV dan AIDS untuk Orang Yang Hidup Dengan HIV dan AIDS (ODHA).*, Jakarta: Yayasan spiritia.
- Zein, U., 2006. *seputar HIV/AIDS yang Perlu Anda Ketahui*, medan: USU Press.

# ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOSOSIAL PADA IBU NIFAS DALAM MENGHADAPI ASI BELUM KELUAR PADA 0-3 HARI PASCASALIN

## *(Psychosocial Nursing Care for Mother who can't Produce Breast Milk on 0-3<sup>rd</sup> days of Postpartum Period)*

Sherly Jeniawaty\*, Sri Utami\*, Queen Khoirun Nisa' Mairo\*

\*Poltekkes Kemenkes Surabaya

Email: sherlyjenyawaty@gmail.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Faktor utama pembentuk harapan adalah pengalaman masa lalu. Asuhan keperawatan yang akrab akan meningkatkan tercapainya harapan yang realistis. Pengalaman terdahulu memunculkan pengetahuan yang lebih rinci tentang layanan dan mempromosikan harapan tentang perawatan untuk periode post partum dan menyusui. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman dan harapan asuhan keperawatan psikososial bagi ibu pada periode postpartum untuk menangani ASI belum keluar di 0-3 hari setelah melahirkan di Puskesmas Tanah Kali kedinding Surabaya. **Metode:** Penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan hermeneutic-fenomenologis. Subyek penelitian adalah wanita dengan periode postpartum lebih dari 3 hari sampai 2 minggu setelah melahirkan. Sampel dipilih dengan teknik purposive sampling. Data diolah menggunakan analisis collaizi. **Hasil:** Hasil dikelompokkan menjadi pengalaman merasa "keluhan fisik dan psikologis" ketika susu belum keluar, dan harapan pada perawatan psikososial untuk mengatasi ASI belum keluar. **Diskusi:** Selanjutnya, disimpulkan bahwa keperawatan psikososial perawatan yang diberikan ketika susu belum keluar, bisa menjadi pengalaman ibu dalam rangka mencapai keberlanjutan keberhasilan menyusui.

**Kata kunci:** ASI, pengalaman, harapan, asuhan keperawatan psikososial

### ABSTRACT

**Introduction:** The first factor as forming expectations was past experience. Familiarity with nursing care services would increase the likelihood of a realist expectations. Previous experience gave rise to more detailed knowledge about the services and promoting expectations about nursing care for post partum and breastfeeding period. This study aimed to explore the experiences and expectations of psychosocial nursing care for mothers in the postpartum period in order to deal with breast milk has not come out in 0-3 days postnatal in Public Health Center of Tanah Kali Kedinding Surabaya. **Method:** This qualitative study used hermeneutic-phenomenological approach. Subjects were women with postpartum period was more of 3 days to 2 weeks after delivery. Samples were selected by purposive sampling technique. Data was processed using analysis of collaizi. **Results:** Results are grouped into the experience felt "physical and psychological complaints" when the milk has not come out, and expectation on psychosocial nursing care in order to deal with breast milk has not come out. **Discussion:** Furthermore, it was concluded that psychosocial nursing care given when the milk has not come out, can become mother's experiences in order to achieve sustainability of successful breastfeeding.

**Keywords:** breast milk, experience, expectation, psychosocial nursing care

### PENDAHULUAN

MDGs yang memiliki target untuk mencapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat anggota deklarasi telah berakhir pada akhir 2015. Setelah itu, Indonesia harus melanjutkan perjuangan pembangunan dengan misi SDGs atau *Sustainable Development Goals* (tujuan pembangunan berkelanjutan) tahun 2016-2030 yang salah satu target lanjutan dari MDGs yaitu meningkatkan tingkat pemberian ASI eksklusif dalam 6 bulan pertama sampai setidaknya 50%.

Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemenkes 2015 menunjukkan cakupan ASI Eksklusif baru sebesar 54,3 persen dari target 80 persen, sedangkan Riskesdas 2013 prosentase menyusui pada bayi 0 bulan adalah menyusui

eksklusif (39,8%), menyusui predominan (5,1 %) dan menyusui parsial (55,1%). SDKI tahun 2012 menunjukkan cakupan ASI di Indonesia mengalami peningkatan menjadi 42% dari 32% dari data SDKI 2007. Akan tetapi, perlu diketahui bahwa cakupan presentase ini masih dibawah 50% sebagaimana target cakupan yang ditentukan oleh WHO. Saat ini angka kelahiran di Indonesia yang mencapai 4,7 juta per tahun, sehingga bisa diambil kesimpulan bayi yang menerima ASI tidak mencapai separuhnya (R. 2015)

Menurunnya angka pemberian ASI dapat disebabkan oleh berbagai hal, baik yang berasal dari faktor ibu, bayi, maupun lingkungan. Faktor yang berhubungan dengan ibu menjadi salah satu bagian penting dalam

menurunnya tingkat pemberian ASI bagi bayinya. Faktor yang dapat mempengaruhi ibu untuk tidak memberikan ASI kepada bayinya antara lain produksi ASI yang kurang, pemahaman ibu yang kurang tentang tata laksana laktasi yang benar, ibu ingin menyusui kembali setelah bayi diberi formula (relaktasi), bayi terlanjur mendapatkan prelakteal feeding (pemberian air gula/dekstroza, susu formula pada hari-hari pertama kelahiran), masalah pada ibu (puting lecet, puting luka, payudara bengkak, mastitis dan abses), ibu hamil lagi padahal masih menyusui, ibu bekerja, tingkat pendidikan dan adanya kelainan pada bayi (bayi sakit, abnormalitas bayi), serta faktor psikologis ibu.

Di Indonesia banyak terjadi kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif karena kekeliruan dalam praktek pemberian ASI dalam 3 hari pertama kelahiran bayi. Tiga hari pertama kelahiran bayi merupakan masa yang sangat penting dalam keberhasilan pemberian ASI, karena pada saat ini menentukan apakah pemberian ASI eksklusif akan berhasil atau tidak, demikian juga untuk keberhasilan menyusui selanjutnya.

Penelitian ini dilakukan wilayah kerja Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya karena termasuk Puskesmas PONE (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) yang angka persalinannya lebih tinggi diantara 8 puskesmas PONE lainnya (Tanjungsari, Simomulyo, Balongsari, Sememi, Medokan Ayu, Banyu Urip, Jagir) dan Puskesmas Tanah Kali Kedinding untuk cakupan ASI masih dibawah target propinsi Jawa Timur sebesar 75% dan target nasional sebesar 80% yaitu 54,95%.

Bidan memegang peranan kunci terkait pemberian asuhan fisik maupun psikis masa nifas yang mendukung peningkatan kondisi ibu kearah yang lebih positif, ibu yang berada pada kondisi kesulitan menyusui 0-3 hari pascasalin memerlukan seseorang yang dapat memberinya pemahaman tentang proses yang sedang dialaminya dan membantunya untuk tetap berada kondisi yang lebih stabil yang artinya ibu tetap memberikan ASI secara eksklusif (Moody et al. 2006).

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan

hermeneutika-fenomenologi. Subjek penelitian adalah ibu nifas yang masa nifasnya lebih dari 3 hari dan maksimal 2 minggu setelah persalinan. Sampel dipilih dengan purposive sampling. Pengumpulan data untuk penelitian ini dilakukan melalui suatu wawancara mendalam antara peneliti dan sumber informasi, karena sumber data utama dalam penelitian dengan pendekatan fenomenologi berasal dari percakapan mendalam antara peneliti dan informan (Polit & Hungler 2001). Analisis data menggunakan langkah analisa Collaizi dan triangulasi.

## HASIL

Analisis tema dilakukan pada semua data transkrip yang dikumpulkan dari wawancara mendalam terhadap informan. Berdasarkan analisis tersebut didapatkan 11 kelompok tema, yaitu (1) pengalaman merasakan keluhan fisik saat ASI belum keluar, (2) keluhan psikologis saat ASI belum keluar, (3) Upaya mengatasi saat ASI belum keluar, (4) respon keluarga saat ASI belum keluar, (5) pengalaman memperoleh asuhan kebidanan fisik saat ASI belum keluar, (6) pengalaman dan persepsi memperoleh asuhan kebidanan psikososial saat ASI belum keluar dan (7) harapan terhadap asuhan kebidanan psikososial saat ASI belum keluar.

Pengalaman informan dalam menghadapi ASI belum keluar, beberapa ibu merasakan keluhan fisik berupa nyeri pada payudara dan ada yang merasakan kosong pada payudara artinya tidak merasakan sakit pada payudara. Seperti pernyataan informan berikut ini:

*“.....hari pertama merasa nyerinya tidak seberapa hanya kemeng tapi ASI belum keluar juga, setelah hari kedua bertambah sakit tapi tetap belum keluar, setelah hari ketiga sudah keluar tetapi sedikit....”*(P1)

Keluhan nyeri pada payudara ini sekitar hari ketiga atau keempat sesudah ibu melahirkan, payudara sering terasa lebih penuh, tegang, serta nyeri. Keadaan seperti itu disebut *engorgement* (payudara bengkak), yang disebabkan oleh adanya statis di vena dan pembuluh darah bening. Ini merupakan tanda bahwa ASI mulai banyak disekresi. Jika dalam keadaan tersebut ibu menghindari menyusui karena alasan nyeri, lalu memberi *prelacteal feeding* (makanan tambahan) pada bayi,

keadaan tersebut justru berlanjut. Payudara akan bertambah bengkak atau penuh, karena sekresi ASI terus berlangsung, sementara bayi tidak disusukan, sehingga tidak terjadi perangsangan pada puting susu yang mengakibatkan refleksi oksitosin tidak terjadi dan ASI tidak dikeluarkan, hal ini akan mengakibatkan ASI tidak keluar.

Ada beberapa informan yang tidak merasakan keluhan pada payudaranya dan merasakan kalau payudaranya kosong setelah melahirkan. Berikut pernyataan informan bila ditanya apa yang dikeluhkan secara fisik saat ASI belum keluar oleh peneliti :

*"..... saya tidak merasakan susu saya sakit, ngrangsemi atau menteng-menteng, biasa saja, kosong rasanya, ASI saya ndak keluar sama sekali..."(P8)*

Namun setelah hari kedua dan ketiga ibu sudah mulai merasakan kalau nyeri pada sekitar payudara, pernyataan informan tersebut sebagai berikut:

*".....hari pertama sampai kedua tidak sakit pas hari ketiga baru ngrangsemi dan keluar ASI sedikit..."(P3)*

Walau ASI sudah berproduksi sejak hamil 20 minggu, namun tidak keluar dari payudara, atau hanya keluar setetes-setetes yang ditemui saat hamil semakin besar adalah karena adanya hormone kehamilan yang menahannya, dan hormone kehamilan ini berpusat pada ari-ari. Dimana saat ibu melahirkan, dan ari-ari ibu lepas dari rahim, lalu kadar hormone kehamilan yang turun, maka ASI dapat keluar dari payudara Ibu. Namun terdapat jeda sampai 3 hari atau 72 jam pasca bersalin, karena sisa hormon kehamilan yang masih tersisa di pembuluh darah ibu dan akan semakin hilang dalam jangka waktu 3 hari pasca bersalin, selain keluhan nyeri payudara ada juga informan yang mengeluh lecet dan nyeri di sekitar puting, pernyataan informan tersebut adalah sebagai berikut :

*".....walah ngrangsemi bu, tapi belum keluar, menteng-menteng rasane sakit bu trus putingnya lecet malah nyeri rasanya tapi belum keluar susune malah yang keluar darah, perih nek disenggol bu....."(P2)*

Keadaan lecet pada puting dapat disebabkan oleh tekhnik menyusui yang kurang benar serta perawatan payudara yang menggunakan sabun, lotion, cream, alkohol yang dapat mengiritasi puting susu serta tali lidah (*frenulum linguae*) bayi pendek, sehingga

menyebabkan bayi sulit mengisap sampai areola dan isapan hanya pada putingnya saja.

Keluarnya ASI umumnya keluar setelah hari ketiga, namun ada beberapa informan yang mengalami bahwa ASI nya baru keluar sekitar hari ke lima:

*"...ASI saya ndak keluar sama sekali sampai hari ke lima, keluar sedikit tapi ndak keluar lagi sampai sekarang, sedih, bersalah, kecewa, rasane ndak bisa jadi ibu, padahal saya ingin menyusui karena saya tidak bekerja, sedih rasanya bu, tapi yah gimana lagi..."(P11).*

Ibu memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam memberikan ASI akan tetapi pada dasarnya ibu memiliki kemampuan yang cukup untuk pasokan ASI. Beberapa ibu yang baru melahirkan terkadang baru dapat memberikan ASI pada hari ketiga atau keempat setelah melahirkan. Meskipun demikian umumnya kondisi keterlambatan ASI hanya dialami oleh ibu dikelahiran bayi pertama.

Nyeri payudara dan perasaan ASI kosong menjadi keluhan pada ibu saat ASI belum keluar, beberapa juga mengeluh nyeri pada puting susunya sedangkan keluhan kelelahan fisik menjadi keluhan utama yang dialami oleh semua ibu menyusui pada saat mengalami ASI belum keluar. Pernyataan tersebut sebagai berikut :

*".... setelah melahirkan kondisi saya gemetar, ndredek semua badan saya, rasane lemes bu, persalinannya dipacu jadi rasane kesel, ASI saya belum keluar jadi ya ndak disusoni setelah nglahirkan...."(P4)*

## PEMBAHASAN

### Pengalaman merasakan keluhan fisik saat ASI belum keluar

Hasil wawancara didapatkan beberapa ibu mengeluhkan kalau payudaranya terasa nyeri dan beberapa merasakan tidak nyeri, sedangkan untuk kelelahan, semua ibu yang mengeluh ASI nya belum keluar merasakan kalau dirinya merasa kelelahan setelah melewati persalinan, ibu merasakan kalau dalam proses persalinannya berjalan lama, sehingga menguras tenaganya.

Secara umum faktor fisik kesehatan ibu menyusui dapat menyebabkan ASI belum keluar secara langsung setelah proses persalinan. Faktor fisik kesehatan ibu menyusui yang dirasakan ibu saat ASI beum keluar antara lain

:kelelahan fisik, ibu merasakan lelah, capek setelah mengalami proses persalinan dari mulai proses kala 1 sampai dengan kala 2, kontraksi yang dialami dan dirasakan ibu tergantung dari koping ibu. Ibu yang mengalami proses persalinan yang panjang, lelah, nyeri, akan mempengaruhi refleksi oksitosin yang akhirnya menekan pengeluaran ASI. Proses persalinan yang panjang akan menyebabkan kelelahan fisik pada ibu, yang akan mempengaruhi pelepasan oksitosin dari neurohipofise sehingga terjadi *blocking* pada reflek *let down* (T et al. 1994).

Nyeri pada daerah payudara, perasaan nyeri yang hebat dapat menyebabkan timbulnya masalah yaitu ASI tidak keluar, dan akan keluar bila dilakukan perawatan payudara serta penghisapan yang adekuat. Keadaan nyeri payudara bila tidak segera ditangani akan menimbulkan masalah baru yaitu pengeluaran yang tidak lancar akibat sumbatan ASI yang tidak dihisap bayinya, adakalanya bayi setelah lahir tidak mau menghisap dan masih tidak sadar, hal ini akibat efek pembiusan dan adanya kesulitan saat kelahiran. Bayi baru lahir yang mengalami stres saat kehamilan dan persalinan bisa menjadi sangat lemah dan mengantuk untuk menghisap secara efektif pada susu, bahkan jika kapasitas laktasional dari ibu cukup, maka akan menimbulkan gangguan laktogenesis apabila pengeluaran tidak adekuat (Guyton & Hall 1996).

Pada payudara yang tidak ada rasa nyeri dan terasa kosong, ibu akan mendapatkan pengeluaran ASI nya belum keluar lebih lama ada yang empat hari baru keluar, ada yang lima hari baru keluar, dan ibu yang merasakan nyeri pada payudara setelah melahirkan akan mendapati ASI nya keluar hari berikutnya, artinya bila ibu merasa *ngrangsemi* atau merasakan nyeri pada payudaranya akan mendapatkan lebih cepat air susunya keluar lebih awal.

### **Pengalaman merasakan keluhan psikis saat ASI belum keluar**

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Dewey (2001) dari ibu yang mengalami stres saat kehamilan dan persalinan mengalami masalah ASI belum keluar saat masa nifas atau pascasalin. Kadar hormon estrogen dan progesteron menurun segera setelah plasenta lahir, dua hormon yang bertanggung jawab dalam proses laktasi

adalah hormon prolaktin dan oksitosin. Bila ibu dalam kondisi stress, kebingungan, pikiran kacau takut maupun cemas akan mempengaruhi pelepasan oksitosin dari neurohipofise sehingga terjadi bloking pada reflek let down. Kondisi emosional distress yang dialami seorang ibu akan mempengaruhi pelepasan hormon adrenalin (epineprin) yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah alveoli, sehingga oksitosin tidak dapat mencapai mioepitelium (T et al. 1994).

Kondisi psikis bisa terganggu karena setelah melahirkan ibu memerlukan adaptasi pada peran baru dan tanggung jawab menjadi seorang ibu. Dari kebiasaan ibu yang dapat tidur dengan nyenyak di malam hari, harus sering terbangun oleh tangisan bayi yang haus ataupun mengompol. Keesokan harinya ibu harus menjalani aktifitas sebagai ibu rumah tangga, hal tersebut akan bertambah parah apabila tidak adanya dukungan keluarga untuk membantu merawat bayi dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Perasaan bersalah juga akan timbul ketika ibu merasa tidak bisa memberi ASI pada bayinya. Oleh karena itu, diharapkan ibu mampu beradaptasi dengan baik agar ibu bisa menjalani tanggung jawab barunya, tanpa ada perasaan tertekan ataupun bersalah.

*Taking in*, periode ini terjadi 1–2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah: kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

*Taking hold*, periode ini berlangsung pada hari 2–4 post partum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawabnya terhadap bayi. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian

penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

*Letting go*, periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga, Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi, Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

#### **Upaya mengatasi keluhan saat ASI belum keluar**

Upaya mengatasi ASI belum keluar sesuai dengan pengalaman informan, terdiri dari beberapa macam yaitu dengan tindakan fisik, tindakan psikis dan tindakan spiritual.

Tindakan fisik yang dilakukan informan yaitu dengan minum obat pelancar ASI, perawatan payudara, pemberian nutrisi berupa makanan misalnya makan kacang tanah dan spriet, makan sayur luntas atau sayur sayuran dan pijat pada tubuh untuk menghilangkan kelelahan fisik. Menurut (J 2015) mengatakan bahwa konsumsi sayuran beberapa makanan terbukti memperbanyak ASI. Yang umum digunakan adalah pepaya, daun katuk, buah pare, wortel, bayam, bawang putih dan kacang-kacangan adalah beberapa contoh makanan yang baik untuk ibu menyusui. Cukupi kebutuhan gizi ibu dan sebisa mungkin hindari penggunaan suplemen atau obat-obatan sebagai cara memperbanyak ASI. Hal ini sejalan dengan pernyataan (Varney et al. 2008) yang mengatakan banyak budaya memiliki *galaktogogue* (zat yang dianggap dapat meningkatkan suplai susu). Tidak terdapat bukti bahwa konsumsi minuman herbal atau makanan tertentu akan meningkatkan suplai susu, bahkan jamu-jamu tertentu dapat membahayakan. Herbal dan obat pelancar ASI harus digunakan sama halnya dengan medikasi lain dan harus diresepkan hanya oleh orang-orang yang telah

menjalani pelatihan khusus dalam penggunaan dan pemberian dosis yang tepat. Untuk perawatan payudara mulai dari pemijatan dan melakukan senam payudara saat hamil dan pascamelahirkan, hal ini dapat membantu meningkatkan produksi ASI saat ibu menyusui.

Tindakan psikis yang dilakukan berupa memberi motivasi, dukungan pada ibu saat mengalami masalah ASI belum keluar, dukungan tersebut berupa nasehat dan tindakan untuk membantu perawatan sebagai seorang ibu dengan membantu menyiapkan makanan pendamping ASI yaitu adanya tuntutan untuk segera menyusui yang membuat ibu tertekan. Suasana hati yang nyaman dan gembira sangat mempengaruhi produksi ASI. Sebaliknya hati yang stress (misalnya baru beradaptasi dengan si bayi ketika baru pertama punya anak, tuntutan yang tinggi untuk segera dapat menyusui atau stress karena pekerjaan) dapat menghambat produksi ASI (J 2015).

Tindakan spiritual merupakan pengalaman informan terakhir, hal ini berupa perasaan pasrah atas segala sesuatu yang terjadi yaitu dengan selalu memanjatkan doa agar proses perawatan yaitu pemberian ASI berjalan lancar.

#### **Respon keluarga saat ASI belum keluar**

Respon keluarga saat ASI ibu belum keluar, yaitu dengan memberi dukungan emosional, dan memberi bantuan fisik, namun juga ada beberapa informan mengatakan bahwa keluarga merasa bingung dan cemas.

Dukungan emosional dapat diperoleh dari keluarga terutama suami. Tidak akan ada artinya motivasi yang kuat dari dalam diri si ibu untuk memberikan yang terbaik untuk buah hati yaitu ASI, jika suami atau ayah si bayi beserta seluruh keluarga (orang tua/mertua, saudara) tidak memberi dukungan (Moody et al. 2006).

Memberi bantuan fisik pada ibu juga merupakan respon keluarga saat mengalami masalah ASI. Disini sebetulnya peran besar ayah. Jika Ayah mendukung maka ASI akan lancar atau sebaliknya. Mendukung bisa dengan berbagai cara mulai dari menyemangati istri hingga hal-hal lain seperti menyendawakan bayi setelah menyusui, menggendong bayi untuk disusukan ke ibunya serta membantu menyiapkan perawatan yang diperlukan ibu (J 2015).

Bingung dan cemas juga merupakan respon yang dialami beberapa informan keluarga, hal ini merupakan termasuk respon negatif yang muncul saat ASI ibu belum keluar. Tuntutan yang tinggi dari keluarga untuk segera menyusui akan membuat suasana hati tidak nyaman dan tidak rileks, minimalisir perasaan stress, bantu ibu untuk rileks dan mengajak ibu untuk melakukan atau mengerjakan hal-hal yang menyenangkan perasaan ibu, mengajak memikirkan hal-hal yang gembira (J 2015).

### **Pengalaman memperoleh asuhan keperawatan fisik saat ASI belum keluar**

Pengalaman memperoleh asuhan kebidanan fisik saat ASI belum keluar yaitu semua informan mengungkapkan adanya asuhan kebidanan yang diberikan bidan dengan menasehati untuk memberikan ASI tanpa jadwal *on demand*, dan beberapa informan mengingat bahwa dirinya pernah diberikan nasehat untuk melakukan perawatan payudara serta pentingnya nutrisi dan asupan cairan.

Menyusui 2-3 jam, adalah cara terbaik memperbanyak ASI, bayi yang baru lahir membutuhkan susu setiap 2-3 jam, tanpa peduli siang atau malam hari. Produksi ASI pada tubuh wanita mengikuti prinsip supply dandemand, artinya tubuh memproduksi ASI sesuai dengan kebutuhan bayi. Jadi bila ibu rutin menyusui setiap 2-3 jam sampai bayi kenyang, payudara akan mengirim perintah ke otak untuk memproduksi ASI sebanyak kebutuhan tersebut. Produksi ASI akan bertambah dalam waktu 3-7 hari sesuai instruksi tersebut. Bila ibu tidak konsisten dan jarang menyusui, produksi ASI pun tidak akan terjadi atau berkurang. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin yang jumlahnya ditentukan oleh seberapa banyak dan sering ASI dikeluarkan dari payudara ibu, baik dengan menyusui atau pemerah ASI. Sehingga apabila ASI jarang dikeluarkan dengan sendirinya ASI akan menurun atau berhenti. Memompa ASI bisa menjadi salah satu cara untuk memperbanyak produksi ASI (Varney et al. 2008).

Semua informan memang mengatakan diberi nasehat untuk sering menyusui oleh bidan, namun hal ini diakui oleh informan bahwa untuk menyusui bayinya, ibu kasihan untuk membangunkan bayinya dan merasa nyaman kalau anaknya tidur dulu, karena

dirinya merasa lelah karena setelah melalui proses persalinan, dan ibu mengakui kalau untuk menyusui bayinya menunggu bayinya bangun sendiri.

Perawatan payudara merupakan salah satu asuhan kebidanan yang menurut beberapa informan yang dianjurkan oleh ibu saat mengalami ASI belum keluar. Perawatan payudara seperti melakukan pemijatan dan senam payudara serta kompres air hangat dan dingin, berfungsi untuk menjaga bentuk payudara dan merangsang serta meningkatkan produksi ASI (Dr. Widodo J, 2015). Rangsangan otot-otot payudara diperlukan untuk memperbanyak air susu ibu dengan mengaktifasi kelenjar-kelenjarnya. Otot-otot payudara terdiri dari otot-otot polos. Dengan adanya rangsangan, otot-otot akan berkontraksi lebih dan kontraksi ini diperlukan dalam laktasi. Rangsangan pada payudara dapat dilakukan dengan masase atau mengurut atau menyiram payudara dengan air hangat dan dingin secara bergantian (B.R 1997). Namun pengalaman beberapa informan untuk caranya sering informan mengatakan kalau tidak tau caranya, dan jarang melakukannya.

Nutrisi dan asupan cairan sangat penting diperhatikan untuk ibu menyusui. Pengalaman beberapa ibu saat ASI belum keluar, asuhan kebidanan yang diberikan bidan yaitu dengan menganjurkan ibu untuk tidak terek makanan dan minuman kecuali kalau ibu alergi terhadap makanan tertentu sebaiknya dihindari. Makanan diperlukan oleh ibu dalam jumlah lebih banyak dari hamil sampai dengan menyusui, jadi ibu dianjurkan untuk tidak diet (Walsh 2001). Diet yang tidak sehat sehingga menyebabkan dehidrasi dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas ASI. Pastikan untuk selalu memenuhi kebutuhan nutrisi saat menyusui dan konsumsi air putih 8 gelas sehari. Namun hal ini diakui informan kalau porsi untuk makanan tidak mengalami jumlah peningkatan sampai dua kali lipat.

### **Pengalaman dan persepsi memperoleh asuhan keperawatan psikososial saat ASI belum keluar**

Pengalaman memperoleh asuhan kebidanan psikososial saat ASI belum keluar yaitu sebagian besar informan mengungkapkan adanya asuhan kebidanan yang diberikan bidan dengan melaksanakan IMD setelah bayi lahir saat persalinan, rawat gabung, memberikan



suport, mengizinkan suami serta keluarga untuk menemani, menciptakan suasana tenang dan nyaman, kemudian mengikutsertakan keluarga dalam perawatan ibu dan bayi.

Menempatkan bayi di payudara ibu segera setelah lahir atau Inisiasi Menyusui Dini, hal ini dapat membantu pengeluaran plasenta secara alami, begitu plasenta keluar, hormon pembuat susu akan berproduksi yaitu prolaktin. Hormon ini memicu payudara untuk memproduksi susu dan juga memiliki efek menenangkan dan merilekskan ibu. Ada bukti bahwa bayi yang segera menyusui setelah lahir mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar untuk tetap menyusui di akhir minggu kedua dibandingkan bayi yang menyusui lebih lambat (White, A, Freeth, S, O'Brien, M, 1992)

Mendukung *roming in* atau rawat gabung akan membantu memberikan suasana yang menyenangkan, tenang dan nyaman akan membantu saat-saat berduaan dan terciptanya hubungan psikologis antara ibu dan bayi. Ibu sebaiknya dijauhkan dari ketidaknyamanan psikologis seperti emosi, panik, kecemasan dan kekhawatiran berlebihan. Ibu yang mengalami gangguan psikologis ini, sebaiknya berusaha dengan motivasi dan dorongan dari dirinya sendiri untuk mengatasi masalah-masalah psikologis yang timbul. Ibu memerlukan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak yang menolong ibu agar dapat melewati masa sulit yang dihadapinya, salah satunya adalah oleh petugas kesehatan (Vivian, 2011).

Memberikan suport, mengizinkan suami serta keluarga untuk menemani, menciptakan suasana tenang dan nyaman, kemudian mengikutsertakan keluarga dalam perawatan ibu dan bayi. Peran bidan sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan di dalam membantu seorang ibu untuk menyusui dengan nyaman dan menentukan keberhasilan menyusui selanjutnya secara eksklusif. Wanita yang baru melahirkan atau pascasalin membutuhkan banyak dukungan emosional dan praktikal, pada hari-hari pertama di rumah bersalin maupun di rumah, dukungan ini tidak hanya bisa dari bidan sebagai petugas kesehatan tetapi juga didapat dari pasangan, keluarga atau teman. (Jane Moody, 2006)

Petugas kesehatan dalam memberikan dukungan kepada ibu menyusui, memiliki peran dalam penyuluhan dan memberikan dorongan kepada ibu dengan cara menyampaikan informasi tentang keberhasilan pemberian ASI

eksklusif, khususnya pengaruh sosial yang tidak mendukung pemberian ASI seperti adanya larangan pemberian kolostrum. Petugas kesehatan memberikan pengetahuan tentang manfaat pemberian ASI, serta keuntungan bagi bayi dan ibu. Keluarga dilibatkan untuk memberi dukungan kepada ibu, menciptakan suasana yang menyenangkan dan memberikan semangat yang besar bagi ibu untuk memberikan ASI. Keluarga harus menjauhkan permasalahan dari dalam hati ibu, menjaga emosi, kecemasan dan kepanikan yang berlebihan demi kelancaran dan keberhasilan pemberian ASI (Vivian 2011).

### **Harapan Asuhan Keperawatan saat Menghadapi ASI belum keluar**

Harapan asuhan keperawatan psikososial saat ASI belum keluar yaitu sebagian besar informan mengungkapkan ingin diberikan adanya asuhan keperawatan psikososial yang tidak memaksa dan disesuaikan dengan keadaan dirinya artinya diberikan pilihan, memberikan konseling sekaligus mempraktikkannya, dukungan dari petugas berupa kata-kata yang meyakinkan sehingga dapat membangun kepercayaan diri dalam menyusui bayinya, menginginkan sosok petugas yang mampu menenangkan dirinya sehingga sabar untuk tidak tergesa-gesa memberi formula tanpa ada indikasi, mendapatka pelayanan dari petugas yang ahlinya atau kompeten yang sudah berpengalaman, petugas cepat tanggap untuk segera memberikan solusi penyelesaian, jangan sampai ibu dan keluarga mengambil alternatif sendiri yang seharusnya tidak diperbolehkan diberikan pada bayinya.

Asuhan Keperawatan yang diberikan 0-3 hari pascasalin akan menentukan keberhasilan menyusui dan menjadikan sebuah pengalaman serta harapan untuk menyusui selanjutnya. Pengalaman pertama menyusui dapat menimbulkan perasaan yang sangat kuat, pengalaman yang sensual dan memuaskan, unik bagi setiap wanita dan bagi beberapa wanita, pengalamannya tidak bisa diungkapkan dengan kata-kata (J 2015).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Asuhan keperawatan psikososial harus selalu dipegang oleh petugas kesehatan dalam rangka keberhasilan menyusui secara eksklusif

### Saran

Pembentukan Kelompok Pendukung ASI (KP-ASI) perlu disosialisasikan dalam rangka peningkatan cakupan ASI di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya. Bagi ibu menyusui, menumbuhkan keyakinan kuat atau kepercayaan dirinya bahwa mampu untuk menyusui dan sabar dalam menghadapi masalah ASI belum keluar, memberi pengertian bahwa ASI belum keluar 0-3 hari pascalin adalah hal yang fisiologis, serta jangan tergesa-gesa untuk mengambil keputusan untuk memberi formula bila kondisi bayi normal.

### KEPUSTAKAAN

- B.R, S., 1997. *Mayes Midwifery*, London: Bailirre Tindall.
- Guyton & Hall, 1996. *Fisiologi Kedokteran*, Jakarta: EGC.
- J, W., 2015. Permasalahan Pemberian ASI. Available at: [www.asilaktasi.com](http://www.asilaktasi.com).
- Moody, J., Jane, B. & Karen, H., 2006. *Menyusui Cara Mudah, Praktis & Nyaman*, Jakarta: Arcan.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P., 2001. *Nursing research: Principles and methods* 6th ed., Philadelphia: Lippincott.
- R., W., 2015. Cakupan ASI 42 Persen, Ibu Menyusui Butuh Dukungan. *Kompas*.
- T, U. et al., 1994. *Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release*. University of Tokushima Japan.
- Varney, H., Kriebs & Carolyn, 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan* 4th ed., Jakarta: EGC.
- Vivian, 2011. *Asuhan Kebidanan pada ibu nifas*, Jakarta: Salemba Medika.
- Walsh, L. V., 2001. *Midwifery*, New York: Saunders Company.

# EFEK ZAT AKTIF EKSTRAK DAUN JAMBU BIJI MERAH (*PSIDIUM GUAJAVA.L*) TERHADAP SPERMATOGENESIS PADA TIKUS PUTIH JANTAN (*RATTUS NORVEGICUS*)

(Effects of Red Guajava Leaf Extract (*Psidium Guajava. L*) Active Substance on FSH Level and Spermatogenesis in Male White Rats (*Rattus Norvegicus*))

Ervi Husni, Sukesni

Poltekkes Kemenkes Surabaya, Jl. Pucang Jajar Tengah no. 56 Surabaya, 60282

Email: ervie.dh@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Jumlah penduduk Indonesia sensus tahun 2010 sebanyak 237,6 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 1,49 % per tahun. Target RPJPMN 2010-2014 sebesar 1,14 %, laju pertumbuhan penduduk saat ini 0,53 % masih lebih tinggi. Pengendalian penduduk diperlukan antara lain dengan pemakaian kontrasepsi pada wanita maupun pria. Keterlibatan pria dalam KB masih rendah hanya 6,26 %. Tujuan penelitian untuk membuktikan zat aktif daun jambu biji merah dapat menurunkan kadar FSH dan spermatogenesis pada tikus putih jantan (*Rattus norvegicus*). **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan rancangan *Post test only control group design*. Besar sampel menggunakan rumus Federer dengan jumlah sampel 30 ekor tikus putih, terbagi tiga kelompok yaitu Kelompok 1 (K1) kelompok kontrol diberikan larutan CMC 0,5 % 1 ml/ hari, Kelompok Perlakuan 1 (P1) diberikan ekstrak daun jambu biji merah dosis 40 mg/ml/hari dan kelompok Perlakuan 2 (P2) diberikan ekstrak daun jambu biji merah dosis 80 mg/ml/hari dan diberikan selama 30 hari. Variabel penelitian jumlah sel spermatogenik ( Spermatogonium, Spermatisit primer dan Spermatid). Data dianalisis menggunakan uji ANOVA. **Hasil:** Hasil analisis data dengan uji ANOVA jumlah sel spermatogonium nilai  $p > 0,801$  ( $p < 0,05$ ): tidak ada perbedaan signifikan diantara ketiga kelompok, uji LSD tidak dilakukan. Hasil uji ANOVA untuk jumlah sel spermatisit primer didapatkan nilai  $p > 0,102$  ( $p < 0,05$ ), berarti tidak ada perbedaan signifikan diantara ketiga kelompok, uji LSD tidak dilakukan. Hasil uji ANOVA untuk jumlah sel spermatid nilai  $p > 0,001$  ( $p < 0,05$ ) berarti terdapat perbedaan signifikan diantara ketiga kelompok. Hasil uji LSD kontrol dengan P1 ( $p > 0,036$ ): berbeda, Kontrol dengan P2 ( $p < 0,000$ ): berbeda, P1 dengan P2 ( $p < 0,033$ ): berbeda. **Diskusi:** Kesimpulan penelitian ini adalah pemberian ekstrak daun jambu biji merah tidak menurunkan jumlah sel spermatogonium dan sel spermatisit primer tetapi menurunkan jumlah spermatid pada tikus putih jantan.

**Kata kunci:** Ekstrak daun jambu biji merah (*Psidium guajava.L*, sel spermatogenik (spermatogonium, spermatisit primer dan spermatid).

## ABSTRACT

**Introduction:** The census in 2010 showed that the population of Indonesia was as many as 237.6 million with a population growth rate of 1.49% per year. RPJPMN target in 2010-2014 was 1.14%, so the current population growth rate, which is 0.53%, is still high. It is necessary to control population growth. One method to control population is the use of contraception by using contraceptive both in males and females. Male involvement in family planning remains low, only 6.26%. The purpose of this study was to prove that the active substance of red guava leaves can reduce spermatogenesis in male rats (*Rattus norvegicus*). **Methods:** This was an experimental study using post-test only control group design. Sample size from Federer's formula obtained 30 white rats. Samples were divided into three groups: Group 1 (K1), the control group, was given with 0.5% CMC Na solution of 1 ml/day. Treatment group 1 (P1) was given red guajava leaf extract in a dose of 40 mg/ml/day, and the treatment group 2 (P2) was given with red guajava leaf extract in a dose of 80 mg/ml/day for 30 days. The variables in this study were spermatogenic cell count. Data were analyzed using ANOVA test. **Result:** Results of ANOVA data analysis, number of spermatogonial cells had  $p$  value 0.801 ( $p < 0.05$ ), it means there was no significant difference among the three groups, LSD test was not conducted. ANOVA test results for a number of primary spermatocytes cells showed  $p$  value 0.102 ( $p < 0.05$ ), there were no significant differences among the three groups, LSD test was not conducted. ANOVA test results for a number of spermatid cells  $p$  value of 0.001 ( $p < 0.05$ ) means that there were significant differences among the three groups. LSD test results with P1 control ( $p > 0.036$ ): different, with P2 controls ( $p < 0.000$ ): different, P1 to P2 ( $p < 0.033$ ): different. **Discussion:** The conclusion of this study was that the administration of guajava leaf extract does not reduce spermatogonium and spermatisit primer but reduce spermatid count in male rats.

**Key words:** red guava (*Psidium guajava. L*) leaf extract, spermatogenic cells

## PENDAHULUAN

Pengendalian jumlah penduduk yang telah dilaksanakan oleh pemerintah antara lain melalui pengendalian angka kelahiran berupa program Keluarga Berencana (Moeloe 1994). Usaha yang telah dilaksanakan dalam program KB adalah penyediaan sarana kontrasepsi. Kontrasepsi

prinsipnya mencegah terjadinya peleburan antara sel sperma pria dengan sel telur wanita. Saat ini lebih banyak ditujukan pada kaum wanita, pada pria masih terbatas, sehingga perkembangan kontrasepsi pria jauh tertinggal (Prajogo. B 2003). Sensus penduduk tahun 2000, penduduk Indonesia 205,8 juta jiwa. Laju pertumbuhan

penduduk periode 2000-2010 sekitar 1,45 % per tahun. Penduduk Indonesia hasil sensus tahun 2010 menjadi 237,6 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 1,49 % per tahun. Dibandingkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 sebesar 1,14 %, maka laju pertumbuhan penduduk saat ini 0,53 % masih lebih tinggi (BKKBN, 2014). Jumlah penduduk yang tinggi tidak diikuti peningkatan kualitas hidup, terlihat dari belum terpenuhinya hak warga negara seperti kecukupan pangan, kualitas pendidikan yang bermutu, lingkungan, dan gaya hidup sehat, serta keamanan fisik dan sosial. Diperlukan pengendalian jumlah penduduk. (Shihab, 2005). Laporan hasil pelayanan kontrasepsi Oktober 2013 jumlah peserta baru menurut jenis kontrasepsi yaitu : peserta IUD 7,78 %, MOW 1,54 %, Implan 9,29 %, Suntik 48,78 %, Pil 26,34 % dan MOP 0,26 %, Kondom 6,00 % . Keikutsertaan pria dalam program KB masih sangat rendah yaitu hanya sebesar 6,26 % (BKKBN, 2014).

Proses spermatogenesis dikendalikan oleh poros hipotalamus hipofisis dan testis. *Gonadotropin releasing hormon* (GnRH) dilepaskan oleh hipotalamus sampai pada sasaran hipofise anterior. GnRH merangsang kelenjar hipofisa mengeluarkan hormon gonadotropin FSH dan LH yang akan mempengaruhi testis untuk berfungsi. FSH menstimulasi pertumbuhan sel-sel germinatif dari tubulus seminiferus dan mendorong terjadinya proses spermatogenesis secara sempurna. LH menstimulasi aktivitas dan pertumbuhan sel Leydig dalam jaringan interstitial untuk menghasilkan hormon testosteron. Spermatogenesis dikendalikan oleh interaksi hormon FSH, LH dan testosteron, gangguan interaksi ini dapat menyebabkan proses spermatogenesis terganggu (Speroff L & Fritz 2005; Ganong. WF 2003). Hilangnya hormon gonadotropin akan mempunyai dampak pada berhentinya proses spermatogenesis, atrofi testis dan tunas testis menjadi lunak (Harjopranto. S 1995).

Penggunaan kontrasepsi asal tanaman perlu diperhatikan sifat merusak atau pengaruhnya terhadap sistem reproduksi baik pada pria maupun wanita. Sebaiknya digunakan tanaman yang sifatnya sementara (reversibel), bila tidak digunakan lagi sistem reproduksi kembali normal sehingga tidak terjadi kemandulan dan diharapkan dapat menurunkan fertilitas 100 % (Winarno, dalam Susetyarini. Rr. E 2009). Bahan obat-obatan dari tanaman mempunyai

keuntungan antara lain toksisitasnya rendah, mudah diperoleh, murah harganya dan kurang menimbulkan efek samping (Arsyad, 1986). Tanaman yang diharapkan dapat menjadi antifertilitas adalah daun jambu biji merah (*Psidium guajava L*). Daun jambu biji merah mengandung zat aktif seperti alkaloid, flavonoid, tanin, minyak atsiri, avicularin, oleanolic acid dan beta-sitosterol yang diduga bersifat antifertilitas. Alkaloid dapat mempengaruhi sekresi hormon reproduksi yang diperlukan untuk berlangsungnya proses spermatogenesis, minyak atsiri bekerja tidak pada proses spermatogenesis tetapi pada transportasi sperma, tanin dapat menggumpalkan sperma sehingga menurunkan motilitas dan daya hidup sperma (Wien dan Dian, 2007). Alkaloid yang bekerja menekan sekresi FSH dan LH sehingga akan mengganggu proses spermatogenesis dan akibatnya juga akan berpengaruh terhadap kualitas dan kuantitas spermatozoa (Toelihere dalam Hartini 2011). Menurut Indriani (2006) ekstrak etanol daun jambu biji mengandung senyawa tanin dan steroid yang tinggi serta sedikit senyawa hidrokuinon, flavonoid dan saponin. Variabel yang diukur adalah kadar FSH dan jumlah sel spermatogenik (spermatogonium, spermatosit primer dan spermatid)

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen, dengan rancangan penelitian *Post test only control group design*. Subjek penelitian terdiri dari tiga kelompok yang dipilih secara acak dan telah diadaptasikan. Masing-masing kelompok sebanyak 10 ekor dan dibagi dalam tiga kelompok. Satu kelompok sebagai kontrol hanya mendapatkan CMC Na 0,5 % saja per oral. Sedangkan dua kelompok lainnya mendapat perlakuan 1 dan perlakuan 2 diberikan suspensi ekstrak daun jambu biji merah dengan dosis 40 mg/ml/hari dan 80 mg/ml/hari selama 30 hari. Penelitian ini menggunakan tikus putih jantan (*Rattus norvegicus*) strain wistar di fakultas kedokteran hewan Unair, karena secara etik tidak memberikan perlakuan secara langsung kepada manusia. Uji kelayakan etik (*Ethical clearance*) dilaksanakan sebelum penelitian eksperimental laboratoris yang sesungguhnya Fakultas Kedokteran Hewan Universitas Airlangga.

Bahan yang digunakan untuk penelitian ini adalah tumbuhan daun jambu biji merah diperoleh dari Balai Penelitian Tanaman Obat dan Herbal Departemen Pertanian jalan Tentara

Pelajar no 3 Bogor Jawa Barat. Kemudian daun jambu biji merah dibuat simplisia (serbuk) lalu di ekstraksi. Dari 2 kg daun jambu biji merah didapatkan 1300 g serbuk kering daun jambu biji. Minuman yang diberikan adalah air PDAM *ad libitum* dan makanan yang diberikan adalah makanan tikus putih pada umumnya.

Alat untuk perlakuan yaitu botol kecil, sonde, gelas ukur, corong gelas kecil. Alat untuk pengambilan preparat histologi testis yaitu alat bedah, cawan petri. Alat untuk menghitung sel spermatogonium, spermatosit primer dan spermatid yaitu mikroskop cahaya, counter pipet, gelas objek cekung dan *stop watch*. Alat untuk ekstraksi yaitu shaker, tabung Erlenmeyer, rotary evaporator, penghitungan menggunakan hemositometer

Tahap Persiapan meliputi:

1. Tikus putih jantan dewasa yang memenuhi kriteria baik umur maupun berat badan disiapkan sebanyak 30 ekor.
2. Melakukan adaptasi lingkungan selama 1 minggu untuk penyesuaian terhadap lingkungan dengan memberi makan dan minum tikus seperti biasa.
3. Pengelompokan tikus yaitu satu kelompok kontrol dan 2 dua kelompok perlakuan yang masing- masing kelompok sebanyak 10 ekor.
4. Tikus ditempatkan dalam kandang yang terbuat dari bahan plastik tertutup kawat sebanyak 10 buah dilengkapi tempat makan dan botol minuman. Kandang berukuran 40 x 50 cm, sekam sebagai alas kandang di bersihkan setiap dua hari. Lingkungan kandang tikus putih dengan suhu kandang dibiarkan dalam kisaran alamiah (27 – 27,5°C). Cahaya ruangan 12 jam terang dan 12 jam gelap. Timbangan sartorius untuk menimbang berat badan tikus putih. Makan adalah makanan tikus biasa (pelet) dan air minum PDAM disuplai setiap hari.
5. Pembuatan suspensi CMC Na 0,5 %. Ditimbang 0,5 gram serbuk CMC Na 0,5 %, air panas sebanyak 40 ml ditaburkan di mortal, dibiarkan terendam dan mengembang beberapa menit. Kemudian ditambahkan air mineral sampai volume 100 ml dan dikocok kemudian dipindahkan ke gelas.
6. Membuat suspensi ekstrak daun jambu biji merah. Daun jambu biji diiris-iris lalu dikeringkan, setelah kering lalu ditumbuk

halus menjadi serbuk. Tiap 2 kg daun jambu biji (basah) dapat menghasilkan 500 g serbuk. Serbuk daun jambu biji sebanyak 500 gram dimaserasi dalam pelarut etanol sebanyak 1 liter sehari semalam (diulang 3 kali). Filtrat diuapkan dalam *rotary evaporator* pada suhu 40°C sampai terbentuk ekstrak etanol. Evaporasi dihentikan jika sudah terbentuk uap lagi. Maserasi diulang hingga filtrat jernih seperti etanol. Ekstrak cair yang diperoleh lalu dipekatkan dengan rotavapor. Kemudian dilakukan skrining fitokimia yang bertujuan untuk mengetahui golongan senyawa yang terkandung dalam suatu bahan tanaman.. Suspensi ekstrak daun jambu biji merah dibuat untuk kebutuhan 1 minggu dan pembuatan dlebihkan untuk mengantisipasi bila ada suspensi yang tumpah saat pengambilan. Cara pembuatan suspensi dosis 40 mg / ml/ hari yaitu :  $40 \text{ mg} \times 7 \text{ hari} \times 15 = 4200 \text{ mg}$  ( 4,2 g ), kemudian di campurkan dengan 105 ml CMC Na 0,5 %. Cara penghitungan yang sama juga dilakukan untuk pembuatan suspensi dosis 80 mg/ ml/hari.

Tahap Pelaksanaan:

1. Memberikan perlakuan dengan cara memberikan larutan CMC 0,5 % 1 ml/hari pada kelompok kontrol dan memberikan ekstrak daun jambu biji merah dosis 40 mg/ml/hari pada kelompok perlakuan 1 serta 80 mg/ml/hari pada kelompok perlakuan 2 setiap hari pada jam 12.00 wib setiap hari selama 30 hari.
2. Setelah hari ke 30 tikus disiapkan untuk pengambilan sampel jumlah sel spermatogenik. Dilakukan setelah perlakuan terhadap hewan coba berakhir. Tikus dikorbankan dengan menggunakan eter, setelah mati kemudian Testisnya di ambil untuk pembuatan histologi testis. Epididimis yang diambil adalah bagian kauda dan diletakkan di cawan petri yang berisi larutan saline/PBS 1 ml, kemudian dipotong-potong halus hingga terbentuk suspensi.
3. Untuk pemeriksaan sel spermatogeniknya organ testis dimasukkan kedalam larutan buoin, kemudian dibuat sediaan histologi dengan pewarnaan hematoksilin eosin. Pengamatan dilakukan dilakukan dengan mikroskop cahaya dengan pembesaran 400 kali, sampel diambil sebanyak lima lapangan pandang dan diambil rata-rata jumlah sel permatogenik.

Data yang diperoleh adalah nilai rerata dari jumlah sel spermatogenik meliputi spermatogonium, spermatisit primer dan spermatid tiap kelompok. Data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel. Distribusi data normal atau tidak dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov Z dan untuk mengetahui varian homogen atau tidak dilakukan uji homogenitas varian. Hasil uji homogenitas varian apabila varian homogen dilanjutkan dengan uji Anova satu arah pada taraf signifikansi  $p < 0,05$  dan untuk mengetahui bermakna atau tidaknya beda antar pasangan perlakuan dilakukan uji LSD (*Least Significantly Difference*) (BNT = Beda Nyata Terkecil) (Steel dan Torrie, 1991).

## HASIL PENELITIAN

### Jumlah Sel Spermatogenik

#### *Jumlah spermatogonium*

Jumlah spermatogonium adalah jumlah yang dihitung dengan menggunakan mikroskop *Nikon Eclipse Ci* dengan pembesaran 400 kali pada preparat histologi testis dari sayatan tubulus seminiferus dengan pewarnaan *Hematoksilin Eosin* yang dilakukan pada lima lapang pandang dan dinyatakan dalam bentuk jumlah sel (sel per lapang pandang).

Hasil perhitungan jumlah rerata spermatogonium pada tikus putih jantan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok P 1 dan kelompok P2. Hasil Uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* pada kelompok kontrol menunjukkan nilai  $p = 0,710$ , kelompok P 1 nilai  $p = 0,989$  dan pada kelompok P 2 nilai  $p = 0,859$  ( $p > 0,05$ ), berarti ketiga data berdistribusi normal. Dilanjutkan uji statistik dengan menggunakan uji Anova satu arah, didapatkan nilai  $p = 0,801$  ( $p <$

$0,05$ ), berarti tidak ada perbedaan yang signifikan diantara ketiga kelompok. Nilai *significant of level nya*  $> 0,05$ , maka disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada ketiga kelompok, untuk itu uji LSD (*least square difference*) tidak bisa dilakukan. Jumlah spermatogonium tikus putih jantan pada ketiga perlakuan secara statistik dianggap tidak berbeda signifikan (Tabel 1).

#### *Jumlah spermatisit primer*

Jumlah spermatisit primer adalah jumlah yang dihitung dengan menggunakan mikroskop *Nikon Eclipse Ci* dengan pembesaran 400 kali pada preparat histologi testis dari sayatan tubulus seminiferus dengan pewarnaan *Hematoksilin Eosin* yang dilakukan pada lima lapang pandang dan dinyatakan dalam bentuk jumlah sel (sel per lapang pandang).

Hasil perhitungan jumlah rerata spermatisit primer pada tikus putih jantan didapatkan penurunan antara kontrol dengan kelompok P 1 dan kelompok P2. Hasil Uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* pada kelompok kontrol menunjukkan nilai  $p = 0,124$ , kelompok perlakuan 1 nilai  $p = 0,799$  dan pada kelompok Perlakuan 2 nilai  $p = 0,937$  ( $p > 0,05$ ) yang berarti bahwa ketiga data tersebut berdistribusi normal. Kemudian dilanjutkan dengan uji statistik dengan menggunakan uji Anova satu arah, didapatkan nilai  $p = 0,102$  ( $p < 0,05$ ). Tidak ada perbedaan yang signifikan diantara ketiga kelompok. Nilai *significant of level nya*  $> 0,05$  maka disimpulkan tidak ada perbedaan pada ketiga kelompok perlakuan, uji LSD (*least square difference*) tidak bisa dilakukan. Jumlah spermatisit primer tikus putih jantan pada ketiga perlakuan secara statistik terbukti tidak berbeda signifikan (Tabel 2).

Tabel 1 Rata-rata ( $\bar{x}$ ) dan simpangan baku (SD) jumlah spermatogonium pada tikus putih jantan

Kelompok	Replikasi	$\bar{a} \pm SD$
K (kontrol)	10	57,780 $\pm$ 5,46 <sup>a</sup>
P1 (40 mg/ml/hari)	10	58,400 $\pm$ 11,64 <sup>a</sup>
P2 (80 mg/ml/hari)	10	55,580 $\pm$ 6,69 <sup>a</sup>

p: 0.801

Keterangan : superskrip huruf yang sama menunjukkan tidak berbeda nyata

Tabel 2 Rata-rata ( $\bar{x}$ ) dan simpangan baku (SD) jumlah spermatisit primer pada tikus putih jantan

Kelompok	Replikasi	$\bar{a} \pm SD$
K (kontrol)	10	81,570 $\pm$ 8,86 <sup>a</sup>
P1 (40 mg/ml/hari)	10	70,710 $\pm$ 10,63 <sup>a</sup>
P2 (80 mg/ml/hari)	10	56,850 $\pm$ 10,60 <sup>a</sup>

p: 0.102

Keterangan : superskrip huruf yang sama menunjukkan tidak berbeda nyata

Tabel 3 Rata-rata ( $\bar{x}$ ) dan simpangan baku (SD) jumlah spermatid pada tikus putih jantan

Kelompok	Replikasi	$\bar{x} \pm SD$
K (kontrol)	10	149,540 $\pm$ 31,46 <sup>a</sup>
P1 (40 mg/ml/hari)	10	120,830 $\pm$ 17,39 <sup>b</sup>
P2 (80 mg/ml/hari)	10	91,600 $\pm$ 35,12 <sup>c</sup>

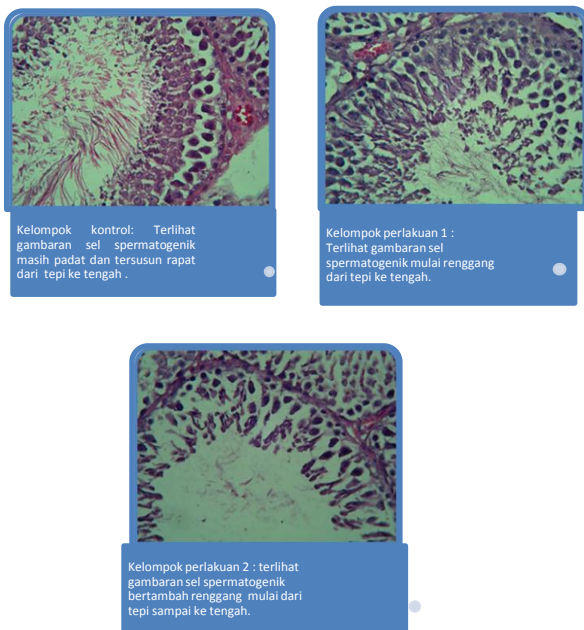
$p$  : 0.001

Keterangan : superskrip huruf yang berbeda menunjukkan berbeda nyata.

### Jumlah spermatid

Jumlah spermatid adalah sel yang dihitung dengan menggunakan mikroskop *Nikon Eclipse Ci* dengan pembesaran 400 kali pada preparat histologi testis dari sayatan tubulus seminiferus dengan pewarnaan *Hematoxilin Eosin* yang dilakukan pada lima lapang pandang dan dinyatakan dalam bentuk jumlah sel (sel per lapang pandang).

Hasil perhitungan jumlah rerata spermatid pada tikus putih jantan didapatkan penurunan antara kontrol dengan kelompok perlakuan 1 dan perlakuan 2. Hasil Uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* pada kelompok kontrol menunjukkan nilai  $p$  0,888 kelompok perlakuan 1 nilai  $p$  0,890 dan pada kelompok Perlakuan 2 nilai  $p$  0,620 ( $p > 0,05$ ) yang berarti bahwa ketiga data tersebut berdistribusi normal. Kemudian dilanjutkan dengan uji statistik dengan menggunakan uji Anova satu arah, didapatkan nilai  $p$  0,001 ( $p < 0,05$ ). Ada perbedaan yang signifikan diantara ketiga kelompok. Untuk mengetahui kelompok mana yang berbeda maka dilanjutkan dengan uji *Least Significant Difference (LSD)*.



Gambar 1 Histologi testis sampel

## PEMBAHASAN

### Jumlah Sel Spermatogenik

Hasil perhitungan jumlah rerata spermatogonium pada tikus putih jantan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan 1 dan perlakuan 2. Dari hasil uji Anova satu arah, didapatkan nilai  $p = 0,140$  ( $p < 0,05$ ). Berarti tidak ada perbedaan yang signifikan diantara ketiga kelompok.

Tabel 2 menunjukkan hasil perhitungan jumlah rerata spermatosit primer pada tikus putih jantan didapatkan penurunan antara kontrol dengan kelompok perlakuan 1 dan perlakuan 2. Dari hasil uji Anova satu arah, didapatkan nilai  $p$  0,102 ( $p < 0,05$ ). Berarti tidak ada perbedaan yang signifikan diantara ketiga kelompok.

Jumlah spermatogonium dan spermatosit primer tikus putih jantan pada ketiga perlakuan secara statistik dianggap tidak berbeda signifikan. Artinya ekstrak daun jambu biji merah dengan dosis 40 mg/ml/hari dan 80 mg/ml/hari selama 30 hari belum memberikan efek terhadap penurunan jumlah spermatogonium dan spermatosit primer pada tikus putih jantan.

Pada tabel 3 menunjukkan hasil perhitungan jumlah rerata spermatid pada tikus putih jantan didapatkan penurunan pada kelompok perlakuan 1 dan perlakuan 2 dibanding kelompok kontrol. Hasil uji Anova satu arah, didapatkan nilai  $p$  0,001 ( $p < 0,05$ ). Berarti ada perbedaan yang signifikan diantara ketiga kelompok. Hasil uji LSD menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok P 1 dengan nilai  $p$  0,036 sedangkan kelompok kontrol dengan P 2 juga terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai  $p$  0,000. Untuk kelompok P1 dengan P2 juga terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai  $p$  0,033.

Hasil gambaran histologi testis pada kelompok kontrol (gambar 1) terlihat potongan tubulus seminiferus testis terlihat sel-sel spermatogenik yang tersusun secara lengkap dan berurutan ke arah lumen menurut tingkat perkembangannya, sedangkan

pada kelompok perlakuan 1 dan perlakuan 2 terlihat susunan sel longgar tidak beraturan dan kerapatannya berkurang.

Sel spermatogenik tersusun secara lengkap dengan sel yang berasosiasi secara berurutan ke arah lumen menurut tingkat perkembangannya yaitu spermatogonium selapis, spermatosit primer, spermatid beberapa lapis dan lumen berisi spermatozoa (Astuti NY dan Soeradi O 2002). Sel spermatozoa yang dihasilkan di tubulus seminiferus testis oleh sel-sel yang berasal dari germinal epitelium disebut spermatogonium yang bersifat spermatogenik.

Pembentukan sel spermatogonium dalam tubulus seminiferus berturut-turut dari tepi ke arah lumen adalah yang dimulai dari spermatogonium yang sudah terbentuk semenjak sebelum pubertas. Spermatogonium akan berubah menjadi spermatosit primer, spermatosit sekunder dan kemudian berkembang menjadi spermatid. Spermatid akan melewati proses maturasi untuk berkembang menjadi sel spermatozoa (Poernomo, 2011).

Menurut Fritz (1978) perkembangan dan jumlah sel spermatogonia serta sel sertoli lebih dipengaruhi oleh regulasi hormonal. FSH berperan sejak terjadinya proliferasi spermatogonia sehingga terbentuknya spermatosit primer dan terhadap perkembangan tahap akhir spermatid menjadi spermatozoa. FSH dan androgen (testosteron) mempertahankan fungsi gametogenik testis. FSH bekerja pada sel sertoli untuk memperpanjang stadium akhir pematangan (Ganong, WF 2003). Sel endotelial dari epididimis membutuhkan androgen dalam level tinggi untuk berfungsi secara normal. Meski banyak testosteron yang disekresikan ke dalam tabung tubulus seminiferus diubah kedalam bentuk DHT oleh enzim 5 $\alpha$ -steroidreduktase, beberapa testosteron diubah ke estrogen oleh enzim aromatasase. Jumlah testosteron yang cukup banyak dibutuhkan untuk pematangan spermatid (Hafez, 2000).

Sel spermatogenik sangat peka terhadap senyawa toksik pada saat mitosis I, Meiosis I dan spermatogenesis (Arsyad dalam Astuti NY dan Soeradi O 2002). Pada penelitian ini di duga bertambahnya jumlah lapisan spermatosit primer pada perlakuan mungkin disebabkan oleh adanya gangguan pada pembelahan meiosis. Zat aktif daun jambu biji merah diduga menghambat perubahan spermatosit primer menjadi spermatid sehingga terlihat lebih banyak

sementara jumlah lapisan sel spermatid berkurang. Penurunnya jumlah spermatid dalam penelitian ini di duga dipengaruhi oleh kadar hormon testosteron yang masih rendah padahal hormon testosteron sangat diperlukan untuk pematangan spermatid. Berkurangnya jumlah lapisan sel spermatozoa pada lumen terjadi karena jumlah spermatid berkurang dan ditambah dengan adanya gangguan spermatogenesis sehingga spermatid terhambat untuk berdiferensiasi menjadi spermatozoa. Kerusakan di duga karena adanya vakuolisasi dan eksfoliasi sehingga metabolisme sel juga terganggu. Kelainan tersebut merupakan indikator adanya gangguan spermatogenesis. Dari satu spermatogonium setelah mengalami fase mitosis dan meiosis akan terbentuk dua spermatosit primer kemudian menghasilkan empat spermatid dan empat spermatozoa (Poernomo BS, Widjiati, Mafruchati, M Lugman 2011).

Penurunan jumlah spermatosit dan spermatid juga didukung oleh pernyataan Everitt and Johnson.M (1990) bahwa sel spermatogenik sangat peka terhadap pengaruh luar dan cenderung mengalami kerusakan setelah profase meiosis pertama yaitu pada saat terjadinya pindah silang antara kromosom yang homolog. Pada tahap ini, inti serta sitoplasma tumbuh menjadi sel terbesar diantara lapisan sel spermatogenik, namun jika adanya bahan oksidan dalam proses spermatogenesis maka akan berpengaruh terhadap jumlah sel spermatogenik.

Flavonoid yang dihasilkan oleh hampir sebagian besar dunia tumbuhan dapat menghambat banyak reaksi oksidasi, baik enzim maupun non enzim (Robinson, dalam Nurliani A, Rusmiati 2005). Kellis dan Vickery (1984) berpendapat bahwa Flavonoid yang disintesis hampir seluruh dunia tumbuhan dapat menghambat enzim aromatasase. Dengan dihambatnya enzim tersebut yang berfungsi mengkatalis konversi androgen menjadi estrogen, maka jumlah testosteron (Androgen) akan meningkat (Hartini 2011). Selain itu flavonoid diduga sebagai inhibitor dalam penurunan laju reaksi. Ikatan inhibitor dapat merubah daya katalisator nya, karena adanya perubahan struktur enzim ketika suatu inhibitor maupun katalisator berinteraksi dengan enzim tersebut (Boyer dalam Basha H.S , Lalithamma A, Lakshman J 2013). Hal ini dikarenakan beberapa senyawa bioaktif asal tumbuhan ketika ditambahkan ke dalam sistem reaksi enzimatik dapat berperan sebagai aktifator dan beberapa justru sebagai inhibitor. Dengan bertambahnya jumlah reaksi enzimatik di



dalam tubuh seperti enzim primer SOD (Superoksida Dismutase), maka akan menghambat sejumlah proses perkembangan sel didalam tubuh termasuk spermatogenesis.

Gaytan dan Aguilar (1987) menyatakan bahwa jumlah sel sertoli dalam testis tikus lebih dikontrol oleh hormon FSH sedangkan menurut Fritz (1978) perkembangan dan jumlah sel spermatogonia serta sel sertoli lebih dipengaruhi oleh regulasi hormonal. Apabila kadar hormon (FSH dan LH) mencukupi kebutuhan sel dan jaringan pada organ reproduksi maka testis juga akan berfungsi dengan baik. Namun untuk mengetahui mekanisme kerja secara jelas dari efek sitotoksik dan sitostatik tersebut masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Pemberian ekstrak daun jambu biji merah dosis 40 mg/ml/hari dan 80 mg/ml/hari tidak menurunkan jumlah sel spermatogonium pada tikus putih jantan. Pemberian ekstrak daun jambu biji merah 40 mg/ml/hari dan 80 mg/ml/hari tidak menurunkan jumlah spermatosit primer pada model tikus putih jantan. Pemberian ekstrak daun jambu biji merah 40 mg/ml/hari dan 80 mg/ml/hari menurunkan jumlah spermatid pada model tikus putih jantan.

### Saran.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut apakah ekstrak daun jambu biji merah berpengaruh terhadap jumlah sel sertoli dan kadar inhibin pada tikus putih jantan, Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut apakah ekstrak daun jambu biji merah berpengaruh terhadap testis (ukuran dan berat testis), Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut apakah ekstrak daun jambu biji merah berpengaruh terhadap kadar hormon FSH, LH dan Testosteron pada tikus putih jantan, Perlu penelitian lebih lanjut efek toksik ekstrak daun jambu biji merah terhadap organ reproduksi, Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan dosis yang lebih tinggi, waktu pemberian yang lebih lama dan sampel yang lebih banyak.

## KEPUSTAKAAN

- Astuti NY dan Soeradi O, 2002. Toksisitas akut dan efek pemberian ekstrak etanol kayu secang (*Caesalpinia sappan* L) terhadap struktur anatomi tubulus Seminiferus testis tikus putih. *Jurnal Bahan Alam Indonesia*, 1(1).
- Basha H.S , Lalithamma A, Lakshman J, C.C., 2013. Antifertility effect of carica papaya linn.seed extract on hormones in male albino rats. *International Journal of Biological & Pharmaceutical Research*, 4(12), pp.859–861.
- Everitt and Johnson.M, 1990. *Essensial Reproduction* 3 nd Editi., London: Blackwell Sci.Pub.
- Fritz, I.B., 1978. *Site of actions of androgen and follicle stimulating hormone on cell of the seminiferous tubule*, New York: Litwack (Ed) Academic Press.
- Ganong. WF, 2003. *Buku ajar fisiologi kedokteran* Ed. 20., Jakarta: EGC.
- Harjopranojoto. S, 1995. *Ilmu kemajiran pada ternak. surabaya*, Surabaya: Airlangga University Press.
- Hartini, 2011. *Pengaruh dekok daun jambu biji merah (*Psidium guajava*. L) terhadap jumlah , kecepatan dan morfologi spermatozoa tikus putih jantan (*Rattus norvegicus*)*. universitas andalas.
- Moeloe. N, 1994. *Sistem reproduksi jantan/pria. reproduksi dan embriologi : dari satu sel menjadi organisme*, Jakarta: FKUI.
- Nurliani A, Rusmiati, S.H., 2005. Perkembangan sel spermatogenik mencit (*Mus musculus* L) setelah pemberian ekstrak kulit kayu durian (*Durio ziberthinus murr.*). *Jurnal Berk. Penel. Hayati*, 11, pp.77–79.
- Poernomo BS, Widjiati, Mafruchati, M Lugman, E., 2011. *Buku ajar embriologi*, Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga.
- Prajogo. B, 2003. Dikembangkan kontrasepsi

hormonal pria. Available at:  
<http://www.kontrasepsi-hormonal-pria.com/kes>.

Speroff L & Fritz, M., 2005. *Clinical gynecology endocrinology and infertility*, Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.

Susetyarini. Rr. E, 2009. Efek senyawa aktif daun beluntas terhadap kadar testosteron tikus Putih (*Rattus norvegicus*) jantan. *Jurnal GAMMA*, V(1), pp.21–27.

# TINDAKAN TRADISIONAL: SIREP MEMPENGARUHI KADAR KORTISOL, IFN- $\gamma$ AND IL-10 PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN TIDUR

(Traditional Actions: SIREP Influence Cortisol, IFN- $\gamma$  and IL-10 In Elderly with Sleep Disorders)

Joni Haryanto\*, Suhartono Taat Putra\*\*

\*Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Kampus C Mulyorejo Surabaya, 60115

\*\*Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga

E-mail: joni.h.unair@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** *Sirep* merupakan salah satu tindakan tradisional orang Jawa timur Indonesia khususnya suku Tengger. *Sirep* dengan menggunakan mantra untuk memenuhi kebutuhan tidur manusia. Lansia di Indonesia adalah seseorang yang memiliki usia lebih dari 60 tahun. Lansia pada umumnya sering mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur namun efek keperawatan *sirep* sebagai immunomodulator terhadap kadar kortisol, IFN- $\gamma$  dan IL-10 masih belum diketahui. Tujuan penelitian teridentifikasi karakteristik samples, immunomodulator dan sleep hygiene lansia di Panti Lanjut Usia Tulungagung. **Metode:** Populasi sebanyak 70 lansia dengan jumlah sampel 43 lansia. Penelitian ini melibatkan 23 lansia sebagai kelompok yang diberikan intervensi keperawatan *sirep* selama 6 bulan (usia rata-rata,  $69,6 \pm 5,2$  tahun) dan 20 kontrol ( $65,8 \pm 5,4$  tahun). Kebutuhan tidur dengan tidur dapat diobservasi dengan mengevaluasi tingkat kortisol, IFN- $\gamma$  and IL-10. Biologi molekuler dari sampel ditentukan dengan menggunakan analisis ELISA. Data statistik dianalisis menggunakan anova dan t-test. **Hasil:** Setelah intervensi selama 6 bulan, terdapat perubahan yang signifikan kortisol dalam serum ( $p=0,0001$ ) dan uji beda intervensi dengan kontrol juga significant ( $p=0,0013$ ). Perubahan kadar IFN- $\gamma$  dalam serum significant ( $p=0,0003$ ) dan uji beda intervensi dengan kontrol juga significant ( $p=0,0164$ ), sedangkan perubahan kadar IL-10 dalam serum significant ( $p=0,0003$ ) dan uji beda intervensi dengan kontrol no significant ( $p=0,1143$ ). **Diskusi:** Hasil penelitian ini sesuai hipotesis bahwa keperawatan *sirep* dapat meningkatkan modulator imun pada lansia. Namun, modulator imun menunjukkan sedikit perbaikan dalam kelompok intervensi keperawatan *sirep*, hal ini menunjukkan bahwa diperlukan intervensi yang lebih lama lagi dan lebih sering.

**Kata Kunci:** *Sirep*, Kebutuhan tidur lansia, tingkat kortisol, tingkat IFN- $\gamma$ , tingkat IL-10

## ABSTRACT

**Introduction:** *Sirep*, is one of the traditional intervention of people in East Java Indonesia, especially Tengger tribe using spells to meet the needs of human sleep. Elderly in Indonesia is someone who has more than 60 years of age. Elderly in general often experience sleep disturbances fulfillment, But the effects of nursing *Sirep* as an immunomodulator to the levels of cortisol, IFN- $\gamma$  and IL-10 is still unknown in nursing perspective. **Method:** The population of this study were 70 elderly with the number of respondents were 43 elderly. They were divided into two groups for 23 elderly with 6-month *sirep* intervention (mean age,  $69.6 \pm 5.2$  years) as an experiment group and 20 elderly as control group ( $65.8 \pm 5.4$  years). The need of sleep is implemented to Evaluate the sample of immune modulation, cortisol levels, IFN- $\gamma$  and IL-10. The molecular biology of the samples was determined using ELISA analysis. The statistical analysis of the data used Determine ANOVA and t-test. **Results:** After the 6-month intervention, there is significant changes in serum cortisol levels ( $p = 0.0001$ ) and a different test with a control intervention was also significant ( $p = 0.0013$ ). Significant changes in serum levels of IFN- $\gamma$  is ( $p = 0.0003$ ) and a different test with a control intervention is also significant ( $p = 0.0164$ ), while the change in the levels of IL-10 in serum is significant ( $p = 0.0003$ ) and test different intervention with no significant control ( $p = 0.1143$ ). **Discussion:** This study supports the hypothesis that *sirep* can improve immune modulator in elderly. However, immune modulator showed a slight improvement in the nursing intervention of *sirep* group, suggesting that a longer or more frequent sessions of intervention might have an effect.

**Key Word:** *Sirep*, Elderly Sleep needs, Cortisol level, IFN- $\gamma$  level, IL-10 level

## INTRODUCTION

World Health Organization (WHO, 2005) reports that elderly population is estimated at 9,11% of the total world population. Elderly in Indonesia amounted to 11.34% of the population. In East Java, the number of elderly at about 11,40%, where is the second highest number after Yogyakarta which is at about 13.04%. (United Nation 2004; Avidan A 2005). In addition, the number population of

East Java is greater than Yogyakarta. Elderly population majority stays in Folk Home Elderly (Rahayu 2002; Huang WF 2005)

Elderly generally have a sleep less than 5 hours per day and the prevalence of sleep disorder is about 30-40% in the elderly aged 60-69 years (Hashimoto R, Meguro K, Lee E, Kasai M, Ishii H 2006; Lumbantobing 2004; Hister A 2006).

Folk Home Elderly In Tulungagung, East Java Indonesia has 70 elderly aged over

60 years, whom 43 elderly suffered from sleep disorder. Sleep disorder in elderly is associated with the severity of the disease in elderly.

The purpose of this research was to identify characteristics of the samples, immunomodulator, and sleep hygiene Folk Home Elderly elderly in Tulungagung. *The survey from Duke University Center for Demographic Studies* (1998) reports that the number of sleeps elderly disturbed at around 90.4% (Prijosaksono 2002). Philip et al (1999) reports that 85% elderly suffered from failure of nighttime sleep (Warwicker, P. , Goodship, T. H., & Goodship 1997). Elderly frequently experience insomnia, sleep rhythm disorders, namely shortening phase *rapid eyes movement sleep* (REM), also accompanied by elongation phase of *non-rapid eyes movement sleep* (N - REM) (Risch, N., & Merikangas 1996; Hayflick L 2004).

Sleep disturbance affects the human circadian cycle. Sleep disorder also causes the decrease of immunity. Lymphocyte T is the conductor of the immune system, T lymphocytes proliferates and differentiates into cytotoxic T lymphocytes (Tc), lymphocytes T helper (Th), lymphocytes T regulatory (Tr) and lymphocyte T suppressor (Ts). The process of autoimmune diseases in Elderly and degenerative diseases is a common example. The quality and quantity of sleep in elderly is bad. So that, elderly easily overcome the state of multiple diseases (Kirkwood 2005; Wei YH 1998; Wei YH 2002)

Immunity is affected by the human leukocyte antigen (HLA). Changes in sleep patterns associated with mutations of genes. A person with the sleep disorder narcolepsy with cataplexy are HLA DQB1 \*0602 allele. Human leukocyte antigen is a gene associated with foreign materials as antigens of the body, which consists of three loci that are HLA class 1 consisting of A, B and C, HLA class 2 consisting of DR, DQ and DP, whereas HLA class 3 for cytokines and complement (Kirkwood 2005; Wei YH 1998; Wei YH 2002)

The significance of HLA DQB \*0602 allele is a gene associated antigen recognition by T lymphocytes in the locus 1 and 2 on the allele \* 0602 is a type of genes of people with the sleep disorder narcolepsy with cataplexy (Kirkwood 2005; Wei YH 2002)

Cortisol is a stress hormone, and increases when the elderly has sleep disorder which can

suppress the body's immunity, namely IFN- $\gamma$  and IL-10. As a result, the elderly experience *multiple diseases*. (Davis 1995; Fogel J 2003)

## MATERIAL AND METHOD

A Quasy Experimental design was used in this study to compare pre-post test intervention in the treatment group: *sirep* intervention (for cortisol level, IFN-gRa and IL-10 in serum) and control groups in Folk Home Elderly in Tulungagung East Java Indonesia. The population in this study was respondents with sleep disorder in the Folk Home Elderly in Tulungagung East Java Indonesia. Sample of this study were taken using simple random sampling and the inclusion criteria was elderly with sleep disorder. The sample size was 43 elderly divided into an 23 respondent in intervention group and 20 respondent in a control group. Independent variable in this study was traditional intervention in East Java Indonesia: *sirep*. Dependent variable was cortisol level, IFN-gRa and IL-10 in serum. Analysis of the study used Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) which is technique indicator using enzyme with better sensitivity.

Data in this study was ratio scale, so that to measure the change in pre and post *sirep* nursing intervention and control group used ANOVA meanwhile the comparison of post intervention and control used t test or Mann-Whitney U test with a level significance  $\alpha = 0.05$ .

## RESULT

The results of this study showed that 23 sample in the traditional East Java of *sirep* Indonesia group [mean age  $\pm$  standard deviation (SD) [69.6  $\pm$  5.2 years] and 20 in the control group (65.8  $\pm$  5.4 years). There were no adverse events in either group. Table 1 shows the baseline characteristics of samples. The average rate of Traditional East Java of *Sirep* attendance was 95%. There was no significant difference in the baseline characteristics, age ( $p=0,079$ ), weight ( $p=0.075$ ), education (years) ( $p=0,077$ ), long in folk home ( $p=0.122$ ), and body mass index ( $p=0.783$ ) between the two groups. There are differences between the intervention group and control group in a significant sleep disorder ( $p =0.001$ ).

Table 1 Baseline characteristics of the two groups

	Intervention		Control		p
	n	Mean ± SD	n	Mean ± SD	
Age (year)	23	69.6 ± 5.2	20	65.8 ± 5.4	0.079
Weight (kg)	23	50.2 ± 5.4	20	49.8 ± 6.6	0.075
Education	23	4.5 ± 9.2	20	5.1 ± 1.9	0,077
Long in Folk Home	23	12.3 ± 4.8	20	10.9 ± 3.2	0,122
Sleep disorder	23	98.02 ± 12.58	20	88.31 ± 5.46	0.001
Body mass index	23	21.0 ± 2.8	20	20.9 ± 3.0	0.783

SD = Standard deviation

Table 2 Immunomodulator in two groups at baseline and after 6 months

	Baseline				p	After 6 month				p
	Intervention		Control			Intervention		Control		
	n	Mean ± SD	n	Mean ± SD		n	Mean ± SD	n	Mean ± SD	
Cortisol	23	18.95 ± 2.13	20	18.98 ± 2.26	0.115	23	10.15 ± 1.05	20	14.85 ± 2.26	0.001
IFN- $\gamma$ R $\alpha$	23	445.36 ± 45.3	20	416.00 ± 35.3	0.082	23	499.36 ± 122.1	20	422.80 ± 121.0	0.016
IL-10	23	24.09 ± 3.44	20	25.70 ± 3.64	0.211	23	29.45 ± 5.72	20	26.00 ± 5.44	0.114

Table 3 Sleep hygiene in two groups at baseline and after 6 months

	Baseline				p	After 6 month				p
	Intervention		Control			Intervention		Control		
	n	Mean ± SD	n	Mean ± SD		n	Mean ± SD	n	Mean ± SD	
Quality	23	88.32 ± 6.16	20	86.62 ± 6.16	0.311	23	98.02 ± 12.58	20	88.31 ± 5.47	0.001
Quantity	23	55.63 ± 6.32	20	57.63 ± 6.62	0.126	23	63.59 ± 7.64	20	65.75 ± 6.42	0.691
Problem	23	12.89 ± 12.65	20	12.11 ± 11.02	0.097	23	09.19 ± 10.65	20	11.77 ± 10.35	0.003
Needs	23	25.98 ± 8.82	20	27.01 ± 7.91	0.182	23	18.88 ± 7.88	20	26.21 ± 8.76	0.003

Table 2 reports a repeated measurement method, independent t-test was immunomodulator on the samples of test did not show a significant difference between the traditional East Java of *sirep* and control groups (IL-10) and show a significant different between the traditional East Java of *sirep* and control groups after 6 moth intervention cortisol level ( $p=0,001$ ) and IFN- $\gamma$ R $\alpha$  ( $p=0.016$ ). Tables 3 shows a repeated measurement method, independent t-test was sleep hygiene in elderly on folk home elderly Tulungagung East Java Indonesia. The test shows significant different between the traditional east java of *sirep* and control groups quality sleep, sleep problems and needs of sleep.

## DISCUSSION

### Cortisol level

The initial conditions of elderly before getting traditional interventions East Java Indonesia (*Sirep*) have average levels of cortisol in serum (18.95 + 2.13), while the control group with high levels of serum cortisol (18.98 + 2.26) showed no significant difference between two groups:  $p = 0.115$ ) using independent t-test analysis. After 6

months of intervention is given every two weeks, both groups showed a significant difference, with a confidence level ( $\alpha = 0.05$ ) then ( $p = 0.001$ ). Client's condition as samples with the baseline data as in table 1 above, that among the intervention group and the control group no significant difference. Only sleep disorder variable that there is a difference between intervention and control groups, namely ( $p = 0.001$ ). Elderly frequent sleep disturbances and an increase in serum cortisol levels due to physical and psychological stress. Seniors who experience insomnia associated with high cortisol levels, IFN- $\gamma$ R $\alpha$  and IL-10 producer, namely as macrophages, NK cells and T lymphocytes.

*Sirep* can improve sleep quality and quantity of sleep. The pray of *Sirep* suggestively clients can improve the sleep disorder, so the client easily initiate sleep and serum cortisol levels can balance (Yayasan Bali Galang 2002). *Sirep* an act of personal communication that is effective and able to raise the level of suggestibility, so clients get a sleep disorder and achieved strong expectation condition serum cortisol elderly clients become balance (Yayasan bali Galang 2003). Cortisol is balanced to facilitate the development of

immunity of the body, so it is possible clients achieve optimal health status. The sirep spells make the client be sure and suggests, so that the limbic system in the brain to respond to influence the pre-frontal order hypothalamus secretes corticotrophin relasing factors balanced.

Corticotropine generated capable of stimulating the pituitary to produce ACTH and cortisol-secreting adrenal medulla in balance. Conditions of cortisol in the balance is the right amount to maintain healthy body immunity quality.

### **IFN- $\gamma$ R $\alpha$ level**

Levels of cytokines IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level produced by such cell monocyte, macrophage, NK cells and T lymphocytes. Activities of cells is strongly influenced by the quality and quantity of sleep Elderly. Levels of IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level before intervention was quiet (445.36 + 45.3) and showed not significant different of IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level with control group (416.00 + 35.3) much from the levels of IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level in a statistical test independent t-test with a significance level ( $\alpha = 0.05$ ) and outcome ( $p = 0.082$ ). After 6 months of intervention sirep given once every 2 weeks between the intervention group and control group with a significant difference ( $\alpha = 0.05$ ) and the result ( $p = 0.016$ ). Sirep to improve the quality and quantity of sleep. Activities of monocyte, macrophages, NK cells and T lymphocytes can release IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level. Sleeps hygiene can facilitate the activity of IFN- $\gamma$ R $\alpha$  produced of cells such as monocyte, macrophages, NK cells and T lymphocytes. A Sirep able to create a healthy sleep to elderly clients who active IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level experience sleep disturbances, so the cells that produce IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level and increase levels of the cytokine IFN- $\gamma$ R $\alpha$  indicated the health of elderly people with the sleep disorder will improve IFN- $\gamma$ R $\alpha$ . Sirep can increase levels of IFN- $\gamma$ R $\alpha$  level

### **IL-10 level**

Cytokine IL-10 are produced by T lymphocytes, the T Halper 2 as an indicator of the activity of lymphocytes T as endurance. Clients elderly who experience sleep disturbances before give the sirep intervention had higher levels of IL-10 with a mean (24.09 + 3.44) in the intervention group and the control group (25.70 + 3.64) between the two is not significant difference, namely ( $p = 0.211$ ).

After 6 months of intervention sirep given every two weeks, then there is no difference between the two intervention groups fallen with the control group, with a significance level ( $\alpha = 0.05$ ) then ( $p = 0.114$ ). Although there are differences between the levels of IL-10 prior to the intervention by 6 months after the intervention ( $p = 0.003$ ). According to Albright (2003) someone who is experiencing chronic insomnia will mutate the gene HLA DQB allele \*0602 so that the activity of T lymphocytes decreased activity Halper 2 and IL-10 produced no maksimal (Ann Salat, D.H. 2005).

Sirep is not able to increase the activity of cells that produce cytokines IL-10 significantly, but the pray of sirep capable of improving sleep hygiene clients who experience sleep disturbances.

### **Sleep Hygiene**

Sleep hygiene is a combination of quality and quantity of sleep, compared with sleep problems and sleep needs of elderly clients. Condition sleep quality of elderly before the given intervention fallen between the intervention group and control group, both groups there was no significant difference is ( $p = 0.311$ ), sedanagkan after 6 months given intervention fallen into two groups there is a significant difference, namely ( $p = 0.001$ ).

The quantity of sleep before being given the actions fallen between the two groups, the intervention fallen to the control group no significant difference, namely ( $p = 0.126$ ), whereas after 6 months given intervention fallen once every 2 weeks is also no significant difference is ( $p = 0.691$ ),

Problems sleeping elderly, before being given fallen, both groups between the intervention group and control group was not significant difference is ( $p = 0.097$ ), whereas after 6 months of administration fallen once every 2 weeks both groups significant difference is ( $p = 0.003$ ), Sleep needs of elderly, before being given fallen, both groups between the intervention group and control group no significant difference, namely ( $p = 0.182$ ), whereas after 6 months given intervention fallen given every two weeks, there were significant differences between the intervention groups fallen with the control group ( $p = 0.003$ ).

According to Philip et al (1999) in his research 85% Elderly failure nighttime sleep.

Elderly often suffer from insomnia, sleep rhythm disorders, namely shortening phase rapid eyes movement sleep (REM), also accompanied by elongation phase of non-rapid eyes movement sleep (N-REM) (Hipolide, D.C., Suchecki, D., Pimentel De Carvalho Pinto, A., Chiconelli Faria, E., Tufik, S., Luz 2006; Cohen-Mansfield J 1997). Has fallen spells that can improve suggestions and expectations are high for the client, so easily happen personal communication with the sub conscious mind and pre-frontal be comfortable.

*Sirep* to improve the quality and quantity of sleep elderly who have sleep disorders. *Sirep* also able to reduce sleep problems and the needs of elderly sleep with the sleep disorder. *Sirep* is an activity that promotes effective communication into the pre-frontal, so that the hypothalamus secreting neurotransmitters like corticotropine relasing factors that can generate activity for secreting adenocorticotropic pituitary and adrenal glands hormone cortisol menskresi within reasonable limits.

## CONCLUSSION AND RECOMMENDATION

### Conclussion

This study supports the hypothesis that *sirep* can improve immune modulator in elderly. However, immune modulator showed a slight improvement in the nursing intervention of *sirep* group, suggesting that a longer or more frequent sessions of intervention might have an effect.

### Recommendation

The results of these studies clearly *sirep* generating modules with spells can be used to improve the quality and quantity of sleep, also decrease cortisol levels, IFN- $\gamma$ R $\alpha$  and IL-10, then we recommend to be used as a standard module and nursing care beds meet the needs of elderly clients, either level health facilities Level I, Level II Health facilities and Health facility Level III.

### Acknowledgments

This study was supported by Grants-in-Aid for Comprehensive Research on Aging and the Elderly Commissions in East Java Indonesia and Faculty of Nursing Universitas Airlangga Surabaya Indonesia.

## REFERENCE

- Ann Salat, D.H., et al, 2005. Age-related changes in prefrontal white matter measured by diffusion tensor imaging. *NY Acad Sci.*, 1064, pp.37–49.
- Avidan A, 2005. Epidemiology, Assesment and Treatment of Insomnia in the Elderly Patient.
- Cohen-Mansfield J, W.P., 1997. Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.*, 52.
- Davis, 1995. *Panduan relaksasi & reduksi stres* E. III, ed., Jakarta: EGC.
- Fogel J, 2003. Behavioral Treatments for insomnia in primary care setting.
- Hashimoto R, Meguro K, Lee E, Kasai M, Ishii H, Y.S., 2006. Effect of age and education on the trail making test and determination of normative data for Japanese elderly people: the Tajiri Project. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 60(422e8).
- Hayflick L, 2004. The not-so-close relationship between biological aging and ageassociated pathologies in humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 59.
- Hipolide, D.C., Suchecki, D., Pimentel De Carvalho Pinto, A., Chiconelli Faria, E., Tufik, S., Luz, J., 2006. Paradoxical sleep deprivation and sleep recovery: effects on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity, energy balance and body composition of rats. *J. Neuroendocrinol.*, 18, pp.231–238.
- Hister A, 2006. *Growth hormones and the effect on sleep.*, Mediresource. Inc. Toronto.
- Huang WF, L.I., 2005. Patterns of sleep-related medications prescribed to elderly outpatients with insomnia in Taiwan. *Drugs Aging.*, 22.
- Kirkwood, 2005. Understanding the odd science of aging. *Cell.*, 120(437e447).
- Lumbantobing, 2004. *Sleep Disorder*. Edisi.136 ed., Jakarta.
- Prijosaksono, A., 2002. *Mengatasi insomnia*, SURABAYA: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Airlangga.
- Rahayu, 2002. *Karakteristik Penyakit Pada Usia Lanjut. Naskah lengkap temu ilmiah nasional I dan konferensi kerja III, Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (Pergemi)*, Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Risch, N., & Merikangas, K., 1996. The future of genetic studies of complex human diseases. *AAAS-Weekly Paper Edition*, 273, pp.1516–1517.
- United Nation, 2004. *In: World Population to 2300*, New York: Beman Assoc.
- Warwicker, P. , Goodship, T. H., & Goodship, J.A., 1997. Three new polymorphisms in the human complement factor H gene and promoter region. *Immunogenetics.*, 46, pp.437–438.

- Wei YH, 1998. Oxidative stress and mitochondrial DNA mutations in human aging. *Proc Soc Exp Biol Med*, 217(53e63).
- Wei YH, L.H., 2002. Oxidative stress, mitochondrial DNA mutation, and impairment of antioxidant enzymes in aging. *Exp Biol Med (Maywood)*, 227(671e682).
- Yayasan Bali Galang, 2002. *Lontar Usada Pamugpug*, Denpasar: Fakultas Sastra. Universitas Udayana.
- Yayasan bali Galang, 2003. *Usada Kuranta Bolong*, Denpasar: Fakultas Sastra. Universitas Udayana.



# PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT KLIEN GANGGUAN JIWA PASCA PASUNG

*(Family Experience In Taking Care Of Client Mental Disorders Post Restraint)*

**Hanik Endang Nihayati, Dwi Adinda Mukhalladah, Ilya Krisnana**

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Mulyorejo Kampus C Unair Surabaya

Email: azzam\_psik@yahoo.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** *Pasca pasung sendiri* adalah orang yang sudah terbebas dari pemasungan. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa *pasca pasung*. Masalah terbesar yang timbul pada keluarga yang memiliki pengalaman merawat klien gangguan jiwa *pasca pasung* antara lain selalu mendampingi klien dalam kegiatan sehari-hari dan memastikan klien meminum obat. **Metode:** Penelitian ini menggunakan studi fenomenologi dengan 6 partisipan yang di wawancara mendalam. Partisipan adalah anggota keluarga yang merawat klien gangguan jiwa *pasca pasung* yang diperoleh melalui *purposive sampling*. **Hasil:** Setelah lepas pasung, klien gangguan jiwa juga mengalami kemajuan dibandingkan saat dipasung. Walaupun ada kemajuan, keluarga tetap mengamati perkembangan fisiknya, memberikan kegiatan kepada ODGJ, dan membawa ke pelayanan kesehatan. Selain itu, keluarga mengalami hambatan selama merawat klien gangguan jiwa *pasca pasung* dan ada juga yang tidak mengalami hambatan. Selama merawat klien, keluarga selalu berharap terjadi perubahan status kesehatan klien dan perubahan kesehatan. Keluarga juga mendukung supaya klien gangguan jiwa cepat sembuh. **Diskusi:** Pengalaman keluarga merawat klien gangguan jiwa *pasca pasung* yaitu merasa bersyukur karena setelah lepas pasung keadaan klien semakin membaik. Keluarga juga rutin memeriksakan klien ke petugas kesehatan. Selain itu, keluarga tidak akan memasung lagi klien gangguan jiwa tersebut. Keluarga membutuhkan intervensi untuk memperkuat mekanisme koping selama menghadapi berbagai masalah dalam merawat klien gangguan jiwa *pasca pasung*. Kegiatan tersebut dapat direalisasikan melalui penyediaan jasa konseling dan petugas kesehatan selalu mengontrol keluarga serta klien tersebut.

**Kata Kunci:** Pengalaman Keluarga, Gangguan jiwa, Pasung

## ABSTRACT

**Introduction:** *Post restraint* is a person who is free from restraint. This study aims to describe about family experience in taking care of client mental disorders post restraint. The biggest problem in the family who has experience taking care of client mental disorders post restraint, among others, always assisting client in their daily activities and ensuring client are already taking the drugs. **Method:** This study used phenomenology design with six partisipan using indepth interview. The participant of this study was a member family caring for client mental disorders post restraint. This study employs the *purposive sampling method*. **Result:** After his release restraint, clients of mental disorders has also increased compared to when the restraint. Despite progress, the family still observe physical development, provide activities to ODGJ, and bring to healthcare. Families experiencing barriers for taking care of client mental disorders post restraint and some are not experiencing barriers. During the care of the clients, the family hopes a change in the client's health status and health change. The family also supports so that clients with mental disorders speedy recovery. **Discussion:** Family experience in taking care of client mental disorders post restraint are grateful that after restraint off the client state is getting better. The family also regularly check the client to the health worker. In addition, families will no longer restraint clients such mental disorders. Family need an intervention for strengthen coping mechanisms for dealing with various problems in caring for clients with mental disorders after restraint. These activities can be realized through the provision of counseling services and health workers always control the family as well as the client.

**Key words:** Family Experience, Mental Disorders, Restraint

## PENDAHULUAN

Gangguan jiwa berat ini merupakan bentuk gangguan dalam fungsi alam pikiran berupa disorganisasi (kekacauan) dalam isi pikiran yang ditandai antara lain oleh gejala gangguan pemahaman (delusi, waham), gangguan persepsi, serta dijumpai daya realitas yang terganggu yang ditandai dengan perilaku aneh (Ferry & Makhfudli, 2009). Pemasungan penderita gangguan jiwa adalah tindakan masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa (biasanya yang berat) dengan cara dikurung, dirantai kakinya dimasukkan kedalam balok kayu sehingga kebebasannya

menjadi hilang. Pemasungan dilakukan oleh masyarakat disebabkan oleh beberapa alasan, yaitu masyarakat dan keluarga takut Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) akan bunuh diri dan mencederai orang lain, ketidakmampuan keluarga merawat ODGJ, dan juga karena pemerintah tidak memberikan pelayanan kesehatan jiwa dasar pada ODGJ yang berada di komunitas (Minas & Diatri, 2008).

*Pasca pasung sendiri* adalah orang yang sudah terbebas dari pemasungan. Walaupun ODGJ sudah bebas dari pemasungan, beban pada keluarga klien ODGJ belum selesai. Hasil

evaluasi dari 9 orang klien yang sudah lepas dari pemasangan, kemandirian mereka dalam perawatan diri sudah cukup optimal sehingga intervensi yang diberikan lebih berfokus kepada cara mempertahankan kepada status kemandirian tersebut (Sari, 2009).

Berdasarkan data dari *World Health Organisasi* (WHO) ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti schizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang. Prevalensi gangguan jiwa di Jawa Timur pada gangguan jiwa berat (psikosa/skizofrenia) sebanyak 0,22% dan gangguan mental emosional sebesar 6,5%. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014 menyebutkan jumlah klien gangguan jiwa di Kabupaten Jember sebanyak 17.451 orang. Kementerian Kesehatan memperkirakan jumlah ODGJ yang mengalami pemasangan di seluruh Indonesia mencapai lebih 18 ribu jiwa. Proporsi keluarga yang memiliki ODGJ psikosis dan pernah melakukan pemasangan 14,3% atau sekitar 237 keluarga dari 1.655 keluarga yang memiliki ODGJ yang dipasung dan terbanyak pada keluarga di pedesaan (18,2%) (Riskesdas, 2013). Prosentase keluarga yang memiliki ODGJ yang dipasung di Jawa Timur sebanyak 16,3% (Riskesdas, 2013). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, kasus pasung di Kabupaten Jember sampai pada tahun 2016 sebanyak 124 kasus dan pada wilayah kerja Puskesmas Rambipuji ada 10 kasus pasung yang 7 diantaranya ada di Desa Pecoro.

Beban yang ditanggung oleh keluarga yang hidup bersama penderita gangguan jiwa berat meliputi beberapa faktor, baik secara ekonomi maupun sosial. Selain itu, beban yang ditanggung keluarga berupa beban subjektif dan objektif, pengalaman stress seumur hidup, sehingga membuat coping tidak efektif (Yusuf, 2012). Kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa serta motivasi keluarga untuk melakukan perawatan yang tepat pada klien gangguan jiwa menjadikan beban keluarga semakin kompleks.

Pada awalnya, ODGJ ini dipasung selama bertahun-tahun oleh keluarga. Akhirnya, oleh perangkat desa dan pemerintah Kabupaten Jember ODGJ di lepas pasungnya. Setelah

terlepas dari pasung, Puskesmas Rambipuji memberikan pengobatan kepada klien tersebut. Upaya lain Puskesmas Rambipuji sendiri kepada klien *pasca* pasung adalah perawat selalu mengunjungi rumah klien tersebut untuk mengontrol obatnya masih tersedia atau tidak dan mengontrol klien tersebut apakah rutin meminum obat yang diberikan. Selain itu, klien *pasca* pasung sudah bisa diajak berkomunikasi, sudah mulai berani untuk keluar rumah, dan berkebon bersama keluarga.

Upaya pemerintah mengatasi masalah pemasangan dengan mencanangkan Indonesia Bebas Pasung 2014 sudah cukup baik. Hal ini dilakukan agar orang yang dipasung bisa bebas, karena kegiatan pasung adalah kegiatan yang melanggar Hak Asasi Manusia.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif, yaitu suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi, yaitu cabang dari filosofi yang menekankan pengalaman manusia sebagai objek penelitian.

Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi oleh Spradley dinamakan "*social situation*" atau situasi sosial yang terdiri atas tiga elemen yaitu: tempat (*place*), pelaku (*actors*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis. Sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai narasumber, atau partisipan, informan, teman dan guru dalam penelitian. Pengambilan sampling dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling secara *Purposive Sampling*. *Purposive Sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

Peneliti menggunakan alat bantu pengumpul data berupa alat perekam berupa video kamera atau *recorder* dan catatan lapangan. Jika partisipan tidak bersedia menggunakan video kamera, peneliti merekam wawancara menggunakan *recorder*. Pada penelitian ini peneliti melakukan wawancara di Desa Pecoro Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember. Tahap penelitian berupa wawancara akan membutuhkan waktu satu

minggu yang dimulai awal bulan Juni 2016 dan pengolahan data awal minggu ketiga bulan Juni 2016.

Peneliti melakukan analisis data dalam beberapa tahap (Hasbiansyah, 2008) yaitu: Tahap Awal, Tahap *Horizontalization*, dan Tahap *Cluster of Meaning*. Prinsip etik berdasarkan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) tahun 2004 terdiri atas tiga prinsip yaitu menghormati seseorang (*Respect for persons*), kemanfaatan (*Beneficence*), dan Keadilan (*Justice*). Ada empat kriteria untuk memperoleh keabsahan data yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*) (Guba dan Lincoln (1994) dalam Moleong, 2010).

## HASIL

Hasil menelitian ini menunjukkan bahwa 6 partisipan dalam penelitian ini semua berjenis kelamin perempuan, beraga Islam, Suku Madura dengan usia 48-80 tahun.

Dalam fikiran beberapa keluarga, jika tidak dipasung dan klien ditinggal bekerja klien gangguan jiwa akan jalan-jalan, marah-marah, dan mencelakai orang lain sehingga keluarga tidak tenang. Selama merawat klien gangguan jiwa yang dipasung, anggota keluarga saling membantu dalam merawat klien tersebut. Jika keluarga ada yang bekerja, maka anggota keluarga yang lainnya yang membantu merawat memenuhi kebutuhan klien seperti makan dan minum. Selain itu, keluarga juga menceritakan sekalipun klien tersebut dipasung, klien juga bisa menciderai dirinya sendiri. Contohnya, klien akan memukulkan kepalanya ke tembok.

Pengalaman keluarga yang lainnya dalam merawat klien gangguan jiwa saat dipasung dirasakan sebagai beban psikologis. Beban psikologis dinyatakan oleh partisipan dalam bentuk takut, khawatir, berat/sulit. Perasaan takut disini disebabkan misalnya klien akan marah-marah dan menciderai orang lain yang ada disekitarnya. Perasaan khawatir juga dirasakan partisipan karena takut klien jika jalan-jalan dan partisipan takut jika dia mendapat masalah. Perasaan berat/sulit dirasakan partisipan karena tidak bisa bekerja. Partisipan tidak bisa bekerja karena selalu memikirkan klien jika ditinggal bekerj oleh partisipan. Penelitian ini menyebutkan keluarga merasakan beban psikologis yang dinyatakan dalam bentuk takut, khawatir, berat/sulit selama merawat klien gangguan jiwa saat dipasung. Beban psikologis ini

merupakan akumulasi dari perasaan takut, khawatir, berat/sulit terhadap perilaku klien.

Partisipan mengungkapkan sekarang klien *pasca* pasung sudah bisa bekerja, membantu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, dan membantu partisipan mengerjakan pekerjaan rumah. Bekerja yang dimaksud adalah klien sudah bisa mendapatkan penghasilan sehingga bisa membantu memenuhi keperluan keluarga. Klien juga bisa membantu mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, menjaga warung, dan lain-lain. Keluarga juga tak lupa untuk memeriksakan klien ke pelayanan kesehatan dan mengambil obat untuk klien.

Pengalaman keluarga yang lain selama merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung adalah keluarga merasakan perasaan bersyukur. Perasaan ini muncul karena selama *pasca* pasung, klien mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Partisipan juga mengungkapkan bahwa ini cobaan dari Allah dan partisipan harus melalui ujian ini dengan penuh kesabaran.

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa keluarga mampu mengidentifikasi adanya gangguan terhadap perkembangan fisiknya. Menurut peneliti, anggota keluarga seharusnya mengenali perubahan kesehatan anggota keluarga lainnya sekecil apapun perubahan itu.

## PEMBAHASAN

Kondisi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) *pasca* pasung yang belum pulih total menjadi dasar pertimbangan keluarga untuk menyajikan variasi kegiatan dalam bentuk aktivitas apapun. Aktivitas ini dapat menurunkan kejenuhan dan mengisi waktu luang ODGJ. Penelitian ini juga menemukan beberapa upaya keluarga dalam memberikan perawatan bagi ODGJ *pasca* pasung dengan memenuhi aturan perawatan yang disarankan dokter atau petugas kesehatan lainnya.

Hambatan adalah hal yang ditemui dan menimbulkan kesulitan bagi keluarga selama merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung. Pada penelitian ini, peneliti menemukan ada partisipan yang mengalami hambatan dan ada juga yang tidak mengalami hambatan. Keluarga yang tidak mengalami hambatan mengungkapkan bahwa klien sekarang sudah bisa kerja, sudah bisa mandiri, dan sudah bisa ditinggal oleh orang tuanya. Peneliti mendapatkan keluarga yang mengalami hambatan dalam hal pekerjaan dan pengobatan.

Hasil penelitian ini mengidentifikasi bahwa cara menghadapi hambatan adalah dengan cara membujuk klien dan modifikasi dalam meminum obat. Partisipan membujuk klien untuk bekerja agar bisa memenuhi kebutuhan klien. Partisipan lainnya adalah dengan cara pendampingan dalam pengobatan. Partisipan memastikan klien meminum obatnya dengan cara memodifikasi cara meminum obatnya.

Pemberdayaan keluarga merupakan salah satu cara juga yang digunakan untuk menghadapi permasalahan selama merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung. Salah satu pemberdayaan keluarga yang ditemukan dalam penelitian ini adalah pembagian peran.

Penelitian ini mengidentifikasi harapan keluarga selama merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung antara lain harapan akan status kesehatan klien dan perubahan kesehatan klien. Keluarga selalu menaruh harapan bahwa klien bisa sembuh total seperti dahulu lagi. Keluarga tidak menginginkan apa-apa selain klien tersebut sembuh seperti dahulu. Ketika klien sudah sembuh, partisipan juga menginginkan klien bekerja lebih baik lagi.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Setelah lepas pasung, klien gangguan jiwa juga mengalami kemajuan dibandingkan saat dipasung. Keluarga merasa sangat bersyukur sekali dengan keadaan yang sekarang. Keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung sebaiknya menggunakan metode-metode untuk mencapai tujuan kesehatan keluarga. Metode merawatnya adalah dengan mengamati perkembangan fisiknya. Selain mengamati perkembangan fisiknya, keluarga juga memberikan kegiatan kepada klien gangguan jiwa *pasca* pasung.

Gangguan jiwa *pasca* pasung, ada keluarga yang tidak mengalami hambatan dan ada juga keluarga yang mengalami hambatan. Hambatan tersebut muncul pada saat tertentu saja. Tetapi hambatan tersebut bisa dilalui oleh keluarga. Ketika hambatan itu datang, keluarga memiliki cara tersendiri untuk melewatinya.

Selama merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung, keluarga menyampaikan harapan yang berhubungan dengan perkembangan klien. Perkembangan klien itu berupa perubahan status kesehatan klien dan perubahan kesehatan. Perkembangan klien ke arah yang lebih baik memang menjadi harapan utama

keluarga yang merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung.

Selain itu, dari penelitian ini dapat disimpulkan juga bahwa keluarga tidak akan memasung lagi klien gangguan jiwa tersebut. Keluarga juga mendukung supaya klien gangguan jiwa cepat sembuh. Misalnya dengan cara tidak lupa untuk memberi obat kepada klien gangguan jiwa dari petugas kesehatan.

### Saran

Pihak rumah sakit atau perawat jiwa, hendaknya melakukan intervensi untuk memperkuat mekanisme koping keluarga selama menghadapi berbagai masalah dalam merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung. Kegiatan tersebut dapat direalisasikan melalui penyediaan jasa konseling dan petugas kesehatan selalu mengontrol keluarga serta klien tersebut.

Pihak pelayanan kesehatan sebaiknya menyusun program untuk menurunkan stigma di masyarakat guna memperkuat sistem dukungan sosial bagi keluarga yang merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung. Hal tersebut dapat diwujudkan melalui penyebaran *leaflet* dan penyuluhan.

Perawat seharusnya dapat memanfaatkan penelitian ini sebagai pedoman untuk mengembangkan pendekatan dalam hal mengajarkan keluarga untuk memilih strategi koping yang tepat serta memberdayakan kondisi psikologis keluarga selama merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung.

Peneliti disarankan untuk melanjutkan dan menggali lebih dalam tentang pemberdayaan keluarga dalam mengelola berbagai beban yang dihadapi sebagai dampak yang dirasakan dalam merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung melalui penelitian kualitatif. Selain itu, pola koping keluarga untuk menghadapi berbagai masalah dalam merawat klien gangguan jiwa *pasca* pasung dapat digali lebih jauh melalui penelitian kualitatif.

## KEPUSTAKAAN

- Efendi, F & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Hasbiansyah, O. 2008. Pendekatan Fenomenologi : Pengantar Praktik Penelitian dalam Ilmu Sosial dan Komunikasi. *Mediator*. Vol 9 (1) Hal. 171-172
- Minas, H., & Diatri, H. 2008. Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the

- community. *International Journal of Mental Health Systems*. Vol 2(1), 1-5. doi: 10.1186/1752-4458-2-8
- Moleong, L J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika
- Sari, H. 2009. *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireun*. Thesis. Depok : Universitas Indonesia
- Yusuf, A., Putra S.T., & Probowati, Y. 2012. Peningkatan Coping Keluarga Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa Melalui Terapi Spiritual Direction, Obedience, Dan Acceptance (Doa). *Jurnal Ners*. Vol 7 (2)

# MODEL PEMBERDAYAAN MASYARAKAT SADAR KESEHATAN (*Community Empowerment Aware of Health Model*)

Miftahul Munir, Suhartono

School of Nursing Nahdlatul Ulama Institute of Health Science Tuban Indonesia

Jl. Letda Sucipto No. 211 Tuban

Email: munir.stikesnu@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Derajat kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu keturunan, pelayanan kesehatan, perilaku dan lingkungan. Faktor perilaku dan lingkungan mempunyai andil paling besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tujuan dari penelitian ini untuk membuktikan dan menganalisis pengaruh karakteristik individu, *self efficacy* dan *team work* terhadap komitmen dan produktivitas kader kesehatan. **Metode:** Metode penelitian ini menggunakan penelitian analitik dengan pendekatan *explanatory*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 200 responden. Pengambilan data menggunakan *simple random sampling*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, wawancara dan observasi. Analisis data dengan menggunakan uji statistik *Partial Least Square* (PLS). **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan pengaruh variabel produktivitas kader kesehatan terhadap investasi ekonomi kesehatan adalah sebesar 0,291 dengan nilai *T-statistic* sebesar 4,645, dimana nilai *T-statistic* tersebut lebih besar dari 1,96 yang berarti produktivitas kader kesehatan berpengaruh signifikan terhadap investasi ekonomi kesehatan, hal ini menunjukkan pengaruh produktivitas kader kesehatan terhadap investasi ekonomi kesehatan adalah positif, artinya apabila produktivitas kader kesehatan semakin tinggi maka investasi ekonomi kesehatan juga akan semakin baik. **Diskusi:** Penelitian ini dapat dijadikan acuan pemerintah Kabupaten Tuban dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Peningkatan kesehatan masyarakat harus dilakukan lewat upaya promotif dan preventif, yaitu melalui program produktivitas kader kesehatan. Produktivitas kader kesehatan memiliki peranan penting dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat, sehingga pemerintah dapat menghemat dana untuk kesehatan atau investasi ekonomi kesehatan.

**Kata kunci:** Pemberdayaan Masyarakat, Kader Kesehatan, *self-efficacy*, komitmen, produktivitas

## ABSTRACT

**Introduction:** Health degree influenced by several factors and the offspring of the Ministry of Health and behavior and the environment. The behavior and environmental factors have contributed most in improving the degree of community health. The purpose of this research is to prove and analyzing the influence of the characteristics of the individual, *self efficacy* and *team work* against the commitment and productivity of health cadres. **Methods:** This research method using analytically research with *explanatory* research approach. Samples in this research totaled 200 respondents. The data was taken using *simple random sampling*. The collection of data use of the questionnaire, interview and observation. Data analysis was used the statistical test *Partial Least Square* (PLS). **Result:** Research results show the influence of the productivity variable health cadres of economic investment health is of 0,291 with the value of *T-statistic* of 4,645, where the value of the *T-statistic* was greater than 1.96 which means the productivity of health cadres significant effect of economic investment health, this shows the influence of the productivity of health cadre of economic investment health was positive, it means that when the productivity of health cadres are higher then the economic investment will also increasingly good health. **Discussion:** This research can serve as a reference for the district government of Tuban in increasing the degree of community health. Improving the health of the community must be done via promotif efforts and preventive measures through productivity program health cadres. The productivity of health cadres have an important role in efforts to improve the health of the community so that the government can save the funds for health or economic investment of health.

**Key words:** Community empowerment, health cadres, *self-efficacy*, commitment, productivit.

## INTRODUCTION

The development of health indicators in Indonesia showed a tendency to continue to improve, among others infant mortality, life expectancy, and labor by health professionals. But on the other hand, health development in Indonesia is currently facing the problem still high morbidity, namely the outbreak of several

types of diseases, for example polio, malnutrition cases, outbreaks of dengue fever, bird flu, diarrhea and HIV/AIDS. In addition to the main problem is the cost of increasing health. The cost of health care in Indonesia tend to increase caused by various factors, among others the patterns of degenerative diseases, orientation on the financing of the curative, advanced technology, the development of a sub

specialization in medical science and not remove also from the inflation rate.

The degree of health influenced several factors and the offspring of the Ministry of Health and behavior and the environment. The behavior and environmental factors have contributed most in improving the degree of community health. Because, to improve the degree of health, then every person has two obligations, namely behaves is healthy and active in maintaining the cleanliness and health of the environment around. The behavior contributes large enough contribution to the degree of community health namely 40 percent, while the environment contribute 30 percent, genetic factors contribute 20 percent, and access to health contribute 10 percent (Wijono 1999).

According to the data from the Central Statistics Agency Indonesia (2012), Indonesia consists of sub-district and village 79.075 6793. The village has started to realize the active standby village as much as 44.255 (55, 96%) from 79.075 existing village. Based on the coordination meeting village of se East Java 2013, in East Java there are 7.968 village that serves as a standby village from 8.506 existing village. Active standby village in East Java Province on 2011 reach 91,7 % and rose to 93,7% on 2012.

The efforts that need to be done in order to improve the scope of the services of the behavior of clean and healthy active pratama to levels madya, full moon or mandiri is doing Community Self Survey (CSS), community leaders are able to perform a survey analysis of self-with health workers, thereby expected to educate become aware of the health problems faced by didesanya, as well as the rise of intention and determination to find the solution, including building village health posts as an effort to draw the basic health services to the people of the village, therefore needs to be done the selection and entrepreneurship skills for health professionals.

The characteristics of the individual is the characteristics of the individuals that consists of demographics such as gender, age and social status such as level of education, work, race and economic status etc. (Suhartono, at al. 2016). Self Efficacy is the ability of a person to regulate

and decide what action is needed to achieve the desired results, self efficacy is the largest mediator for human behavior and behavior change, trust individuals give impact on the behavior of the motivation, the success or failure (Munir M, at al. 2016).

The important keys from the team work is to invite the public to use his experience, articulate expectations, determine the main problems faced and formulate effective steps to optimize the potential together (Cornwall A, & Pratt G 2011). The development of the productivity of health workers is needed is to take advantage of the resources available in the village efficiently to produce a healthy life in the community (Foster ST 2004). A health workers is expected to have characteristics, self efficacy, team work and commitment in performing their duty as health workers.

## **MATERIAL AND METHOD**

The research design used was the study explanatory research. The population in this research is the Tuban district nurse in accordance with the criteria for the inclusion of as many as 200, with large samples of research respondents determined by 200 using the technique of simple random sampling. exogenous variables are the characteristics of the individual, self efficacy and team work, endogenous variable is the commitment as cadres and productivity health cadres. The instrument used in the collection of data in the form of the questionnaire. Research analysis using Analysis Techniques Partial this square (PLS) for projecting linier relationship between the variables observation. In addition to the number of samples is relatively small, PLS has the advantage able to handle complex models with exogenous variables that have many indicators and can be used for the indicator with the nature of reflective or formative, and does not require the data berdistribusi normal. Partial this square (PLS) is a method of analysis of the powerful because it can be applied to all the scale data, not many need many assumptions and sample size does not have to be large. Partial this square (PLS) in addition can be used as a confirmation of the theory can also be used to build relationships that has no basis in theory or to test

such a proposition. The conceptual framework used in this research will be described in figure 1 Figure 1. The conceptual framework describes the influence between the variables examined: the individual characteristics (X1), the participatory rural appraisal (X2), self efficacy (X3), productivity cadres (Y1), health investment (Y2) and a clean and healthy life (Y3). This research examines the influence of participatory rural appraisal and self efficacy against the productivity of health cadres and also as a health Investment on a clean and healthy life

**RESULT**

The following is the value of the outer loading for each of the indicators on the Participatory Rural Aparaisal (PRA), Self Efficacy, Productivity health cadres, Health economic investment and the behavior of a clean and healthy active. Results of the outer loading the first model for each of the indicators also can be seen in the figure 2.

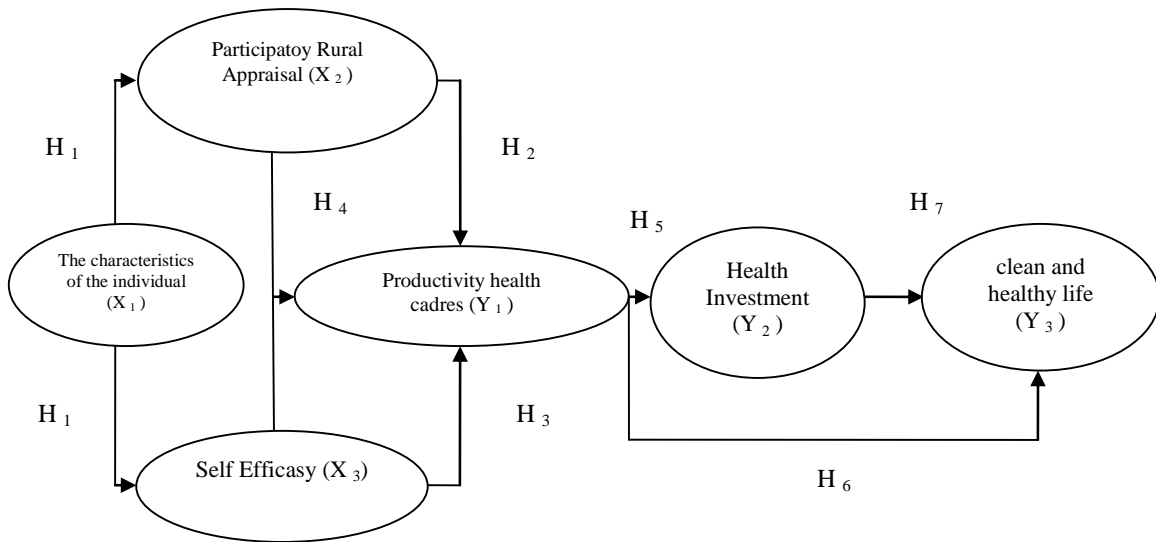


Figure 1. Conceptual Framework

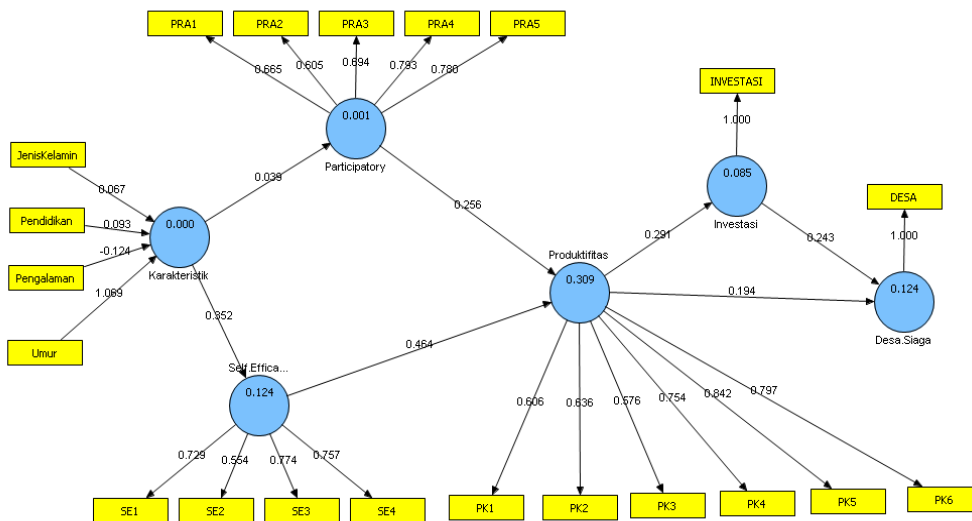


Figure 2. The results of the hypothesis test



Table 1 Results of the Inner Weight and hypothesis test

Hip.	The relationship between the variables		The Path coefficient	T stat.	Description
H <sub>1a</sub>	Individual Characteristics	The Participatory Rural Appr	0.039	0.142	Not sig
H <sub>1b</sub>	Individual Characteristics	Self Eff	0.352	2.132	Significant
H <sub>2</sub>	The participatory rural appraisal	Productivity cadres	0.256	3.461 mln	Significant
H <sub>3</sub>	Self efficacy	Productivity cadres	0.464	10.975	Significant
H <sub>4a</sub>	The participatory rural appraisal	Productivity cadres	0.256	3.461 mln	Significant
H <sub>4b</sub>	Self efficacy	Productivity cadres	0.464	10.975	Significant
H <sub>5</sub>	Health cadres productivity	Health Inve	0.291	4.645	Significant
H <sub>6</sub>	Health cadres productivity	□ clean and healthy behavior	0.194	2.642	Significant
H <sub>7</sub>	Economic Investment	□ clean and healthy behavior	0.243	3.749	Significant

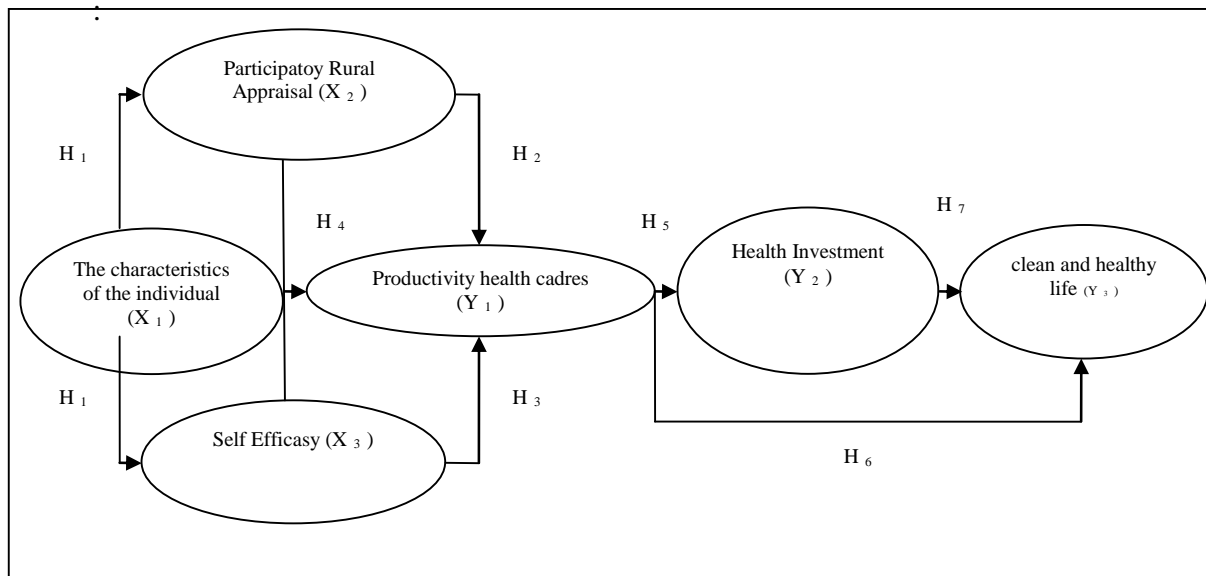


Figure 3. Coefficient Model PLS

The results of the hypothesis test can be seen through the path coefficient on the inner model by comparing the value of t-statistic with critical value 1.96.

The test result inner model is also can be seen through the following in figure 3. From the Figure 3 can be explained the results of the test the hypothesis as follows:

**Hypothesis 1:** Individual characteristics significantly influential against the Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy on health cadres in the behavior of a clean and healthy active in Tuban Regency.

From the table variable known of the individual characteristics significantly influential against the Participatory Rural Appraisal on health cadres was 0.039 with the value of T-statistic of 0,142 where value T-statistic is smaller than 1.96. The individual characteristics influence toward Self Efficacy on health cadres was 0,352 with the value of T-statistic of 2,132 where value T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be concluded that the quality of individual characteristics influential significantly against the Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy on health cadres, so that the first hypothesis proven. The individual characteristics influence of the toward Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy on health cadres is positive, it means that when the variables individual characteristics getting better then the Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy on health cadres will also be the better.

**Hypothesis 2:** The participatory rural appraisal affect the productivity of health cadres in the behavior of a clean and healthy active in Tuban Regency.

From the table known to the influence of the variables participatory rural appraisal of productivity is 0,256 health cadres with the value of T-statistic of 3,461 with the value of T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be concluded that the participatory rural appraisal influence significant impact on productivity health cadres, so that the second hypothesis was proven.

**Hypothesis 3:** Self efficacy affect the productivity of health cadres in the behavior of a clean and healthy active in Tuban Regency.

From the table known to the influence of the variables Self efficacy against the productivity of 0,464 health cadres is with the value of T-statistic of 10,975, where the value of the T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be concluded that Self efficacy affect the significant impact on the productivity of health cadres, so that the third hypothesis proven. The influence of the Self efficacy against the productivity of health cadres is positive, it means that when the Self efficacy the better the quality of the productivity of health cadres will also be the better.

**Hypothesis 4:** The participatory rural appraisal and Self efficacy affect the productivity of health cadres in the behavior of a clean and healthy active in Tuban Regency.

From the table known to influence the Participatory Rural Appraisal variable against the productivity of health cadres on health cadres was 0,256 with the value of T-statistic of 3,461 where value T-statistic is greater than 1.96. The influence Self Efficacy variable against the productivity of health cadres on health cadres was 0,464 with the value of T-statistic of 10,975 where value T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be concluded that the Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy influential significantly against the productivity of health cadres, until the fourth hypothesis proven. The influence of Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy against on productivity is positive health cadres, means when the Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy on the better health cadres and productivity health cadres will also be the better.

**Hypothesis 5:** The productivity of health cadres Investment significantly influence on the health of the behavior of clean and healthy active in Tuban Regency.

From the table known influence productivity variable health cadres of health investment is USD 0,291 with the value of T-statistic of 4,645, where the value of the T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be concluded that the productivity of health cadres significant effect of health investment so that the fifth hypothesis was proven. The influence of the productivity of health cadres of health investment is positive, it means that when the productivity of

health cadres are higher then the health Investment will also be the better.

**Hypothesis 6:** Health cadres productivity significantly influence the behavior of clean and healthy active in Tuban District.

From the table of known influence productivity variable health cadres against the behavior of clean and healthy active was 0,194 with the value of T-statistic of 2,642, where the value of the T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be concluded that the productivity of health cadres significant effect against the behavior of clean and healthy active, so that the sixth hypothesis proven. The influence of the productivity of health cadres of health investment is positive, it means that when the productivity of health cadres are higher then clean and healthy active will also increasingly good.

**Hypothesis 7:** Health cadres productivity through participatory rural appraisal approach and self efficacy affect health Investment, clean and healthy active in Tuban District.

This hypothesis will prove the influence does not directly from the productivity of health cadres against the behavior of clean and healthy active through investment health. Proof of this hypothesis depending on the results of the two tests the path coefficient (1) from the productivity of health cadres of health investment and (2) from health Investment against the behavior of clean and healthy active. From the table there are known significant influence productivity variable health cadres of health Investment with a 0,291 coefficient with the value of T-statistic of 4,645 (T-statistic > 1.96). Obtained a significant influence health Investment variable against the behavior of clean and healthy active with a 0,243 coefficient with the value of T-statistic of 3,749 (T-statistic > 1.96). Thus it can be concluded that the productivity of health cadres influential not directly against the behavior of clean and healthy active through investment health, until the seventh hypothesis proven. The higher the productivity of health cadres will raise the behavior of clean and healthy active after first successful in improving health Investment.

## DISCUSSIONS

### **The influence participatory rural appraisal against the productivity of health cadres in the behavior of a clean and healthy active**

The test result causation using methods of SHEM-PLS with the help of software Smart PLS prove that participatory rural appraisal significant effect against the productivity of health cadres in a clean and healthy life is active in the area of Tuban.

Descriptive results show that participatory rural appraisal belonging to a very high standard of 155. The results of confirmatory factor analysis (CFA) indicates that the participatory rural appraisal more determined by indicators that have the largest loading factor, namely Academy. Loading factor that is produced from the CFA also indicates that the participatory rural appraisal variable is determined by the relevance. From the descriptive statistics and the value of the factor loading can be explained that the participatory rural appraisal of the behavior of clean and healthy active in the area of Tuban can be enhanced with how to improve the participatory rural appraisal that better.

The participatory rural appraisal test results showed that the participatory rural appraisal variables affect the significant impact on the productivity of health cadres with t-statistic = 3,461  $\geq$  1.96. The greatness of the influence of participatory rural appraisal against the productivity of health cadres was 0,256, this shows that the change in the participatory rural appraisal will cause changes in the productivity of health cadres that his nature clockwise (positive), which means when the participatory rural appraisal the better then productivity health cadres active standby village in the area of Tuban will also be the better. With these results and research hypothesis which stated that the participatory rural appraisal influence significant impact on productivity health cadres in a clean and healthy life is active in the area of Tuban then can be accepted.

Participatory rural appraisal approach is an approach to facilitate the understanding of the problem among the rural and recognition associated with the priority of some research studies become more sensitive to local conditions that sometimes have the sense that some

approaches have been beyond the view of luck for the appropriate techniques (Alam A 2012).

The participatory rural appraisal is a research method used to identify problems faced by the community as well as to formulate a way of bringing together the community itself (Uddin MN 2013). Besides, participatory rural appraisal describes the growth of the family with the approach and methods to make the sharing, add, and analyze their knowledge of life and conditions to plan and act. In addition the principles of participatory rural appraisal more emphasize on the behavior and attitudes and awareness critical thinking (Chambers 1994). So it can be concluded that the cadres productivity can be improved by performing activities share, add and analyze their knowledge and more stressed against the attitudes and behavior of critical thinking so that the cadres are able to develop their ability related to the development of himself.

#### **The influence Self efficacy against the productivity of health cadres in the behavior of a clean and healthy active**

The test result Self efficacy using the method of SHEMA-PLS with the help of software Smart PLS prove that Self efficacy affect the significant impact on the productivity of health cadres in a clean and healthy life is active in the area of Tuban.

Descriptive results show that Self efficacy is classified on a very high rank (mean 2.50). The results of confirmatory factor analysis (CFA) shows that Self efficacy is determined by indicators that have the largest loading factor, namely the orientation of the destination. Loading factor that is produced from the CFA also shows that the variables Self efficacy is determined by the relevance. From the descriptive statistics and the value of the factor loading can be explained that the Self efficacy of the behavior of clean and healthy active in the area of Tuban can be enhanced with how to increase Self efficacy better.

The test result Self efficacy shows that the variables self efficacy affect the significant impact on the productivity of health cadres with t-statistic = 10,975  $\geq$  1.96. The greatness of the influence of Self efficacy against is by 0,464, this shows that

the change Self efficacy will cause changes in the productivity of health cadres that his nature clockwise (positive), which means when the Self efficacy the better the quality of the productivity of health cadres active standby village in the area of Tuban will also be the better. With these results and research hypothesis which stated that the self-efficacy affect the significant impact on the productivity of health cadres in a clean and healthy life is active in the area of Tuban then can be accepted.

#### **The influence participatory rural appraisal and Self efficacy against the productivity of health cadres in the behavior of a clean and healthy active**

The test result participatory rural appraisal and Self efficacy using the method of SHEMA-PLS with the help of software Smart PLS prove that the participatory rural appraisal and Self efficacy affect the significant impact on the productivity of health cadres in a clean and healthy life is active in the area of Tuban.

Descriptive results showed that the participatory rural appraisal and Self efficacy are classified as on a very high rank (mean 3.98). The results of confirmatory factor analysis (CFA) indicates that the participatory rural appraisal and Self efficacy more determined by indicators that have the largest loading factor, namely usefulness. Loading factor that is produced from the CFA also shows that the variables participatory rural appraisal and Self efficacy is determined by the relevance. From the descriptive statistics and the value of the factor loading can be explained that the participatory rural appraisal and Self efficacy of the behavior of clean and healthy active in the area of Tuban can be enhanced with how to improve the participatory rural appraisal and Self efficacy better. The test result participatory rural appraisal and Self efficacy, indicates that the participatory rural appraisal variables affect the significant impact on the productivity of health cadres with t-statistic = 3,461 consecutive patients 1.96. The greatness of the influence of the influence of participatory rural appraisal against the productivity of health cadre was 0,256, The influence Self Efficacy variable against the productivity of 0,464 health cadres is with the value of T-statistic of 10,975 where value T-statistic is greater than 1.96. Thus it can be

concluded that the Participatory Rural Appraisal and Self Efficacy influential significantly against the productivity of health cadres, until the fourth hypothesis proven. With these results and research hypothesis which stated that the participatory rural appraisal and Self efficacy affect the significant impact on the productivity of health cadres in a clean and healthy life is active in the area of Tuban then can be accepted.

#### **The influence productivity health cadres of health investment in the behavior of a clean and healthy active**

The results of the test the productivity of health cadres using methods of SHEMA-PLS with the help of software Smart PLS prove that the productivity of health cadres significant effect of Health Investment on a clean and healthy life is active in the area of Tuban.

Descriptive results show that the productivity of health cadres belonging to a very high rank (mean 3.98). The results of confirmatory factor analysis (CFA) shows that the productivity of health cadres more determined by indicators that have the largest loading factor, namely usefulness. Loading factor that is produced from the CFA also shows that the productivity variable health cadres more determined by the relevance. From the descriptive statistics and the value of the factor loading can be explained that the investment of health behavior of clean and healthy active in the area of Tuban can be enhanced with how to improve the productivity of better health cadres.

The test results showed that health cadres productivity productivity variables affect significant health cadres of Health Investment with t-statistic = 4,645 consecutive patients 1.96. The greatness of the influence of the productivity of health cadres was 0,291, this shows that the change in the productivity of health cadres will cause the Health Investment changes his nature clockwise (positive), which means when the productivity of the better health cadres and the quality of health Investment behavior of clean and healthy active in the area of Tuban will also be the better. With these results and the research hypothesis that states that the productivity of health cadres significant effect of Health

Investment on a clean and healthy life is active in the area of Tuban then can be accepted.

#### **The influence productivity health cadres against the behavior of clean and healthy active**

The results of the test the productivity of health cadres using methods of SHEMA-PLS with the help of software Smart PLS prove that the productivity of health cadres significant effect against the behavior of a clean and healthy life is active in the area of Tuban.

Descriptive results show that the productivity of health cadres belonging to a very high rank (mean 3.98). The results of confirmatory factor analysis (CFA) shows that the productivity of health cadres more determined by indicators that have the largest loading factor, namely usefulness. Loading factor that is produced from the CFA also shows that the productivity variable health cadres more determined by the relevance. From the descriptive statistics and the value of the factor loading can be explained that the productivity of health cadres of the behavior of clean and healthy active in the area of Tuban can be enhanced with how to improve the productivity of better health cadres.

The test results showed that health cadres productivity productivity variable health cadres significant effect against the behavior of clean and healthy active with t-statistic= 2.642 consecutive patients 1.96. The greatness of the influence of the productivity of health cadres was 0,194, this shows that the change in the productivity of health cadres will cause changes to the behavior of clean and healthy active that his nature clockwise (positive), which means when the productivity of health cadre the better the quality of a clean and healthy life is active in the area of Tuban will also be the better. With these results and the research hypothesis that states that the productivity of health cadres significant effect against the behavior of clean and healthy active on a clean and healthy life is active in the area of Tuban then can be accepted.

**Productivity health cadres through participatory rural appraisal approach and self efficacy affect Health Investment behavior of clean and healthy active in Tuban Regency.**

The results of the test the productivity of health cadres through participatory rural appraisal approach and self efficacy using the method of SHEMA-PLS with the help of software Smart PLS prove that the productivity of health cadres significant effect against the Health Investment behavior of clean and healthy active in the area of Tuban.

Descriptive results show that the productivity of health cadres belonging to a very high rank (mean 3.98). The results of confirmatory factor analysis (CFA) shows that the productivity of health cadres more determined by indicators that have the largest loading factor, namely usefulness. Loading factor that is produced from the CFA also shows that the productivity variable health cadres more determined by the relevance. From the descriptive statistics and the value of the factor loading can be explained that the productivity of health cadres of the behavior of clean and healthy active in the area of Tuban can be enhanced with how to improve the productivity of better health cadres.

The results of the test the productivity of health cadre shows that there is a significant influence productivity variable health cadres of Health Investment with a 0,291 coefficient with the value of T-statistic of 4,645 ( T-statistic > 1.96). Obtained a significant influence Health Investment variable against the behavior of clean and healthy active with a 0,243 coefficient with the value of T-statistic of 3,749 ( T-statistic > 1.96). Thus it can be concluded that the productivity of health cadres influential not directly against the behavior of clean and healthy active through investment Health, until the seventh hypothesis proved or can be accepted.

**CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS**

**Conclusion**

This study provides support for the results of research that has been done previously involving research variable individual

characteristics health cadres, participatory rural appraisal, self-efficacy, productivity health cadres, investment health and behavior of clean and healthy active. A review of the concepts are expected to enrich and fortifying the theory of the field of human resources and the behavior of the organization. It has been done by the study related to the commitment and productivity of health cadres, but to the object of research about health cadre especially in the village has not been done. Expected from the results of this research can be an important aspect to manage the ability of human resources that need to be prepared to health cadres who independently. This research shows that there is the influence of the individual characteristics, self-efficacy, and team work against the commitment and productivity of cadres. Some of the variables had an effect on the commitment and productivity of cadres, the results of the study showed that the competencies cadres have the most influence on the productivity of cadres.

**Recommendation**

Health workers have an important role in improving public health. So this research could be used by local governments tuban in an effort to improve public health, with preventive and promotive through the implementation of productivity improvement programs cadres.

**REFERENCES**

- Alam A, 2012. Role of Participatory Rural Appraisal in Community Development (A Case Study of Barani Development Area Project in Agricultural, Live Stock and Forestry Development in Kohat), International Journal of Academic Research in business and Social Sciences, 2(8). 25-38.
- Chambers R, 1994. The Origins and practice of Participatory Rural Appraisal. World Development, 22(7): 953-969. doi:10.1016/0305-750X(94)90141-4
- Chambers R, 1994. Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm. World Development, 22(10): 1437-1454. DOI: 10.1016/0305-750X(94)90030-2
- Chambers R, 1994. Participatory Rural Appraisal (PRA): Analysis of Experience. World Development,

- 22(9):1253-1268. doi:10.1016/0305-750X(94)90003-5
- Comwall A, & Pratt G, 2011. The Use and Abuse Of Participatory Rural Appraisal: Refleksions from Practice, *Agriculture Hum Values*, 28(2):263–272. doi:10.1007/s10460-010-9262-1
- Foster S.T, 2004. *Managing Quality An Integrative Approach*, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Indonesian Departement Health, 2006. *The National Guide Hospital Patient Safety*, Jakarta: Bhakti Husada.
- Ministry of the Republic of Indonesia, 2004. *The Health System National Indonesia*, Jakarta: Bhakti Husada.
- Munir M, Triyoga, R. S, & Nursalam, 2016. Village health post (Ponkesdes) development into community nursing center-based Health Promotion Model, nursing center, and behavioral performance, *Int J Med Sci Public Health*, 5 (2), 292-297. doi:10.5455/ijmsph.2016.07092015119
- Uddin M.N, & Anjuman N, 2013. *Participatory Rural Appraisal Approaches: An Overview and An Exemplary Application of Focus Group Discussion in Climate Change Adaptation and Mitigation Strategies*, *Int J Agril Res Innov & Tech*, 3(2):72-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.3329/ijarit.v3i2.17848>
- Kozier B, Erb G, & Blais K, 1997. *Professional Nursing Practice Concept and Prespective*, California: Addison Wesley Logman.
- Nursalam, 2002. *Nursing management Applications in Professional Nursing Practice*. Jakarta: Salemba Dermatology
- Suhartono, Sulistiawati, & Yunitasari E. 2016. Performance Model of Nurse Community Approach to Organizational Culture in Indonesia. *International Journal of Public Health Science*. 5(3). 62-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.11591/.v5i3.4791>
- Tomey AM, & Alligoog MR, 2006. *Nursing Theorist and Their Work*. 6rd. rev. ed. Louis: Mosby.
- Wijono D. 1999. *Management of the Quality of Health Services (Theory, Strategies and Applications)*, 2rd. rev. ed. Surabaya: Airlangga University Press

Model Pemberdayaan Masyarakat (Miftahul Munir, dkk)



# FAKTOR PERSONAL, *SELF EFFICACY* DAN UPAYA PENCEGAHAN KANKER SERVIKS PADA PEREMPUAN USIA PRODUKTIF

*(Personality Factor, Self Efficacy and Prevention of Cervical Cancer among Childbearing Age Women)*

Ni Ketut Alit Armini\*, Iqlima Dwi Kurnia\*, Fani Lailatul Hikmah\*

\*Faculty of Nursing Universitas Airlangga

Kampus C Jl. Mulyorejo Surabaya, Telp. 031 5913754,

Email: nk.alita@fkn.unair.ac.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Kanker serviks menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. Program pencegahan kanker serviks yang kurang baik menyebabkan keterlambatan penanganan sehingga sebagian besar responden mengalami kanker serviks stadium lanjut. Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor personal, *self efficacy* dengan upaya pencegahan kanker serviks pada wanita usia produktif. **Metode:** desain penelitian ini adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasinya adalah semua wanita usia produktif di wilayah Puskesmas Kenjeran Surabaya. Besar sampelnya adalah 64 responden wanita usia produktif dengan menggunakan *Probability Simple Random Sampling*. Variabel independen adalah faktor personal dan *self efficacy*. Variabel dependen adalah upaya pencegahan primer dan sekunder. Data dianalisis menggunakan uji statistik Spearman's rho untuk mengetahui variabel yang berhubungan dengan upaya pencegahan kanker serviks. **Hasil:** hasil penelitian menunjukkan hubungan antara faktor personal dan upaya pencegahan kanker serviks menghasilkan  $p = 0,025$  ( $\alpha \leq 0,05$ ). Sedangkan variabel hubungan *self efficacy* dengan upaya pencegahan kanker serviks pada wanita usia produktif menghasilkan  $p = 0,094$  ( $\alpha \leq 0,05$ ). **Diskusi:** Faktor personal berhubungan dengan upaya pencegahan kanker serviks pada wanita usia produktif sedangkan *self efficacy* tidak berhubungan dengan upaya pencegahan kanker serviks pada wanita usia produktif. Untuk peneliti selanjutnya dapat menggunakan variabel lain dari teori *Health Promotion Model* untuk melakukan upaya pencegahan kanker serviks.

**Kata kunci :** wanita usia produktif, kanker serviks, *self efficacy*, faktor personal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cervical cancer is a major cause of morbidity and mortality worldwide. Bad cervical cancer prevention program cause delays in treatment. Thus, leading most of the respondents had cervical cancer in advance stadium. The study aims to determine the correlation of personal factors, *self efficacy* in the prevention of cervical cancer in women of childbearing age. **Methods:** The study design was descriptive correlative with *cross sectional* approach. The population were all women of childbearing age in Puskesmas Kenjeran Surabaya. Samples were 64 respondents gathered by using simple random sampling. The independent variable were the personal factor and *self efficacy*. The dependent variable was the primary and secondary prevention efforts. Data were analyzed using Spearman's rho test to determine the variables which associated with the prevention of cervical cancer. **Results:** The results showed the correlation between personal factors and prevention of cervical cancer with  $p = 0.025$  ( $\alpha \leq 0.05$ ). While *self efficacy* had no correlation with the prevention of cervical cancer with  $p = 0.094$  ( $\alpha \leq 0.05$ ). **Discussion:** Personal factors related to the prevention of cervical cancer in women of childbearing age, while *self efficacy* is not related to the prevention of cervical cancer in women of childbearing age. For the next researcher to use other variables of the theory *Health Promotion Model* to take steps to prevent cervical cancer.

**Keywords:** women of childbearing age, cervical cancer, *self efficacy*, personal factors.

## INTRODUCTION

Cancer affects all levels of society from low and upper economic level, old and young, low or high educated (Depkes 2011). Risk population requires prevention efforts as early as possible in order to implement healthy behavior (Anthony M et al 2010). Cervical cancer is a malignant tumor that grows in the the lowest part of the uterus and could attached to the top of the vagina.

Nursing theory focuses on prevention and promotion of health behaviors is the Health Promotion Model (HPM) by Nolla J Pender (2002). The theory encourages the use of integrative model of health, which takes a

broad view on the biopsychosocial phenomenon of human health. Clinical indicators in the theory were interpersonal behaviors, social support, socioeconomic status, mood, complaints, hormone levels, antibody status. Human responses determine indicators of healthy or unhealthy. HPM theory is a theory that explains and predicts the interaction between environmental factors and perceptions that can affect health.

Cervical cancer is a major cause of morbidity and mortality in the world, according to World Health Organization (WHO) estimates that in 2012 the incidence of cancer is about 14 million new cases and 7.6

million deaths. Figures Cervical Cancer Incidence varies greatly. Cervical cancer is the second most common cancer to strike women in developing countries is expected in 2012 about 270,000 women die from cervical cancer. In Indonesia, the prevalence of cervical cancer cases is quite high. Globocan based on data from 2008, found 20 cases of cervical cancer deaths every day. The disease is also a top ten cause of death in Indonesia (Herman 2014). Nationally, the prevalence of cancer in the population of all ages in Indonesia in 2013 was 1.4 ‰ or estimated to be around 347 792 people. Yogyakarta province had the highest prevalence of cancer, which amounted to 4.1 ‰. Based on the estimated number of cervical cancer is the cancer with the highest prevalence in Indonesia in 2013, which amounted to 0.8 ‰ of cervical cancer. Based on the estimated number of cervical cancer are highest in the province of East Java and Central Java Province. The incidence of cervical cancer in Surabaya each year has decreased, the estimation Surabaya City Health Office in 2011 approximately 17.97%, in 2012 amounted to 17.13%, and 14.31% in 2013. According to previous research, the behavior of cervical cancer prevention is affected because of their holistic and complex interaction of the individual with the environment in the surrounding areas (Chusairi,A & Hartini 2003) these things that influence the decision to take precautions.

In addition there are other factors that can influence the behavior of prevention, namely internal and external factors of patients, such as beliefs, spiritual encouragement, confidence, financial condition and culture that had been used in the search for prevention efforts. Cultural backgrounds have an important influence on aspects of community life, including their beliefs, behaviors, perceptions, emotions and attitudes to the disease that has significance for health (Herman 2014). Self-efficacy affects the motivation and confidence of every woman to perform on cervical cancer prevention. WHO said in developing countries cervical cancer is ranked top among various types of cancer that causes death in women in the world who attack the childbearing age. The main cause of cervical cancer is infection Human Papilloma Virus (HPV).

HPV infection can strike women, ranging from 20-year-old woman until women

are no longer in the childbearing age. Some of the risk factors of infection HPV among others, women who married at the age of 18 years are at risk 5-fold infected with HPV, women with sexual activity high and have multiple partners, smokers, have a history of venereal disease, parity (number of births) , use of oral contraceptives in the long term. There is a significant relationship between the level of education, occupation, income, knowledge and attitudes of women EFA with a Pap smear in Banda Aceh (Nurhasanah, 2008). Health Promotion Model is a model for nurses to explore the complex biopsychosocial processes, which motivates people to behave in certain ways, which is intended to improve the health status (Tommeay, A.M & Alligood 2006). Decrease the severity of cervical cancer is very important, especially the prevention of cervical cancer in Women of childbearing age. Communities with low socioeconomic have less opportunity to do prevention by Pap smear (Wilopo 2010). IVA test and Pap smears in Women of childbearing age are still not maximized due to fear and shame to double check the cervix rechildbearing organs against health workers (Candraningsih 2011).

## METHOD

This research used descriptive correlational design with cross sectional approach. Population of study were 193 people and the samples were 64 people. The sampling technique used in this study was simple random sampling. The independent variables in this study were personal factors (biological, psychological, and sociocultural) and self efficacy. The dependent variable in this study was primary and secondary prevention. Instrument used in this study was a questionnaire. Personal factors questionnaires associated with a domain statement to measure biological, psychological, and sociocultural containing 10 items of questions with answer choices strongly agree, agree, neutral, disagree, strongly disagree. Self-efficacy questionnaire containing 10 items of questions with answer choices strongly agree, agree, neutral, disagree, strongly disagree. Questionnaires primary and secondary prevention efforts related to healthy check regularly, avoiding smoking, regular physical activity, a balanced diet, adequate rest, stress management which contains 6 questions with answer choices often, rarely, never. This research was conducted in

Puskesmas Kenjeran Surabaya. Any data will be measured using Spearman's rho that if the set value of significance  $\alpha \leq 0,05$ .

**RESULT**

Table 1. Respondent characteristic (n=64)

No	Responden	F	%	
1	Age	18-35 years old	36	56,3
		36-50 years old	28	43,7
2	Activity	Wife	39	60,93
		Comerce	8	12,5
		Labour	4	6,25
		Swasta	13	20,31
3	Education	Not School	3	4,68
		Elementary	19	29,6
		JHS	23	35,9
		SHS	17	26,5
		University	2	3,125
4	Salary	≤Rp. 3.045.000	58	90,6
		>Rp. 3.045.000	6	9,4

Table 2. Reproduction history (n=64)

No	Characteristic	Criteria	f	%
1	Child	0-2 children	47	73,4
		>2 children	17	26,5
2	Information about cancer	No	42	65,6
		Yes	22	34,4
3	Check IVA/Pap Smear	No	63	98,5
		Yes	1	1,5
4	Vaksin HPV	No	64	100

According to the table 1 above concerning the characteristics of respondents shows that in the age range 18-35 years there are 36 mother with a frequency (56.3%). Ages 18-35 have the opportunity to multiply to cervical cancer prevention efforts. Most jobs of most respondents is to be a housewife mother with a frequency of at least 39 (60.93%). Most housewives around puskesmas Kenjeran have good social relationships so that health information about cervical cancer prevention can be seen easily. Last Education respondents, 35.9% (23 persons) have SMP. This resulted in a lack of information obtained in formal education, so that could affect prevention efforts. Family income in one month there were 90.6% (58 people) ≤ Rp 3.045.000 million. This has an impact on the behavior of primary and secondary prevention efforts of local residents Kenjeran PHC Surabaya.

According to the table 2 on the rechildbearing history of respondents that the number of children, knowledge of cervical cancer, IVA examination / Pap, HPV vaccine. There were 73.4% (47 persons) have 0-2

children, from these results indicate that the risk of cervical cancer due to high parity, is able to reduce the incidence of cervical cancer in the region Kenjeran Surabaya. 65.6% (42 people) had lack of knowledge about cervical cancer, 98.4% (63 people) have never done IVA examination / pap smear, and 100% (64 people) have never done the HPV vaccine. Those data indicates that the majority of women in childbearing age have less prevention efforts.

Table 3. Personal factor, *Self efficacy*, cervical cancer prevention (n=64)

Variable	Category	f	%
Personal Factor	Negative	30	47
	Positive	34	53
Self Efficacy	Weak	43	67
	Strong	21	33
Prevention	less	31	48
	Good	33	52

Table 3 shows personal factor in cervical cancer prevention at Kenjeran health center of Surabaya. Most of the respondents had positive personal factors leading to good prevention behavior. 43 (67%) respondents had weak self efficacy. Respondents who had weak self-efficacy will affect both primary and secondary prevention of cervical cancer. Most of the respondents had never received counseling about cervical cancer is that it can improve healthy behaviors for the prevention of cervical cancer increases.

Table 4. Correlation between personality factor and cervical cancer prevention

Personality Factor	Prevention				Total	
	Bad		Good		Σ	%
	f	%	f	%		
Negative	19	61,2	11	33,3	30	46,8
Positive	12	38,8	22	66,7	34	53,2
Total	31	100	33	100	64	100

*Spearman rho* p = 0,025 r = 0,280

Table 4 indicates that personality factor had less correlation with cervical cancer prevention behavior. Respondents who had positive personality behavior tended to had good prevention behavior, but still a few number of respondents who had negative personal factor also had good prevention behavior.

Tabel 5. Correlation between *self efficacy* and cervical cancer prevention

Self efficacy	Prevention		Total
	Bad	Good	

	f	%	f	%	Σ	%
Weak	24	77,4	19	57,5	43	67,1
Strong	7	22,6	14	42,5	21	32,9
Total	31	100	33	100	64	100

*Spearman rho* p = 0,094 r = 0,211

There were no correlation between self efficacy and prevention behavior of cervical cancer. It can be seen from the data on table 5 that majority women in childbearing age had weak self efficacy but they had good prevention behavior.

**DISCUSSION**

Most respondents had positive personal factors and good prevention. Personal factors can improve a woman to take steps to prevent cervical cancer. One of the components in the personal factor is age. The demographic data were obtained that majority of respondents were aged 18-35 years and 36-50 years old. Age affects prevention by increasing knowledge acquired. At the middle age, people will be more actively involved in community and social life (Rahayu, et al 2014).

Good prevention among 22 respondents can be also caused by followed the cervical cancer education. Respondents were mostly as housewives were able to influence the level of knowledge for social interaction into successful healthy behavior of each individual. Social and cultural interaction increased the prevention of cervical cancer because it can provide an emotional benefit or affect the behavior included in preventive medicine (Supartiningsi 2003). Personal factors related to the prevention of cervical cancer because inividu with positive personal factors such as avoiding marriage under 18 years of age, not using hormonal birth control in the same period of 5 years, avoiding cigarette smoke, can increase an individual effort to prevent cervical cancer.

There are several reasons that make the 12 respondents have bad prevention behavior despite having good personal factors. It can be seen through their perception, that pap smear test only need to be performed by women who had unsafe sexual behavior (changing sexual parters).

Based on demographic data there are 42 respondents who did not know about cervical cancer, 63 respondents had never perform pap smears and nearly all respondents never do HPV vaccines. This is because women of childbearing age have not received information about the prevention of cervical cancer so that

respondents can not manage stress well and are reluctant to undertake secondary examination of cervical cancer. But there are 11 respondents with a negative personal factors but has a good prevention efforts.

In this research, many respondents already implemented primary prevention in their daily behavior, such as avoiding smoking, doing regular physical activity, implementing a healthy diet and adequate rest. All these behaviors may reduce the incidence of cervical cancer. The action has not been done by the respondent in the prevention of cervical cancer was the Pap smear and Acetic acid visual inspection (AVI test). Family support and cadres to implement the health actions were very influential in the local area. There was a correlation between personal factors and prevention of cervical cancer, because of personal factors will positively lead to the improvement of health and prevention behavior. It would also require regular counseling program so that every woman of childbearing age in Kenjeran can understand aboutb cervical cancer prevention and undertake primary prevention behaviors in their daily lives, as well as secondary prevention with AVI examination or a pap smear regularly.

The results showed self-efficacy is not related to the prevention of cervical cancer in women of childbearing age in Puskesmas Kenjeran Surabaya. Some respondents did not understand how to prevent cervical cancer in women of childbearing age. Most respondents have a poor self-efficacy and a small portion of respondents have a strong self-efficacy. Recapitulation of self-efficacy questionnaire indicated that the respondents were sure to do the primary and secondary prevention of cervical cancer, so that respondents could improve self efficacy and eliminated anxiety to do prevention. Self-efficacy is the belief to take the desired action, self-efficacy is a person's background to perform an action or control certain situations (Bandura 1994). Experience and family support also affects the primary and secondary prevention of cervical cancer. The majority of respondents have 0-2 children and a small proportion of respondents have more than two children, thereby increasing the risk of cervical cancer. Motivation, self-efficacy, and self-confidence is an important part of healthy behaviors

(Rosenstock 1976). Self-efficacy plays a role in creating healthy behaviors in a person.

There were respondents who had self-efficacy is weak but able to take steps to prevent cervical cancer. This caused by a low educational background hence lack of knowledge about prevention of cervical cancer. In addition there were respondents who had strong self-efficacy but less prevention efforts. The respondents did not know about cervical cancer prevention, have a rest period of less than 8 hours per day and can not manage stress. When viewed from the level of anxiety, the respondents had lower levels of anxiety. This may affect the prevention of respondents. Despite having self-efficacy is less but still there is a sense to maintain health and prevention, especially primary prevention of cervical cancer.

Respondents who have strong self-efficacy and good prevention efforts as many as 14 people. One supporting factor is the level of education. Most respondents were middle and high school graduates. Education is a tool that can be used to improve behavior in social life. The level of education effect in response to a stressor that comes from outside. People who have a higher education will provide a more rational response than the low education or no education at all. Secondly, information obtained from formal and non formal education can increase knowledge. Information emerging from cognitive can provide the foundation for the formation of knowledge. According Erfandi (2009) factors that affect a person's level of knowledge among others, education, media, environment, experience, age, socio-cultural and economic.

Based on the interview, respondents are sure to maintain good health and will take steps to prevent cervical cancer as early as possible. This indicates that respondents have a good self-efficacy. Respondents perform various prevention efforts because they feel uncomfortable if the risk for cervical cancer. There is a relationship between preventive behaviors with good self-efficacy, due to the high value of self-efficacy individuals able to direct people to behave. On average respondents experiencing high anxiety before performing a secondary examination of cervical cancer. This causes the respondents are reluctant to undergo examinations and Pap smears AVI related to the prevention of cervical cancer. Strong self-efficacy will

increase confidence, reduce anxiety levels, improving preventive behaviors in yourself.

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

Women of childbearing age who have positive personal factors tend to have good prevention behavior while those who have strong self-efficacy lean to have less cervical prevention behavior of cervical cancer.

### Recommendation

Health provider at Puskesmas Kenjeran needs to improve the knowledge among women of child bearing age, because good knowledge will increase good prevention behavior of cervical cancer. Health education can be held among the cadres (community health volunteer), so they can spread the knowledge through their community and reduce the incidence of cervical cancer.

## REFERENCE

- Anthony M et al, 2010. Stroke prvnnton: Awaeeness of risk factors for Stroke Among African american Resident in the Missisipi Delta Region. *Journal of the National Medical Assosiation*, 102(2), pp.84–89.
- Bandura, A., 1994. *Self-efficacy*. In V.S Ramachaudran (Ed), *Encyclopedia of human behavior*, New York: acadmc press.
- Candraningsih, 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan WUS Tentang Kanker Serviks dengan Praktek Deteksi Dini Kanker Serviks di BPS Is Manyaran Semarang. Available at: <http://ejournal.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/search>.
- Chusairi,A & Hartini, N., 2003. *Health seeking behavior pada penderita paliatif*, surabaya: Airlangga.
- Depkes, 2011. kejadian kanker serviks. Available at: <<http://depkes.go.id>.
- Herman, 2014. Kesadaran untuk Deteksi Dini kanker Serviks Masih Rendah. Media Release. 4 Juli. Yayasan Kanker Indonesia. Available at: <<http://yayasankankerindonesia.org/2014/kesadaran-untuk-deteksi-dini-kanker-serviks-masih-rendah/>>..
- Rahayu s, 2010. *Peran kader paguyupan perempuan waspada kanker (PPWK) dalam mei=ningkatkan kesadaran*

*masyarakat untuk deteksi dini kanker servik.* Universitas 11 maret.

Rosenstock, I.M., 1976. *The health belief model and preventive health behavior.* *Health education Monographs,*

Supartiningsi, 2003. Peran ganda perempuan , sebuah analisis filosofi kritis. *Jurnal filsfat.*

Tommey, A.M & Alligood, M., 2006. *Nursing theorists and their work.* *Six Edition.* *St. Louis Missouri, Mosby.* *Verralls, S six editio.,*

Wilopo, 2010. *Epidemiologi dan Pencegahan Kanker Leher Rahim.* Available at: <http://chnrl.net/mkia-kr/files/CaCervic-textfinal.pdf>.

# INTERVENSI KEPERAWATAN *TRUNCAL CONTROL EXERCISE* TERHADAP FUNGSI EKSTREMITAS ATAS, KESEIMBANGAN, DAN BERJALAN PADA KLIEN PASCASTROKE

*(Nursing Intervention truncal Control Exercise of the Functional Capabilities of the Upper Limb, Balance and walk Clients Post Stroke)*

Kusnanto\* Ganda Ardiansyah\* Harmayetty\*  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Email: ganz.301285@gmail.com

## ABSTRAK:

**Pendahuluan:** Klien pascastroke akan mengalami gangguan postural tubuh yang dapat mempengaruhi keseimbangan, kemampuan berjalan dan fungsi ekstremitas atas. *Truncal control exercise* memperbaiki dan memelihara postural tubuh yang baik. Rehabilitasi pascastroke masih berfokus pada latihan tungkai atas dan bawah hemiplegia dibandingkan perbaikan postural tubuh. **Metode:** Jenis penelitian menggunakan *Quasy eksperimental* dengan desain *control group pretest – posttest*. Besar sampel didapatkan dengan tehnik consecutive sampling terdiri dari 20 responden (n-perlakuan = 10 dan n-kontrol = 10). Variabel independen adalah *truncal control exercise*. Variabel dependen adalah fungsi ekstremitas atas, keseimbangan, dan berjalan. Data dikumpulkan dengan menggunakan lembar observasi dan ceklist. Analisa data menggunakan *independent t-test* dan *paired t-test* dengan  $\alpha = 0,05$ . **Hasil:** Hasil uji statistik kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan p-value kemampuan fungsional ekstremitas atas = 0,270 dan p-value *performance* fungsi ekstremitas atas = 0,289. Hasil uji statistik kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan p-value keseimbangan = 0,017. Hasil uji statistik kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan p-value berjalan = 0,026. **Diskusi:** Intervensi keperawatan *truncal control exercise* kurang efektif terhadap perubahan fungsi ekstremitas atas, tetapi efektif terhadap keseimbangan dan berjalan klien pascastroke. Intervensi keperawatan *truncal control exercise* dapat dilanjutkan sebagai bentuk tindakan kolaboratif bagi perawat medikal bedah dengan fisioterapi untuk mengoptimalkan program rehabilitasi klien pascastroke dengan masalah keseimbangan dan berjalan di klinik maupun rumah klien.

**Kata kunci :** *Truncal control exercise*, fungsi ekstremitas atas, keseimbangan, berjalan.

## ABSTRACT

**Introduction:** Poststroke clients will have impaired postural body that can have affect to their balance, ability to gait and function of the upper limb. *Truncal control exercise* can improve and maintain body postural be good. Rehabilitation poststroke still focusing on upper and lower limbs exercise of hemiplegia compared postural body's repair. **Methods:** This type of research used experimental with quasy control group pretest – posttest design. The number of samples obtained with consecutive sampling techniques that appropriate criteria research consists of 20 respondents (n = 10 treatment-and n-control = 10). The independent variable is the truncal control exercise. The dependent variable is the function of the upper limb, balance, and gait. Data were collected by using observation and checklist sheets. Data were analyzed using independent t-test and paired t-test with  $\alpha = 0,05$ . **Results:** The results of statistical tests performed in the treatment group and the control was obtained p-value of the functional capabilities of the upper limb = 0.270 and p-value of performance of upper limb function = 0.289. The results of statistical tests performed in the treatment group and the control was obtained p-value of balance = 0.017. The results of statistical tests performed in the treatment group and the control was obtained p-value of gait = 0.026. **Discussion:** Nursing interventions truncal control exercise have less effective results to changes in upper limb function, but it is effective to balance and walk clients pascastroke. Nursing interventions truncal control exercise can be continued as a form of collaborative action for medical-surgical nurse with physiotherapy to optimize rehabilitation programs of posstroke clients with balance and gait problems in clinic or home's client.

**Keywords :** *Truncal control exercise*, upper limb function, balance, gait

## PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyebab kelumpuhan nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung koroner dan penyakit kanker (Feigin et al. 2009). Kelumpuhan fisik pasca Stroke disebabkan oleh gangguan postural tubuh yang dapat mempengaruhi keseimbangan, kemampuan berjalan dan meningkatkan risiko

jatuh klien serta gangguan aktivitas fungsional sehari-hari yang terkait dengan peran vital fungsi ekstremitas atas. (Weerdesteyn et al. 2008; Saeys et al. 2012; Aprile et al. 2006; Wee et al. 2015). *Truncal control exercise* memperbaiki dan memelihara postural tubuh yang baik dalam melakukan gerak serta menjadi dasar untuk semua gerakan pada lengan dan tungkai. Rehabilitasi pasca stroke masih berfokus pada latihan tungkai atas dan

bawah hemiplegia dibandingkan perbaikan postural tubuh (Karthikbabu *et al.* 2011; Irfan 2012).

WHO (2010), ditemukan dari 10 juta klien Stroke menunjukkan bahwa sebanyak 5 juta orang mengalami kematian dan 5 juta orang lainnya mengalami kelumpuhan fisik yang permanen pasca Stroke (Mozaffarian *et al.* 2015). Hasil penelitian didapatkan bahwa di antara 160 responden, 53 responden (33%) dilaporkan mengalami jatuh selama periode 1 tahun pasca Stroke dan dari 53 klien, 37 klien (70%) terjatuh di rumah, dengan usia rata-rata klien adalah 71 tahun. (Schmid *et al.* 2013). Laporan Riskesdas tahun 2007 didapatkan bahwa kelumpuhan fisik berdasarkan penyakit yang diderita menunjukkan peningkatan dari 3896 klien Stroke, 1622 klien mengalami kelumpuhan fisik permanen dengan prevalensi klien Stroke di Indonesia yang meningkat dari 8,3 per 1000 penduduk menjadi 12,1 per 1000 penduduk pada hasil laporan Riskesdas 2013 (Depkes RI 2008; Depkes RI 2014).

Gangguan keseimbangan, kelemahan otot dan penurunan fleksibilitas jaringan lunak pada klien Stroke disebabkan gangguan fungsi serebellum-vestibular dan lesi sel saraf *Upper Motor Neuron* yang terjadi saat serangan Stroke yang berdampak kelemahan fungsi gerak pada seluruh ekstremitas, kedua ekstremitas atau sebagian ekstremitas (Smeltzer *et al.* 2010; Ganong 2013). Keterlambatan aktifitas otot dan pembentukan gerakan pada ekstremitas atas-bawah mempengaruhi stabilitas tubuh dalam merespon keseimbangan yang menyebabkan klien pasca Stroke mengalami gangguan postural hingga klien dapat terjatuh saat memulai gerakan berdiri dan berjalan serta gangguan aktivitas fungsional sehari-hari akibat penurunan kemampuan fungsi ekstremitas atas klien (Irfan 2012; Saeys *et al.* 2012; Wee *et al.* 2015). Kemampuan kontrol postural dibutuhkan dalam seluruh aspek gerakan fungsional tubuh dan terkait dengan peran dasar dalam keseimbangan postur sehingga gerak ekstremitas atas-bawah menjadi terkontrol dan efisien (Lalonde & Strazielle 2007; Karthikbabu *et al.* 2011). Otot-otot *trunk* memegang peran yang terintegrasi dalam stabilisasi postur tubuh. Mobilitas gerak ekstremitas hanya dapat dilakukan dengan stabilitas postur tubuh yang memadai (Irfan 2012; Saeys *et al.* 2012).

Pendekatan *The Mauk Model Of PostStroke Recovery* diharapkan menjadi ruang bagi keperawatan untuk mengakomodasi bentuk intervensi keperawatan *truncal control exercise* terhadap fungsi ekstremitas pada klien pasca Stroke.

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian menggunakan *Quasy eksperimental* dengan desain *control group pretest – posttest*. Kelompok perlakuan dilakukan intervensi keperawatan *truncal control exercise* dan kelompok kontrol dilakukan intervensi sesuai dengan program rumah sakit. Pada kedua kelompok diawali dengan *pre test* dan setelah dilakukan intervensi diadakan *post test*. Populasi penelitian adalah klien Stroke infark yang dirawat di ruang Soka RSUD Nganjuk pada bulan 23 Mei – 16 Juli 2016. Besar sampel didapatkan dengan tehnik *consecutive sampling* yang sesuai kriteria penelitian terdiri dari 20 responden (n-perlakuan = 10 dan n-kontrol = 10). Kriteria penelitian adalah kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : klien pasca Stroke infark ( $\geq 72$  jam pasca serangan Stroke), mempunyai riwayat serangan pertama, berusia 45 - 60 tahun, mengalami hemiparese (ekstremitas atas dan bawah), mempunyai tekanan darah sistolik  $\leq 140$  mmHg (untuk klien tanpa riwayat Gagal ginjal kronik) dari hasil observasi 24 jam terakhir selama 4 kali pengukuran tekanan darah. Klien pasca Stroke dengan nilai/skor screening : Derajat kecacatan Stroke 1-3, Streamlined Wolf Motor Function test  $\geq 6$ , Berg Balance Scale test  $\geq 14$ , dan Tinetti test  $\geq 0$ . Variabel independen adalah *truncal control exercise*. Variabel dependen adalah fungsi ekstremitas atas, keseimbangan, dan berjalan. Data dikumpulkan dengan menggunakan lembar observasi dan ceklist dari *The Streamlined Wolf Motor Function* (fungsi ekstremitas atas), *Berg Balance Scale test* (keseimbangan), dan *Tinetti test-subsection gait* (berjalan). Analisa data deskriptif untuk mengetahui distribusi frekuensi meliputi mean, SD, uji normalitas, dan uji homogenitas dari fungsi ekstremitas atas, keseimbangan, dan berjalan pada kelompok perlakuan dan kontrol. Analisa inferensial untuk distribusi data normal menggunakan *independent t-test* dan *paired t-test* dengan  $\alpha = 0,05$ . Analisa inferensial untuk



distribusi data tidak normal menggunakan *mann-whitney test* dan *wilcoxon test* dengan  $\alpha$

= 0,05.

### HASIL PENELITIAN

Pada tabel 1 terlihat bahwa pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan *truncal control exercise*, 6 orang klien pascastroke mempunyai nilai kemampuan fungsional ekstremitas atas dibawah sama

dengan 12 (60%) dan rerata nilai 11,20. Sesudah dilakukan *truncal control exercise* selama 24 hari, nilai kemampuan fungsional ekstremitas atas menunjukkan peningkatan

Tabel 1. Hasil observasi dan analisis kemampuan fungsional ekstremitas atas klien pascastroke sebelum dan sesudah intervensi *truncal control exercise* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Ruang Soka RSUD Nganjuk pada bulan 23 Mei – 16 Juli 2016

No Resp	Kemampuan Fungsional Ekstremitas Atas					
	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)
1	11	14	+3	7	11	+4
2	6	10	+4	15	17	+2
3	14	18	+4	13	17	+4
4	13	15	+2	6	9	+3
5	14	16	+2	13	15	+2
6	12	14	+2	12	13	+1
7	11	13	+2	11	12	+1
8	11	13	+2	14	18	+4
9	14	20	+6	11	12	+1
10	6	11	+5	8	11	+3
Rerata $\pm$ SD	11,20 $\pm$ 3,010	14,40 $\pm$ 3,026		11,00 $\pm$ 3,055	13,50 $\pm$ 3,064	
Rerata $\Delta$ (Pre-Post) $\pm$ SD			3,20 $\pm$ 1,476			2,50 $\pm$ 1,269
Paired t-test	p = 0,00			p = 0,00		
Independent t-test	p = 0,270					

Responden yang mengalami peningkatan nilai kemampuan fungsional ekstremitas atas sesudah dilakukan intervensi berada diatas nilai 12, yaitu sebanyak 8 orang (80%) dengan rerata nilai 14,40.

Hasil berbeda ditunjukkan kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi sesuai standar rumah sakit, 6 orang klien pascastroke juga mempunyai nilai kemampuan fungsional ekstremitas atas dibawah sama dengan 12 (60%) dan rerata nilai 11,00. Sesudah klien pascastroke menjalani intervensi sesuai dengan standar rumah sakit, nilai kemampuan fungsional ekstremitas atas kelompok kontrol juga mengalami peningkatan. Klien pascastroke yang mengalami peningkatan nilai kemampuan fungsional ekstremitas atas sesudah dilakukan intervensi sesuai standar rumah sakit berada diatas nilai 12, yaitu hanya 5 orang (50%) dengan rerata nilai 13,50.

Hasil analisis pada tabel 1 menunjukkan bahwa hasil uji analisis perbedaan selisih kemampuan fungsional ekstremitas atas sesudah intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol, didapatkan *p-value* = 0,270 yang berarti tidak terdapat perbedaan perubahan kemampuan fungsional ekstremitas atas antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Pada tabel 2 terlihat bahwa pada kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi

*truncal control exercise*, 5 orang mempunyai waktu *performance* fungsi ekstremitas atas kurang dari sama dengan 9 detik dan rerata waktu 8,98 detik. Sesudah dilakukan *truncal control exercise* selama 24 hari, 6 orang mempunyai waktu *performance* fungsi ekstremitas atas kurang dari sama dengan 9 detik dan rerata waktu 8,52 detik.

Pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi sesuai standar rumah sakit, 10 orang mempunyai waktu *performance* fungsi ekstremitas atas diatas 9 detik dengan rerata waktu 9,99 detik. Sesudah dilakukan intervensi sesuai dengan standar rumah sakit, 3 orang mempunyai waktu *performance* fungsi ekstremitas atas kurang dari sama dengan 9 detik dengan rerata waktu 9,73 detik

Tabel 2 Hasil observasi dan analisis *performance* ekstremitas atas klien pascastroke sebelum dan sesudah intervensi *truncal control exercise* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Ruang Soka RSUD Nganjuk pada bulan 23 Mei – 16 Juli 2016

No Resp	Rerata <i>Performance</i> Fungsi Ekstremitas Atas (dtk)					
	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)
1	9,5	8,67	-0,83	13,33	12,83	-0,50
2	13,5	12,83	-0,67	7,17	7,17	0,00
3	7	6,33	-0,67	9,50	9,00	-0,50
4	7	6,67	-0,33	12,33	12,00	-0,33
5	6,17	6,17	-0,00	9,50	9,17	-0,33
6	9,5	9,17	-0,33	9,83	9,33	-0,50
7	8,83	9,17	+0,33	9,33	9,50	+0,17
8	8,83	9,00	+0,17	7,00	7,00	0,00
9	6,83	5,50	-1,33	9,83	9,50	-0,33
10	12,67	11,67	-1,00	12,17	11,83	-0,33
Rerata $\pm$ SD	8,98 $\pm$ 2,471	8,52 $\pm$ 2,414		9,99 $\pm$ 2,088	9,73 $\pm$ 1,951	
Rerata $\Delta$ (Pre-Post) $\pm$ SD			0,466 $\pm$ 0,531			0,265 $\pm$ 0,238
Paired t-test	p = 0,022			p = 0,007		
Independent t-test				p = 0,289		

Hasil analisis ditunjukkan pada tabel 2 yang menunjukkan bahwa hasil uji analisis perbedaan selisih rerata waktu *performance* fungsi ekstremitas atas sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol, didapatkan nilai  $p = 0,289$ . Hasil nilai  $p > 0,05$  berarti tidak terdapat perbedaan selisih rerata waktu *performance* fungsi ekstremitas atas antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Pada tabel 3 terlihat bahwa sebelum dilakukan intervensi *truncal control exercise*, kelompok perlakuan didapatkan 5 orang mempunyai nilai keseimbangan dibawah dari sama dengan 30 dan nilai rerata keseimbangan adalah 25,50. Sesudah dilakukan intervensi *truncal control exercise* selama 24 hari, didapatkan bahwa 9 orang kelompok perlakuan mempunyai nilai keseimbangan diatas 30 dengan rerata nilai sebesar 37,60.

Tabel 3 Hasil observasi dan analisis nilai keseimbangan klien pascastroke sebelum dan sesudah intervensi *truncal control exercise* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Ruang Soka RSUD Nganjuk pada bulan 23 Mei – 16 Juli 2016

No Resp	Nilai Keseimbangan					
	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)
1	23	37	+14	15	26	+11
2	14	28	+14	32	42	+10
3	33	46	+13	26	37	+11
4	31	42	+11	16	24	+8
5	33	42	+9	25	36	+11
6	25	37	+12	25	38	+13
7	26	38	+12	26	35	+9
8	25	37	+12	31	40	+9
9	31	45	+14	25	34	+9
10	14	24	+10	14	25	+11
Rerata $\pm$ SD	25,50 $\pm$ 7,03	37,60 $\pm$ 7,01		23,50 $\pm$ 6,38	33,70 $\pm$ 6,45	
Rerata $\Delta$ (Pre-Post) $\pm$ SD			12,10 $\pm$ 1,729			10,20 $\pm$ 1,476
Paired t-test	p = 0,00			p = 0,00		
Independent t-test				p = 0,017		

Hasil kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi sesuai standar rumah sakit, 8 orang mempunyai nilai keseimbangan dibawah sama dengan 30 dan rerata nilai keseimbangan sebesar 23,50. Sesudah dilakukan intervensi, didapatkan bahwa 7 orang kelompok kontrol mempunyai nilai keseimbangan diatas 30 dengan rerata nilai sebesar 33,70.

Hasil analisis ditunjukkan pada tabel 3 yang menunjukkan bahwa hasil uji analisis perbedaan rerata selisih nilai keseimbangan

setelah intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan *Independent t-test* didapatkan nilai  $p = 0,017$  yang berarti terdapat perbedaan perubahan keseimbangan antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Pada tabel 4 terlihat bahwa sebelum dilakukan intervensi *truncal control exercise*, kelompok perlakuan didapatkan 7 orang mempunyai nilai kemampuan berjalan dibawah sama dengan 8 dan nilai rerata kemampuan berjalan adalah 7,90. Sesudah dilakukan intervensi *truncal control exercise* selama 24

hari, didapatkan bahwa 8 orang kelompok perlakuan mempunyai nilai kemampuan berjalan diatas 8 dengan rerata nilai sebesar 10,20.

Hasil kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi sesuai standar rumah sakit, 10 orang mempunyai nilai kemampuan berjalan dibawah dari sama dengan 8 dan

rerata nilai keseimbangan sebesar 7,00. Sesudah dilakukan intervensi, didapatkan bahwa 4 orang kelompok kontrol mempunyai nilai kemampuan berjalan diatas 8 dengan rerata nilai sebesar 8,60.

**Tabel 4 Hasil observasi dan analisis berjalan klien pascastroke sebelum dan sesudah intervensi *truncal control exercise* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Ruang Soka RSUD Nganjuk pada bulan 23 Mei – 16 Juli 2016**

No Resp	Nilai Kemampuan Berjalan					
	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)	Pre	Post	$\Delta$ (pre - post)
1	7	10	+3	6	7	+1
2	6	8	+2	7	12	+5
3	9	11	+2	8	8	0
4	8	11	+3	6	7	+1
5	10	12	+2	7	9	+2
6	8	10	+2	8	9	+1
7	8	10	+2	7	8	+1
8	7	10	+3	8	11	+3
9	10	12	+2	7	8	+1
10	6	8	+2	6	7	+1
Rerata $\pm$ SD	7,90 $\pm$ 1,45	10,20 $\pm$ 1,40		7,00 $\pm$ 0,82	8,60 $\pm$ 1,95	
Rerata $\Delta$ (Pre-Post) $\pm$ SD			2,30 $\pm$ 0,483			1,70 $\pm$ 1,703
Paired t-test Wilcoxon test	p = 0,000			p = 0,006		
Uji Mann-Whitney				p = 0,026		

Hasil analisis ditunjukkan pada tabel 4 yang menunjukkan bahwa hasil uji analisis perbedaan rerata selisih nilai kemampuan berjalan setelah intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol dengan menggunakan Uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai  $p = 0,026$  yang berarti terdapat perbedaan perubahan kemampuan berjalan antara kelompok perlakuan dan kontrol.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian sebelum dilakukan intervensi *truncal control exercise* pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa hampir seluruh responden bisa melakukan tugas yang diberikan antara lain meletakkan tangan ke meja dan meletakkan tangan ke *box* dengan gerakan perlahan, tetapi untuk tugas meraih dan mengambil ke depan, mengangkat kaleng serta mengangkat pensil, sebagian besar responden melakukan gerakan masih dipengaruhi sinergi derajat pada siku lengan yang lemah dan gerakan dilakukan secara perlahan. Tugas dari penilaian SWMFT yang sulit dilakukan responden adalah melipat handuk, yang ditunjukkan dari 10 orang kelompok perlakuan saat melipat handuk menggunakan lengan yang lemah masih

membutuhkan bantuan lengan yang sehat untuk sedikit menyesuaikan diri atau merubah posisi. Kondisi yang sama juga terlihat pada kelompok kontrol.

Hasil sesudah dilakukan intervensi keperawatan *truncal control exercise* didapatkan bahwa sebagian besar klien pascastroke saat melakukan tugas yang diberikan sudah mampu melakukan gerakan secara normal, tetapi masih sedikit lambat dan koordinasi motorik halus kurang stabil, seperti meletakkan tangan ke meja, meletakkan tangan ke *box*, meraih – mengambil ke depan, mengangkat kaleng dan mengangkat pensil. Sedangkan untuk tugas melipat handuk, hampir seluruh klien pascastroke dapat melakukan meski dengan gerakan yang perlahan.

Penelitian yang terkait langsung antara pengaruh intervensi *truncal control exercise* dengan fungsi ekstremitas atas pada klien pascastroke memang belum ditemukan peneliti. Hasil penelitian yang ditemukan peneliti hanya terkait penguatan kontrol otot *trunk* dengan pemberian *restrain* dalam peningkatan fungsi ekstremitas atas, yaitu penelitian yang dilakukan Wee *et al.* (2015) dengan desain *cross sectional study*, didapatkan bahwa klien pascastroke dengan hemiplegia yang

mendapatkan penguatan terhadap kontrol *trunk*, melalui pengukuran *the streamlined wolf motor function test* ditemukan terjadi penurunan waktu *performance* sebesar 1,83 detik dan peningkatan kemampuan fungsional ekstremitas atas sebesar 0,1 poin (Wee *et al.*, 2015).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa setengah klien pascastroke mempunyai manifestasi klinis yang sama yaitu hemiparesis kanan-kiri atas-bawah. Hemiparesis terjadi karena disfungsi *Upper motor neuron* dalam korteks serebri, substansia alba subkortikal, kapsula interna, batang otak, atau medula spinalis dan *Lower motor neuron* dalam nukleus motorik pada batang otak dan kornu anterior medula spinalis saat serangan Stroke iskemik akut terjadi (Kowalak *et al.*, 2011).

Secara teori, *truncal control exercise* dapat memperkuat otot-otot *trunk* yang akan melatarbelakangi stabilisasi inti dari tubuh sehingga dapat meningkatkan pergerakan segmen proksimal dan distal dari ekstremitas atas (Gjelsvik 2014; Wee *et al.*, 2015). Latihan stabilisasi otot *trunk* didapatkan memiliki efek pada stabilisasi bahu yang diikuti peningkatan gerakan siku, pergelangan tangan dan jari. *Trunk* yang stabil memberikan dasar yang kuat untuk gerakan awal yang dihasilkan ekstremitas atas (Kim *et al.*, 2011; Bae *et al.*, 2013; Miyake *et al.*, 2013)

Stabilisasi postural tubuh akan meningkatkan kinerja otot-otot inti salah satunya yaitu kontraksi *intra abdominal pressure* pada otot abdominalis, didukung oleh stabilisasi bahu yang meningkat saat *truncal control exercise* akan mendukung inisiasi proses impuls motorik untuk melakukan gerakan yang lebih stabil sehingga dapat meningkatkan pergerakan siku, pergelangan tangan dan jari-jari untuk perbaikan fungsi ekstremitas atas.

Hasil uji statistik tidak menunjukkan perbedaan secara bermakna dan belum ada penelitian yang terkait secara langsung antara intervensi keperawatan *truncal control exercise* dan fungsi ekstremitas atas dengan menggunakan desain penelitian *randomized control trial*. Kesimpulan hipotesis pertama adalah intervensi keperawatan *truncal control exercise* tidak berpengaruh terhadap fungsi ekstremitas atas pada klien pascastroke.

Opini dalam penelitian ini didukung teori mekanisme pemulihan Stroke melalui kortikospinal lateral yang mengungkapkan

bahwa traktus kortikospinal merupakan jalur saraf utama yang memperantarai pergerakan terampil volunter. Terdapat dua jalur traktus kortikospinal yang terpisah. Bagian yang terbesar melintasi traktus kortikospinal lateral yang terbentuk sebanyak 75-90% dan serat kortikospinal melintasi pada medula menyebabkan fungsi utama pada kortikospinal lateral untuk mengontrol perototan (*musculature*) pada bagian distal mempengaruhi pergerakan motorik halus pada klien pascastroke (Jang 2007; Takeuchi & Izumi 2013). Kelemahan ekstremitas atas klien pascastroke terjadi pada 70-80% dan dapat terus menetap pada 4% klien. Pemulihan ekstremitas atas yang mengalami kelemahan terjadi dalam tiga bulan pertama setelah mengalami serangan Stroke (Rabadi *et al.*, 2008).

Hasil penelitian setelah dilakukan intervensi keperawatan *truncal control exercise* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan secara bermakna rerata selisih nilai keseimbangan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil observasi penilaian dengan *Berg Balance Scale test* sebelum intervensi didapatkan bahwa sebagian klien pascastroke pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masih mampu melakukan semua prosedur tugas dari item BBS dengan nilai skor 2 yaitu membutuhkan bantuan minimal dan waktu yang terbatas. Pada hasil observasi penilaian BBS pada kelompok perlakuan didapatkan data bahwa sesudah dilakukan intervensi *truncal control exercise* ada 4 orang mendapatkan nilai maksimal dengan mampu mandiri dan stabil melakukan item prosedur *Berg Balance Scale test* yaitu duduk tak tersangga dengan tangan melipat selama 2 menit dan hampir seluruh klien pascastroke mendapatkan nilai skor 3 dari setiap item prosedur *Berg Balance Scale test*, yang berarti mampu melakukan item prosedur secara stabil dan mandiri dengan pengawasan dan alat bantu. Hasil observasi penilaian BBS kelompok kontrol didapatkan data bahwa sesudah dilakukan intervensi sesuai program rumah sakit, hampir seluruh klien pascastroke masih berada pada nilai skor 2 untuk penilaian item *Berg Balance Scale test*, yang berarti masih membutuhkan bantuan minimal dan waktu yang terbatas dalam menyelesaikan item prosedur.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *randomized control trial* yang

dilakukan oleh Saeys *et al.* (2012) pada 33 orang klien yang mengalami hemiparesis menunjukkan bahwa *truncal exercise* secara bermakna dapat meningkatkan keseimbangan berdiri klien pascastroke (Saeys *et al.*, 2012). Hasil penelitian *randomized control trial* yang dilakukan Kilinc *et al.* (2016) pada 22 klien pascastroke yang mengalami hemiparesis menunjukkan bahwa Metode Bobath pendekatan *truncal exercise* secara bermakna dapat meningkatkan keseimbangan klien pascastroke daripada latihan konvensional (Kilinc *et al.*, 2016).

Hasil penelitian ini dan juga hasil penelitian lain yang mendukung, dapat disimpulkan bahwa intervensi keperawatan *truncal control exercise* dapat meningkatkan keseimbangan klien pascastroke secara bermakna. Kesimpulan penelitian ini didukung oleh pendapat yang dikemukakan oleh Verheyden *et al.* (2006) yang menyatakan bahwa *truncal exercise* difokuskan untuk meningkatkan stabilisasi *truncal* yang merupakan inti komponen penting dari keseimbangan dan terkoordinasi dengan penggunaan ekstremitas dalam melakukan aktivitas fungsional sehari-hari (Verheyden *et al.*, 2006).

Stabilisasi postural tubuh dengan latihan *truncal control exercise* akan diikuti perubahan letak *centre of gravity* (COG) sehingga tubuh mampu memprediksi respon terhadap *gravity* dan *ground reaction force* (GRF), yang memungkinkan tubuh tetap seimbang melalui penyesuaian terhadap *Base of support* (BOS) dan *centre of gravity* (COG).

Fasilitasi *motor learning* dan *motor re-learning* klien pascastroke menjadi faktor penting dalam pembentukan koneksi fungsional antara sistem penunjang kontrol postural sehingga dapat terbentuk stabilisasi lumbar dan menstimulasi kontrol neuromuskuler, kekuatan dan daya tahan otot yang penting sebagai penjaga stabilitas dinamis dari tulang belakang sehingga terjadi perbaikan keseimbangan, terutama peningkatan keseimbangan duduk klien pascastroke.

Hasil penelitian setelah dilakukan intervensi keperawatan *truncal control exercise* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata selisih nilai kemampuan berjalan antara kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil penilaian kemampuan berjalan dengan menggunakan *tinetti test – subsection*

*gait* kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi *truncal control exercise* didapatkan data bahwa pada intruksi kesimetrian melangkah seluruh klien pascastroke mempunyai jarak melangkah kaki kanan-kiri yang tidak sama dan ada 4 orang klien pascastroke memulai inisiasi berjalan dengan ragu. Sesudah dilakukan intervensi *truncal control exercise* didapatkan hasil penilaian *tinetti test – subsection gait* bahwa nilai kesimetrian melangkah hampir seluruh klien pascastroke sudah mempunyai jarak melangkah kaki kanan-kiri yang sama dan seluruh responden menginisiasi berjalan tanpa ragu. Hasil penelitian sesudah dilakukan *truncal control exercise* juga didapatkan data bahwa hampir seluruh klien pascastroke terjadi peningkatan item instruksi berjalan lurus tanpa menggunakan alat bantu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *randomized control trial* yang dilakukan oleh Saeys *et al.* (2012) pada 33 orang pascastroke yang mengalami hemiparesis menunjukkan bahwa *truncal exercise* selain dapat meningkatkan keseimbangan berdiri, secara bermakna juga meningkatkan kemampuan berjalan klien pascastroke (Saeys *et al.*, 2012). Hasil penelitian *randomized control trial* yang dilakukan Kilinc *et al.* (2016) pada 22 responden pascastroke yang mengalami hemiparesis menunjukkan bahwa metode Bobath pendekatan *truncal exercise* selain meningkatkan keseimbangan, secara bermakna juga dapat meningkatkan kemampuan berjalan klien pascastroke daripada latihan konvensional (Kilinc *et al.*, 2016).

Hasil penelitian ini dan juga hasil penelitian sebelumnya, peneliti berkesimpulan bahwa intervensi keperawatan *truncal control exercise* dapat meningkatkan kemampuan berjalan klien pascastroke secara bermakna. Kesimpulan peneliti ini didukung oleh pendapat yang dikemukakan oleh Verheyden *et al.* (2006) bahwa sekelompok otot *truncal* berperan penting mempertahankan postur yang stabil melawan gravitasi yang dapat memberikan kestabilan bagian proksimal dari ekstremitas dan kepala. Kestabilan proksimal merupakan prasyarat terjadinya gerakan leher dan ekstremitas yang baik (Verheyden *et al.*, 2006). Lamoth *et al.* (2008) juga mengemukakan bahwa latihan *core stability* dengan berbasis pada kontrol *trunk* dapat meningkatkan ayunan posterior panggul dan

perpindahan *centre of gravity* selama fase ayunan melangkah.

Koordinasi kelompok *trunk* (transversus abdominis dan oblikus internal) memiliki efek pada parameter berjalan karena menstabilisasi tulang belakang, daerah lumbopelvik, dan semua segmen *trunkus*-pelvis saat menapakkan kaki, meskipun adaptasi fleksibel dalam perubahan kecepatan berjalan tidak berpengaruh dengan latihan *core stability*. Peningkatan stabilitas postural tubuh terutama otot *trunk* bawah dan panggul menghasilkan *shiftness* dari *lumbar spine* sekaligus memberikan *postural support* dapat meningkatkan kemampuan keseimbangan statis, keseimbangan dinamis, dan kontrol gerakan *spine* sehingga dapat menyebabkan gaya berjalan lebih stabil (Chung *et al.*, 2013; Irfan 2012).

*Truncal control exercise* menjadikan pola aktivasi yang sinergis dalam terbentuknya *base of support* pada seluruh *trunk* dan otot spinalis. Pembentukan *base of support* yang baik juga dipengaruhi gabungan struktur *hip* dan *pelvic* dari keduanya. *Hip* dan *pelvic* terdapat gabungan kelompok otot besar yang merupakan stabilisator dari *trunk* sampai dasar kaki dan menyediakan power untuk gerakan melangkah ke depan. Intervensi *truncal control exercise* ini dapat meningkatkan kemampuan berjalan terutama kesimetrian melangkah dari kedua kaki dan kemampuan berjalan lurus tanpa menggunakan alat bantu.

Hasil uji statistik yang membandingkan sebelum-sesudah intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol didapatkan bahwa tidak ada perbedaan *truncal control exercise* terhadap fungsi ekstremitas atas, ada perbedaan intervensi keperawatan *truncal control exercise* terhadap keseimbangan dan berjalan pada klien pascastroke. Penelitian disimpulkan bahwa intervensi keperawatan *Truncal control exercise* kurang efektif terhadap perubahan fungsi ekstremitas atas, tetapi efektif terhadap keseimbangan dan berjalan klien pascastroke. Intervensi keperawatan *Truncal control exercise* lebih efektif terhadap perubahan keseimbangan daripada perubahan kemampuan berjalan pada klien pascastroke, dikarenakan mempunyai nilai *p-value* keseimbangan lebih kecil daripada *p-value* berjalan

Hasil kesimpulan peneliti sejalan dengan penelitian yang dilakukan Verheyden *et al.* (2006) mengenai kemampuan *trunk*

pascastroke dan hubungannya dengan keseimbangan, berjalan, dan kemampuan fungsional pada 51 klien pascastroke. Hasil penelitian dengan analisis regresi linear multivariat didapatkan bahwa keseimbangan lebih signifikan dibandingkan dengan berjalan dan kemampuan fungsional. Penelitian *randomized control trial* yang dilakukan Verheyden *et al.* (2009) juga mendukung hasil penelitian ini. Verheyden *et al.* (2009) melakukan penelitian terkait latihan peningkatan performa *trunk* pada 33 klien pascastroke, berdasarkan hasil *general linear repeated measures model* didapatkan bahwa keseimbangan lebih signifikan dibandingkan kemampuan kontrol *trunk* dan berjalan. Penelitian *pre-post design* yang dilakukan Karthikbabu *et al.* (2011) mengenai peran rehabilitasi kontrol *trunk* terhadap kemampuan kontrol *trunk*, keseimbangan, dan berjalan pada 15 klien pascastroke. Hasil penelitian menyatakan bahwa rerata *effect size index* (*d*) dari kontrol *trunk* (*d* = 1,75) dan keseimbangan (*d* = 1,65) lebih besar daripada berjalan (*d* = 0,65).

*Truncal exercise* akan menstimulasi sensorimotor akan meningkatkan neuroplasticity otak yang diikuti reorganisasi *cortical maps*, sehingga terjadi pemulihan sel saraf pendukung kemampuan fungsional. Input somatosensoris ke *cortex* motorik menyebabkan terjadinya *motor re-learning* yang diikuti pemulihan motor (gerakan). Sel saraf sensori dan motorik yang telah pulih akan meningkatkan kemampuan kelompok otot *core* (otot *spine*, abdominalis, dan *pelvic*) sehingga kontrol *trunk* klien meningkat. Stabilitas terhadap otot *trunk* dan memiliki efek pada stabilisasi bahu yang diikuti peningkatan gerakan siku, pergelangan tangan dan jari. *Trunk* yang stabil memberikan dasar yang kuat untuk gerakan awal yang dihasilkan ekstremitas atas (Kim *et al.*, 2011; Bae *et al.*, 2013; Miyake *et al.*, 2013). Stabilitas kontrol *trunk* juga akan meningkatkan stabilisasi postural tubuh. Stabilisasi postural tubuh akan diikuti perubahan letak *centre of gravity* (COG) sehingga tubuh mampu memprediksi respon terhadap *gravity* dan *ground reaction force* (GRF), yang memungkinkan tubuh tetap seimbang melalui penyesuaian terhadap *base of support* (BOS) dan *centre of gravity* (COG). Aktivasi kelompok otot abdominalis, diafragma dan *pelvic floor* yang saling

bersinergi dalam memperbaiki stabilisasi postural tubuh akan menghasilkan kekakuan (*stiffness*) dari lumbar *spine*, sekaligus memberikan *postural support* untuk meningkatkan kontrol gerakan *spine*. Kontrol *spine* yang adekuat akan memperkuat *power* klien pascastroke dalam melakukan gerakan ayunan dan melangkah selama gerakan berjalan (Irfan 2012).

Hasil analisis untuk efek *truncal control exercise* terhadap fungsi ekstremitas atas tidak bermakna dan dari hasil data tabulasi fungsi ekstremitas atas dan teori yang mendukung, *truncal control exercise* juga dapat berefek terhadap fungsi ekstremitas atas. Hal ini dikarenakan klien pascastroke telah memasuki tahap rehabilitasi dan intervensi dilakukan di rumah yang mendukung proses pemulihan fungsi neurologis menjadi lebih baik dan kondisi klien pascastroke lebih stabil. Faktor lain seperti motivasi dan dukungan keluarga menjadi penting dalam mengembalikan fungsi ekstremitas atas, keseimbangan dan berjalan klien pascastroke. Kondisi jauh berbeda terjadi di rumah sakit, dimana klien pascastroke dalam tahap fase akut stroke, sehingga keadaan organ-organ masih dalam tahap adaptasi (Warlow *et al.*, 2007).

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penatalaksanaan klien stroke secara umum. Diagnosa keperawatan dan intervensinya merupakan arahan yang sesuai dalam manajemen perawatan klien stroke. Prinsip rehabilitasi lanjut klien pascastroke dengan pendekatan *problem solving*. Pendekatan ini mengarahkan perawat bahwa setiap klien stroke memiliki karakteristik tertentu dan menentukan bentuk yang spesifik dengan mengacu pada prinsip dasar rehabilitasi yang sama. Tugas dan wewenang perawat dalam proses rehabilitasi klien stroke berdasarkan Undang-Undang Keperawatan Nomor 38 tahun 2014 Bab V tentang Praktik Keperawatan menyatakan bahwa perawat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan yang dapat dilakukan melalui praktek mandiri dengan berpegang teguh kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.

Tugas dan wewenang perawat didukung filosofi Kristin L. Mauk dengan teori *The Mauk Model Of Poststroke Recovery* yang berpandangan bahwa klien pascastroke sering menghadapi masalah fisik, psikososial dan emosional setelah meninggalkan rumah sakit.

*Discharge planning* perawatan pascastroke di rumah, masih diberikan ketika klien dan keluarga belum mampu untuk belajar menerima konsekuensi dampak stroke di rumah. Pendekatan *The Mauk Model Of Poststroke Recovery* menjadi ruang bagi keperawatan untuk mengakomodasi bentuk intervensi keperawatan *truncal control exercise*. Pada rehabilitasi klien pascastroke, Mauk (2006) menjelaskan bahwa perawat dapat mengidentifikasi fase *recovery* dari klien pascastroke yang terdiri dari 6 fase (*agonizing, fantasizing, realizing, blending, framing, dan owning*) dan dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

*Truncal control exercise* dapat dilakukan pada klien pascastroke yang mengalami pemulihan stroke fase *blending*. Selama fase *blending*, klien memulai untuk mengolah bentuk kehidupan pascastroke sesuai kemampuan klien dan merupakan waktu yang ideal bagi perawat untuk memberikan instruksi tentang *self care* dan *truncal control exercise* dapat diberikan karena motivasi klien untuk belajar secara umum masih tinggi. Pada fase *blending*, perawat dapat menekankan klien bahwa kekuatan yang tampak dalam diri dapat mendorong harapan serta mendorong ketekunan dan motivasi klien selama rehabilitasi. Perawat secara aktif mempromosikan keterlibatan keluarga. Fokus tindakan keperawatan pada fase *blending* adalah mengajari dengan memasukkan seluruh *skill* yang dibutuhkan untuk penyesuaian hidup pascastroke di rumah dan penguatan *skill* yang diberikan dapat diawali dengan pemberian latihan *truncal control exercise* pada klien pascastroke.

Pelaksanaan *truncal control exercise* yang mempunyai keterkaitan dan sinergi erat dalam proses asuhan keperawatan dapat melatarbelakangi perawat untuk lebih meningkatkan aspek keilmuan terkait patofisiologi sistem muskuloskeletal dan aspek kolaborasi dengan fisioterapis melalui *sharing* berbagai tehnik dasar gerakan fisioterapi. Keterbatasan jumlah fisioterapis di rumah sakit yang belum sebanding dengan jumlah perawat dapat teratasi melalui kolaborasi yang baik antara perawat dan fisioterapis dalam pelaksanaan perawatan klien pascastroke untuk mencapai peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal.

## SIMPULAN DAN SARAN

## Simpulan

Intervensi keperawatan *Truncal control exercise* kurang efektif terhadap perubahan fungsi ekstremitas atas, tetapi efektif terhadap keseimbangan dan berjalan klien pascastroke. Intervensi keperawatan *Truncal control exercise* lebih efektif terhadap perubahan keseimbangan daripada perubahan kemampuan berjalan pada klien pascastroke.

## Saran

Intervensi keperawatan *truncal control exercise* dapat dilanjutkan sebagai bentuk tindakan kolaboratif bagi perawat medikal bedah dengan fisioterapi sehingga dapat mengoptimalkan program rehabilitasi klien pasca Stroke yang mengalami masalah fungsi ekstremitas atas, keseimbangan, dan berjalan di klinik maupun rumah klien.

## KEPUSTAKAAN

- Alghwiri, A.A., 2015. The Correlation between Depression , Balance , and Physical Functioning Post Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, pp.1–5. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.10.022>.
- Aprile, I. et al., 2006. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurology Science*, 27, pp.40–46.
- Bae, S.H. et al., 2013. Effects of Trunk Stabilization Exercises on Different Support Surfaces on the Cross-sectional Area of the Trunk Muscles and Balance Ability. , 25(6), pp.741–745.
- Cabanas, R., Cuchi, G.U. & Bagur-Calafat, C., 2013. Trunk training exercises approaches for improving trunk performance and functional sitting balance in patients with stroke: A systematic review. *NeuroRehabilitation*, 33(4), pp.575–592.
- Chung, E.-J. et al., 2013. The effects of core stabilization exercise on dynamic balance and gait function in stroke patients. *Journal of physical therapy science*, 25(7), pp.803–6. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/article/render.fcgi?artid=3820398&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Depkes RI, 2014. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Available at: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Feigin, V.L. et al., 2009. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *The Lancet Neurology*, 8(4), pp.355–369. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70025-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70025-0).
- Gjelsvik, B., 2014. Trunk Control in Stroke : Aspects of Measurement, relation to brain lesion, and change after rehabilitation. , pp.1–104.
- Herdman, T.H. (Ed) & Kamitsuru, S. (Ed), 2014. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017. *Nursing diagnoses 2015-2017 : definitions and classification*.
- Irfan, M., 2012. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke* 1st ed., Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Jang, S.H., 2007. A review of motor recovery mechanisms in patients with stroke. *NeuroRehabilitation*, 22, pp.253–259.
- Karatas, M. et al., 2004. Trunk Muscle Strength in Relation to Balance and Functional Disability in Unihemispheric Stroke Patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(2), pp.81–87. Available at: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002060-200402000-00001>.
- Karthikbabu, S. et al., 2011. Role of Trunk Rehabilitation on Trunk Control, Balance and Gait in Patients with Chronic Stroke: A Pre-Post Design. *Neuroscience & Medicine*, 02(02), pp.61–67.
- Kilinc, M. et al., 2016. The Effects of Bobath-based trunk exercises on trunk control, functional capacity, balance, and gait: a pilot randomized controlled trial. *Stroke Rehabilitation*, 23(1), pp.50–58. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/1945511915Y.0000000011#.V6iGshKxhU8>.
- Kim, Y., Kim, E. & Gong, W., 2011. The Effects of Trunk Stability Exercise Using PNF on the Functional Reach Test and Muscle Activities of Stroke Patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 23, pp.699–702.
- Kowalak, J.P., Welsh, W. & Mayer, B., 2011. *Buku Ajar Patofisiologi* R. Komalasari, A. O. Tampubolon, & M. Ester, eds.,



- Jakarta: EGC.
- Lalonde, R. & Strazielle, C., 2007. Brain regions and genes affecting postural control. *Progress in neurobiology*, 81(1), pp.45–60. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301008206001407>.
- Mauk, K.L., 2006. Nursing Interventions Within The Mauk Model Of Poststroke Recovery. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), pp.257–264. Available at: <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009286555&site=ehost-live>.
- Michaelsen, S.M. et al., 2001. Effect of Trunk Restraint on the Recovery of Reaching Movements in Hemiparetic Patients. *the American Heart Association*. Available at: <http://stroke.ahajournals.org>.
- Miyake, Y. et al., 2013. Core exercises elevate trunk stability to facilitate skilled motor behavior of the upper extremities. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17, pp.259–265.
- Mozaffarian, D. et al., 2015. *AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics — 2015 Update A Report From the American Heart Association WRITING GROUP MEMBERS*,
- National Stroke Association, 2015. Impact Of Stroke - Women and Stroke. Available at: <http://www.stroke.org/understand-stroke/impact-stroke/women-and-stroke>.
- Price, S.A. & Wilson, L.M., 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6 Volume 2* 6th ed., Jakarta: RGC.
- Rai, R.K. et al., 2014. Efficacy of Trunk Rehabilitation and Balance Training On Trunk Control , Balance and Gait in Post Stroke Hemiplegic Patients : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing and Health Science*, 3(3), pp.27–31.
- Saeyes, W. et al., 2012. Randomized Controlled Trial of Truncal Exercises Early After Stroke to Improve Balance and Mobility. *NeuroRehabilitation and Neural Repair*, 26(3), pp.231–238.
- Takeuchi, N. & Izumi, S.I., 2013. Rehabilitation with poststroke motor recovery: A review with a focus on neural plasticity. *Stroke Research and Treatment*, 2013.
- Verheyden, G. et al., 2009. Additional Exercises Improve Trunk Performance After Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial. *NeuroRehabilitation and Neural Repair*, 23, pp.281–286. Available at: <http://nnr.sagepub.com>.
- Verheyden, G. et al., 2006. Trunk performance after stroke and the relationship with balance , gait and functional ability. *Clinical Rehabilitation*, 11, pp.451–458.
- Wee, S.K. et al., 2015. Effect of Trunk Support on Upper Extremity Function in People With Chronic Stroke and People Who Are Healthy. *Physical Therapy Journal*, 95(August), pp.1163–1171.
- Weerdesteyn, V. et al., 2008. Falls in individuals with stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(8), pp.1195–1213.

**PENDAMPINGAN IBU HAMIL TRIMESTER III MENINGKATKAN PRAKTEK  
PEMBERIAN ASI DAN STATUS GIZI BALITA 0-4 BULAN**  
*(III<sup>rd</sup> Trimester Pregnant Women Mentoring Improve Breastfeeding Practice and  
Nutritional Status Of 0-4 Months Children)*

**Slamet Riyadi Yuwono\*, Taufiqurrahman\*, Ni Ketut Sri Sulendri\*\***

\*Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Surabaya,  
Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Surabaya 60282

\*\* Jurusan Gizi Poltekkes Kmenkes Mataram  
Email : s\_riyadiyuwono@yahoo.com

#### **ABSTRAK**

**Pendahuluan:** Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa Cakupan tertinggi terdapat pada bayi kelompok umur 0 bulan (39,8 %) dan terendah pada bayi dengan kelompok umur 5 bulan (15,3 %). Prevalensi balita stunting (pendek+sangat pendek) di propinsi NTB adalah 43,7% Angka tersebut berada di atas angka nasional (36,5%), dan secara umum masalah balita stunting (pendek+sangat pendek) di provinsi NTB masih cukup tinggi karena memiliki prevalensi di atas 20%. Untuk itu peneliti melakukan penelitian untuk mencari model pendampingan yang tepat,sebaagai salah satu upaya untuk mengatasi masalah status gizi. **Metode:** Disain penelitiannya adalah rancangan penelitian Eksperimen Sederhana dengan jenis *post-test only control group design*. Penelitian akan dilaksanakan di Madiun-Jawa Timur dan Mataram-NTB, mulai April s/d Oktober 2015. **Hasil:** Ada perbedaan yang signifikan praktek pemberian ASI eksklusif dari ibu yang mendapatkan pendampingan dengan metode home visit dengan ibu yang tidak mendapat pendampingan. Bayi dari ibu yang mendapatkan pendampingan mempunyai peluang/kesempatan untuk menyusui ASI saja sebesar 9,333 kali lebih tinggi dibandingkan bayi dari ibu yang tidak mendapat pendampingan. Z-score balita dari ibu yang mendapat pendampingan mempunyai nilai sedikit lebih tinggi dibandingkan yang tidak mendapat pendampingan, namun secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan status gizi balita 0-3 bulan dari kedua kelompok. **Pembahasan:** Sehubungan dengan hasil tersebut direkomendasikan untuk menggunakan model pendampingan “home visit pada ibu hamil trimester 3” agar praktek pemberian ASI eksklusif meningkat.

**Kata Kunci:** Pendampingan Ibu Hamil Trimester III, Home Visit,ASI, Status Gizi

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Results of Riskesdas in 2010 showed that the highest coverage was on 0 month age group infants (39,8%) and the lowest was on 5 months age group infants (15,3). Prevalence of stunted children (short + very short) in NTB (West Nusa Tenggara) province is 43,7%. That rate is above the national rate (36,5%) and in general, stunted children problem in NTB province is still quite high because of the prevalence is over 20%. Therefore, the researchers conducted research to find exact mentoring model as an effort to solve nutritional status problems. **Methods:** The research design was simple experimental research design with the type of post-test only control group design. The research was conducted in Madiun-East java and Mataram-NTB started from April until October 2015. **Result:** There was a significant difference in exclusive breastfeeding practice between mothers who received the mentoring through home visit method with mothers who did not receive the mentoring. Infants of mothers who received the mentoring had opportunity / chance to breastfeed 9,333 times higher than infants of mothers who did not receive the mentoring. **Discussion:** Z-score of infants of mothers who received the mentoring had slightly higher score than infants of mothers who did not receive the mentoring, but statistically there was no significant difference in 0-3 months infants nutritional status between both group. In connection with those results, it is recommended to use the mentoring model of “home visit to 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women” in order to increase the exclusive breastfeeding practice.

**Keywords:** 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women mentoring, home visit, nutritional status.

#### **INTRODUCTION**

Data of WHO showed concern rate which known as 2/3 phenomenon, that was mass infants (0-1 years old) mortalities occurred on neonatal period (0-28 days new born infants). Those early neonatal mortalities were occurred on the first day of birth. The underlying cause of 54% infants' mortality was malnutrition. Data of World Health Organization (WHO) show there are 170 million children have malnutrition in worldwide,

including 3 million of them die each year due to malnutrition.

According to data o National Health Survey (Susenas) in 2010, it is known that only 33,6% of infants in Indonesian who received exclusive breastfeeding. This means there are still about 2/3 infants in Indonesia who are less lucky. So, a campaign of exclusive breastfeeding increment is needed and encouraging local government and private sectors to support that. There are several factors that cause the low coverage of

exclusive breastfeeding in Indonesia such as the dissemination of information among health workers and people which not optimal, that was only 60% of people who know the information about breastfeeding and only 40% of trained health workers who are able to give breastfeeding counseling.

Data of Riskesdas (2013) showed that female infants aged 0-5 months was found stunting of 22,4% and raised to 27,3% on age of 6-11 months. Data in NTB showed the stunting infants prevalence (short+very short) was 43,7% which it was the top 3 prevalence of 33 provinces in Indonesia. That rate was above national average rate which of 37,2%..

Based on the description above, it is necessary to study a method or model in order to be guidance so the trained breastfeeding counselors or PMBA counselors are able to proactively conduct the activities and fulfill the target of breastfeeding increment in achieving better nutritional status of children. Because of that, authors are interested to conduct the research about “Effect of III<sup>rd</sup> Trimester Pregnant Women Mentoring Toward Breastfeeding Practice and Nutritional Status Of 0-4 Months Children”.

## MATERIAL AND METHOD

The design of this research was pre experimental research with post-test only control group design. Population in this research was all 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women on April 2015 from chosen Health Center area

in Madiun – East Java and Mataram – NTB. Each location was randomly chosen of 2 Health Center which had breastfeeding counselor assistants and willing to be breastfeeding counselor assistants for 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women ; 63 samples were taken from the beginning of the research were able to analyze and until the end of the research were 61 pregnant women.

## RESULTS

According to Table 1, it was known that women who received the mentoring and women who did not receive the mentoring almost had similiar percentage in initiation of early breastfeeding of 60% and 58,1%. Statistic test results obtained p value of 1,000, it meant that there was no significant difference in initiation practice of early breastfeeding between women who received the mentoring and women who did not receive the mentoring. Analysis results obtained OR = 9,333, it meant that infants of mothers who received the mentoring had opportunity / chance to only breastfeed by 9,333 times higher than infants of mothers who did not receive mentoring.

Statistic test results obtained p value of >0,05 which meant that there was no significant difference of Z score average between infants of mothers who received the mentoring with infants of mothers who did not received the mentoring, neither on WAZ, HAZ nor WHZ index (Table 3).

Table 1 Initiation Practice of Early Breastfeeding On Control Group and Treatment Group in 2015

Home Visit Methode Mentoring	Initiation Practice of Early Breastfeeding		p value	OR95% CI
	No	Yes		
0. No	12 (40,0%)	18 (60,0%)	1,000 *)	0,923
1. Yes	13 (41,9%)	18 (58,1%)		(0,333-2,562)

*chi-square test* \*).

Table 2 Effect of Home Visit Method Mentoring to 3<sup>rd</sup> Trimester Pregnant Women of Breastfeeding Practice in 2015

Home Visit Method Mentoring	Practice of Exclusive Breastfeeding		p value	OR95% CI
	No	Yes		
0. No	15 (50,0%)	15 (50,0%)	0,002 *)	9,333
1. Yes	3 (9,7%)	28 (90,3%)		(2,323-37,442)

*chi-square test*\*)

Table 3. Nutritional Status of 0-3 months Infants in Control Group and Treatment Group in 2015

Nutritional Status	Mentoring Group	Mean	Standard Dev	p value
WAZ 0 month	0. No	0. -0,43913	0,701804	0,746*)
	1. Yes	1. -0,37423	0,845018	
HAZ 0 month	0. No	0. -0,01230	0,792721	0,850*)
	1. Yes	1. -0,05835	1,071007	
WHZ 0 month	0. No	0. 0,3508	1,44625	0,655**)
	1. Yes	1. 0,4850	0,90937	
WAZ 3 months	0. No	0. 0,1596	1,06688	0,558*)
	1. Yes	1. 0,3136	0,97504	
HAZ 3 months	0. No	0. -0,1969	0,89779	0,859*)
	1. Yes	1. -0,1605	0,67739	
WHZ 3 months	0. No	0. 0,3508	1,44625	0,668*)
	1. Yes	1. 0,4850	0,90937	

*Independent test\*) and mann withney\*\*)*

## DISCUSSION

The home visit method mentoring conducted to the treatment group significantly increase the mean value of knowledge, attitude and action of respondents by analyzing the results of scoring in both groups. Comparison test using independent t-test in both groups who received the post test obtained the results of  $p=0,001$  which meant that there was significant influence of 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women mentoring using home visit method toward the changes in knowledge, attitudes and actions of the respondents on the treatment group compared with control group. It was because of home visit was intensive with light materials and humanistic approach. More individual approach allowed a better interaction between the mother and family to more freely to ask, as stated by (Notoatmodjo 2007) that short term health education can bring the changes and improvement in individual, group or community.

Analyses were also conducted on attitudes scoring results and it obtained  $op=0,001$  which meant there was significant difference of increment in respondent's attitude towards exclusive breastfeeding in the treatment group. Attitudes can't be seen, but can be early interpreted in introvert behavior. Attitudes are emotional reactions toward social stimulus. According to Newcomb in Notoatmodjo (2007) attitude is a readiness or willingness to act, which predisposes the action of behavior, not the implementation of certain motives. Attitude is a readiness for react to objects in the environment.

The analysis on action scoring results were also obtained average value in the treatment group which higher than the control group. The results of the analysis of comparison test between the treatment and control groups obtained  $p$  value of  $0,001$  which meant that there were significant difference of the actions in both groups. It was in line with the increment that occurred in knowledge and positive attitude so that the action of exclusive breastfeeding also became easier.

The results of cross tabulation percentage of exclusive breastfeeding in both groups (Table 1) showed that 90.3% of respondents who have been mentored were successful in providing exclusive breastfeeding in infants until the age of 3 months, while in the group without mentoring only 50% who provided exclusive breastfeeding. These results are consistent with studies conducted Ambarwati, R; Muis SF; dan Susantini (2013) that breastfeeding counseling as an incentive to increase exclusive breastfeeding up to 3 months and is reinforced by studies conducted by Fatma S; Purwita (2013) who said that the counseling effect on relactation in nursing mothers who did early weaning in clinics Ms. Munir Banda Aceh. Changes in behavior are influenced by three factors predisposing, reinforcing and driving on a person's behavior may change if there is an imbalance between the driving force and anchoring force. Some of the things that influence is the readiness of health workers to socialize exclusive breastfeeding is key to the success of lactation. The results of international research that was published by Lancet, 1999 also shows that the faster contact with the counselor postpartum mother has a

very close relationship in promoting breastfeeding and duration of exclusive breast feeding her baby. Several studies have shown that the attitude of health workers greatly influence the selection of baby food by his mother (Green 1991). Zainal, E; Sutedja, E; dan Madjid (2014) asserts that knowledge and mother attitude is positively correlated with the implementation of exclusive breastfeeding. Therefore, the activities of counseling assistance counseling methods should be as often as possible to reinforce positive behavior in terms of the creation of this exclusive breastfeeding by lactating mother.

The results of OR calculation showed that the mothers who received the mentoring had 9.3 times greater chance to provide exclusive breastfeeding compared with the mothers who did not receive the mentoring. This could be because after the mentoring, 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women already had enough knowledge and positive attitudes.

The positive results of the changes in knowledge, attitudes and actions, had yet not gave influence to the practice of early initiation of breastfeeding (IMD) and nutritional status, due to both groups had relatively similar nutritional status until children reached 3 months. The fact above was caused by 2 things, first the women who gave birth at health center had the risk of failure in IMD, which caused by low commitment of health care in that program, especially the officers who provided services. The second factor was caused by a childbirth case.

## CONCLUSION AND RECOMMENDATION

### Conclusion

There was a significant difference of breastfeeding practice between mothers who received mentoring using home visit method with mothers who did not receive mentoring. The infants of mothers who received mentoring have a chance/ opportunity by 9.3 times higher to breastfeed until the age of 4 months compared with the infants of mother who did not receive mentoring. Z- score of infants from mothers who received mentoring has slightly higher score than those who did not received mentoring.

### Recommendation

The using of “home visit on 3<sup>rd</sup> trimester pregnant women” mentoring model to increase the practice of exclusive breastfeeding until the baby reach age of 4 months, can be considered as an alternative program to increase the success of exclusive breastfeeding.

### REFERENCES

- Ambarwati, R; Muis SF; dan Susantini, P., 2013. Pengaruh Konseling Laktasi Intensif terhadap Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif sampai 3 bulan; *Jurnal Gizi Indonesia*, 2(1).
- Fatma S; Purwita, E. dan H., 2013. *Pengaruh Metode Konseling terhadap Laktasi pada Ibu Menyusui yang melakukan Penyapihan Dini di klinik Erni Munir Kota Banda Aceh.*, Banda Aceh.
- Green, L., 1991. *Health Promotion Planning an Educational and Environmental Approach* 2nd ed., USA: Mayfield Publishing Company.
- Kemenkes RI, (2010). *Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat 2010-2014*, Jakarta. Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI(2013), Riset Kesehatan Dasar
- Notoatmodjo, S., 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Zainal, E; Sutedja, E; dan Madjid, T., 2014. *Hubungan antara pengetahuan Ibu, Sikap Ibu , IMD dan Peran Bidan dengan Pelaksanaan ASI Eksklusif serta Faktor-Faktor yang mempengaruhi Peran Bidan pada IMD dan ASI Eksklusif.*,