

Jurnal KEPERAWATAN INDONESIA

- Efektifitas organisasi pelayanan keperawatan berdasarkan komunikasi pengambilan keputusan, sosialisasi karir, dan jenjang karir
- Kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia berdasarkan karakteristik dan pengetahuan pasien diabetes melitus
- Kinerja perawat berdasarkan komitmen pada organisasi dan lingkungan kerja perawat
- Peningkatan ekspresi *Transforming Growth Factor Beta 1* pada luka diabetes melitus melalui balutan modern
- Peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien dengan harga diri rendah melalui *Cognitive Behaviour Therapy*
- Penurunan intensitas nyeri persalinan fase aktif kala I melalui terapi musik instrumental
- Penurunan tekanan darah dan kecemasan pasien hipertensi primer melalui latihan *Slow Deep Breathing*
- Penurunan tingkat depresi klien lansia dengan terapi kognitif dan senam latih otak di Panti Wredha
- Penurunan tingkat nyeri anak prasekolah yang menjalani penusukan intravena untuk pemasangan infus melalui terapi musik
- Perilaku hidup bersih sehat pekerja seks komersial setelah mengikuti konseling dan tes HIV/ AIDS



Penerbit:

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Jakarta, Indonesia

EFEKTIVITAS ORGANISASI PELAYANAN KEPERAWATAN BERDASARKAN KOMUNIKASI, PENGAMBILAN KEPUTUSAN, SOSIALISASI KARIR, DAN JENJANG KARIR

Ridwan^{1,2*}, Dewi Irawaty³, Sutanto P. Hastono⁴

1. Akademik Keperawatan Yarsi Pontianak, Kalimantan Barat 78232, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: iwannurse@yahoo.com

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan proses organisasi (komunikasi; pengambilan keputusan; sosialisasi karir dan jenjang karir) dengan efektivitas organisasi dalam pelayanan keperawatan pada struktur organisasi dengan pendekatan sentralisasi dan desentralisasi di Rumah Sakit. Kuesioner disebarkan kepada 104 responden yang merupakan total sampel, yaitu perawat pelaksana yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi. Hubungan antara variabel independen dan dependen serta uji beda untuk setiap variabel pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi diuji menggunakan analisis Chi-square. Hasil analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik prediksi menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara proses organisasi dengan efektivitas organisasi, baik pada pendekatan sentralisasi maupun desentralisasi ($p < 0,05$, $\alpha = 0,05$). Pada aspek efektivitas, hasil penelitian menunjukkan hasil 31,7% pada pendekatan sentralisasi dan 42,3% pada pendekatan desentralisasi. Untuk itu, pihak manajemen rumah sakit perlu mengupayakan berbagai strategi manajemen keperawatan untuk meningkatkan efektivitas dan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Kata kunci: proses organisasi, efektivitas organisasi, sentralisasi, desentralisasi.

Abstract

The objective of this research is to find out the relationship within organizational process (communication, decision making, career socialization, and career opportunity) and the effectiveness of the organization in giving nursing care using centralization approach and decentralization approach in Hospital. The questioners were given to a total sample of 104 respondents; they were associate nurses who were chosen using inclusion criteria. The relationship between independent and dependent variable, and the test to differentiate each variable in both centralization and decentralization approach were tested using chi-square analysis. The multivariate analysis using logistic regression prediction test showed that there was a significant relationship between organizational process and the effectiveness of the organization, both in centralization and decentralization approach ($p < 0,05$; $\alpha = 0,05$). Moreover this study also showed that the effectiveness in centralization approach was 31.7%, whilst in the decentralization approach was 42.3%. It is recommended that the hospital's management should apply several strategies of management in nursing in order to increase the effectiveness and the quality of nursing services in hospital.

Key words: Organizational process and effectiveness, centralization and decentralization

Pendahuluan

Pada tahun 2005 telah terjadi perubahan struktur organisasi di salah satu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pontianak. Bidang keperawatan yang pada struktur lama mengelola pelayanan keperawatan ditiadakan, dimerges dengan bidang pelayanan rumah sakit. Dengan ditiadakannya bidang keperawatan dan diberdayakannya bidang pelayanan dapat diartikan bahwa struktur organisasi telah mengalami perubahan dari struktur yang bersifat sentralisasi menjadi struktur yang bersifat desentralisasi. Perubahan ini berdampak terhadap kinerja staf pelayanan keperawatan sebagai sebuah organisasi.

Struktur organisasi tanpa diragukan berhubungan dengan pencapaian efektivitas organisasi (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996). Hal ini didukung oleh Kushner dan Poole (1996, dalam Schmid, 2002), menyatakan terdapat korelasi positif antara struktur organisasi dan efektivitas organisasi. Dengan demikian struktur organisasi yang berubah dapat berdampak pada efektivitas organisasi. Meski terjadi perubahan jenis struktur organisasi yang digunakan, kriteria efektivitas organisasi dapat diidentifikasi dengan beberapa persyaratan minimal, yaitu struktur organisasi harus ada batasan jelas, sedikit mungkin tingkat manajemen dan sependek mungkin rantai komando, serta harus meningkatkan komunikasi.

Disamping itu, memfasilitasi pengambilan keputusan yang menghasilkan kinerja pekerjaan yang terbaik (Marquis dan Huston, 2006).

Organisasi yang tidak ada departemen keperawatan, para perawat harus melakukan tindakan tambahan untuk memastikan bahwa mereka dan para koleganya menjalankan standar keperawatan dan memastikan mutu kinerja (Beyers, 1999). Hal ini terjadi karena mengingat pentingnya struktur suatu departemen keperawatan dalam mendukung tujuan organisasi, falsafah dan tujuan keperawatan serta menunjukkan bagaimana setiap posisi keperawatan berhubungan dengan departemen lain di dalam institusi (Gillies, 1994).

Dalam sebuah organisasi dengan sentralisasi yang tinggi, penguasaan wewenang dan sebagian besar keputusan diambil oleh eksekutif di daerah puncak (Gillies, 1994; Gibson, Ivancevich dan Donnelly, 1997). Pada pendekatan desentralisasi otoritas yang diberikan dekat pada sumber pelaksanaan, sehingga membantu memperlancar pekerjaan (Winardi, 2004). Pada organisasi yang tersentralisasi, pengambilan keputusan dilakukan oleh beberapa manajer tingkat atas, sedangkan pada organisasi yang terdesentralisasi, pengambilan keputusan tentang suatu masalah dapat diselesaikan pada tingkat dimana masalah itu terjadi dan mempunyai potensi untuk meningkatkan kualitas hasil asuhan dan meningkatkan efektivitas organisasi (Hagenstad, Weis & Brophy, 2000; Krairiksh & Anthony, 2001 dalam Marquis & Huston, 2006).

Proses organisasi melibatkan tiga proses perilaku yang berkontribusi dalam kinerja dan efektivitas organisasi, yaitu: komunikasi, pengambilan keputusan dan sosialisasi karir serta pengembangan karir (Gibson, Ivancevich & Donnelly, 1996). Komunikasi sangat penting bagi para manajer dan bagi pekerjaan mereka, karena kekuasaan, kepemimpinan dan pengambilan keputusan tergantung pada proses komunikasi baik eksplisit maupun implisit (Hall, 2002). Komunikasi berfungsi untuk mengendalikan perilaku anggotanya, memelihara motivasi untuk meningkatkan kinerja (Robbins, 2002).

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui perbedaan hubungan proses organisasi (komunikasi, pengambilan keputusan, sosialisasi karir dan jenjang

karir) dengan efektivitas organisasi dalam pengelolaan keperawatan pada struktur organisasi dengan pendekatan sentralisasi dan desentralisasi yang dalam hal ini akan dikaji dari sudut pandang atau perspektif perawat pelaksana.

Metode

Penelitian ini menggunakan disain deskriptif komparatif dengan cara mencari hubungan antar variabel independen, yaitu proses organisasi (komunikasi; pengambilan keputusan; sosialisasi karir dan jenjang karir) dengan variabel dependen, yaitu efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi, kemudian membandingkannya. Penelitian dilakukan di salah satu RSUD Pontianak dengan menyebarkan kuesioner kepada 104 perawat pelaksana yang merupakan total sampel. Kriteria responden yaitu perawat pelaksana dengan pendidikan minimal D-III dan masa kerja 3 tahun atau lebih. Pengumpulan data dilakukan pada 23 - 29 Mei 2007.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah univariat bivariat dan multivariat. Uji hubungan antara variabel independen dan dependen serta uji beda untuk setiap variabel pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi menggunakan analisis Chi-square, sedangkan pada analisis multivariat dilakukan dengan uji regresi logistik model prediksi dengan tingkat kepercayaan (CI) 95 % atau α sebesar 0,05.

Hasil

Tabel 1. Distribusi Proses Organisasi pada Pendekatan Sentralisasi dan Desentralisasi

Proses Organisasi	Sentralisasi		Desentralisasi	
	N	%	n	%
Komunikasi :				
• Efektif	45	43,3	54	51,9
• Kurang Efektif	59	56,7	50	48,1
Jumlah	104	100	104	100
Pengambilan Keputusan :				
• Tepat	82	78,8	62	59,6
• Kurang Tepat				
Jumlah	104	100	104	100
Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir :				
• Jelas	92	88,5	78	75
• Kurang Jelas				
Jumlah	104	100	104	100

Hasil penelitian menunjukkan struktur organisasi sentralisasi dengan 56,7 % responden mengatakan komunikasi masih kurang efektif, 78,8 % responden mengatakan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pihak manajemen RS masih kurang tepat dan 88,5 % responden yang mengatakan sosialisasi karir dan jenjang karir masih kurang jelas (lihat tabel 1). Sedangkan pada struktur organisasi desentralisasi menunjukkan sebanyak 51,9 % responden mengatakan bahwa komunikasi sudah berjalan efektif, sebanyak 59,6 % n responden beranggapan bahwa pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pihak manajemen RS masih kurang tepat, dan sebanyak 75 % responden mengatakan bahwa sosialisasi karir dan jenjang karir masih kurang jelas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi yaitu hanya ada sebanyak 31,7 % responden yang mengatakan bahwa organisasi efektif, sedangkan sebanyak 68,3% responden mengatakan bahwa RS masih kurang efektif. Sedangkan pada pendekatan desentralisasi menunjukkan sebanyak 42,3% responden mengatakan RS sudah efektif, namun masih ada sebanyak 57,7% mengatakan bahwa RS masih kurang efektif (lihat tabel 2).

Pada pendekatan sentralisasi ada hubungan yang signifikan antara komunikasi dengan efektivitas organisasi ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$), pengambilan keputusan dengan efektivitas organisasi ($p= 0,020$, $\alpha= 0,05$), serta sosialisasi karir dan jenjang karir dengan efektivitas organisasi ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$) (lihat tabel 3).

Tabel 2. Distribusi Efektivitas Organisasi pada Pendekatan Sentralisasi dan Desentralisasi

Efektivitas Organisasi	Sentralisasi		Desentralisasi	
	N	%	N	%
Efektif	33	31,7	44	42,3
Kurang Efektif	71	68,3	60	57,7
Jumlah	104	100	104	100

Pada pendekatan desentralisasi, ada hubungan yang signifikan antara komunikasi dengan efektivitas organisasi ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$), pengambilan keputusan dengan efektivitas organisasi ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$), serta sosialisasi karir dan jenjang karir dengan efektivitas organisasi ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$) (lihat tabel 4). Hasil analisis juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara sosialisasi karir dan jenjang karir dengan efektivitas organisasi pada pendekatan desentralisasi (OR= 7,500). Pada pendekatan desentralisasi, sosialisasi karir dan jenjang karir yang jelas mempunyai peluang 7,5 kali untuk menyebabkan efektivitas organisasi dibanding sosialisasi karir dan jenjang karir yang kurang jelas.

Tidak ada perbedaan proporsi komunikasi antara struktur organisasi pada pendekatan sentralisasi dengan pendekatan desentralisasi ($p= 0,267$, $\alpha= 0,05$) (lihat tabel 5). Namun, ada perbedaan proporsi pengambilan keputusan antara struktur organisasi pada pendekatan sentralisasi dengan desentralisasi. Struktur organisasi dengan pendekatan desentralisasi berpeluang 2,52 kali untuk menghasilkan pengambilan keputusan yang tepat dalam organisasi dibanding struktur dengan pendekatan sentralisasi ($p= 0,004$, OR= 2,525, $\alpha= 0,05$).

Tabel 3. Hubungan Proses Organisasi dengan Efektivitas Organisasi pada Pendekatan Sentralisasi

Proses Organisasi	Efektivitas Organisasi				Total		OR 95% CI	p
	Efektif		Kurang Efektif		N	%		
	n	%	n	%				
Komunikasi :								
- Efektif	8	13,6	51	86,4	59	100	7,969	0,000
- Kurang Efektif	25	55,6	20	44,4	45	100	3,1–20,5	
Jumlah	33	31,7	71	68,3	104	100		
Pengambilan Keputusan :								
- Tepat	21	25,6	61	74,4	82	100	3,486	0,020
- Kurang Tepat	12	54,5	10	45,5	22	100	1,3 – 9,2	
Jumlah	33	31,7	71	68,3	104	100		
Sosialisasi Karir & Jenjang Karir :								
- Jelas	22	23,9	70	76,1	92	100	35,00	0,000
- Kurang Jelas	11	91,7	1	8,3	12	100	4,2 – 286,5	
Jumlah	33	31,7	71	68,3	104	100		

Selain itu juga didapatkan ada perbedaan proporsi sosialisasi karir dan jenjang karir antara struktur organisasi pada pendekatan sentralisasi dengan pendekatan desentralisasi ($p=0,020$; $OR = 2,556$, $\alpha= 0,05$). Struktur dengan pendekatan desentralisasi mempunyai peluang 2,55 kali untuk memperjelas sosialisasi karir dan jenjang karir dibandingkan dengan struktur dengan pendekatan sentralisasi.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi efektivitas organisasi antara struktur organisasi pada pendekatan sentralisasi dengan desentralisasi ($p =0,267$, $\alpha= 0,05$) (tabel 6). Sosialisasi karir dan jenjang karir merupakan variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi (tabel 7).

Pengambilan Keputusan merupakan variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap Efektivitas Organisasi Desentralisasi setelah dikontrol dengan interaksi antara komunikasi dengan sosialisasi karir dan jenjang karir (lihat tabel 8).

Pembahasan

Hasil penelitian pada variabel komunikasi pada pendekatan sentralisasi diperoleh bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa komunikasi kurang efektif. Namun, pada pendekatan desentralisasi, sebagian besar responden mengatakan bahwa komunikasi sudah efektif. Berdasarkan teori seharusnya memang ada perbedaan komunikasi pada kedua pendekatan (Gillies, 1994).

Tabel 4. Hubungan Proses Organisasi Dengan Efektivitas Organisasi pada Pendekatan Desentralisasi

Proses Organisasi	Efektivitas Organisasi				Total		OR 95% CI	P
	Efektif		Kurang Efektif		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
Komunikasi :								
- Efektif	11	22	39	78	50	100	5,571 2,3–13,2	0,000
- Kurang Efektif	33	61,1	21	38,9	54	100		
Jumlah	44	42,3	60	57,7	104	100		
Pengambilan Keputusan :								
- Tepat	13	21	49	79	62	100	10,622 4,2–26,6	0,000
- Kurang Tepat	31	73,8	22	26,2	42	100		
Jumlah	44	42,3	60	57,7	104	100		
Sosialisasi Karir & Jenjang Karir :								
- Jelas	20	76,9	6	23,1	26	100	7,500 2,7–21,0	0,000
- Kurang Jelas	24	30,8	54	69,2	78	100		
Jumlah	60	57,7	44	42,3	104	100		

Pada pendekatan sentralisasi, seorang kepala bidang keperawatan saat itu hanya menjadi penghubung antara administrator dengan unit-unit pelayanan keperawatan. Konsekuensi dari situasi ini fungsi manajemen middle manager yang sangat memerlukan keterampilan komunikasi seorang manajer menjadi terabaikan. Pada pendekatan desentralisasi, arah komunikasi yang cenderung terjadi adalah komunikasi 2 (dua) arah sehingga lebih efektif.

Hasil penelitian pada variabel pengambilan keputusan, menunjukkan sebagian besar responden mengatakan pengambilan keputusan kurang tepat baik pada pendekatan sentralisasi maupun pada pendekatan desentralisasi. Hal ini dapat terjadi karena organisasi yang tersentralisasi pengambilan

keputusan hanya dilakukan oleh beberapa manajer pada tingkat atas dan besarnya struktur organisasi yang dimiliki oleh RSUD dapat menyebabkan semakin kompleksnya permasalahan yang dihadapi.

Pada pendekatan desentralisasi, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengambilan keputusan pada struktur organisasi dengan pendekatan desentralisasi masih kurang tepat. Kurang tepatnya pengambilan keputusan dipersepsikan oleh perawat pelaksana dapat disebabkan oleh kurang tepatnya manajer tingkat pertama dan tingkat menengah dalam mengambil keputusan karena kurang memahami fungsi dan perannya sebagai seorang manajer. Hal ini terkait dengan masih kurangnya kualitas SDM manajerial di pelayanan keperawatan.

Tabel 5. Uji Beda Proses Organisasi pada Pendekatan Sentralisasi dan Desentralisasi

Proses Organisasi	Sentralisasi		Desentralisasi		Total		OR (95% CI)	P
	N	%	N	%	N	%		
Komunikasi :								
• Efektif	45	43,3	54	51,9	99	47,6	1,416	0,267
• Kurang Efektif	59	56,7	50	48,1	109	52,4	0,8 – 2,4	
Jumlah	104	100	104	100	208	100		
Pengambilan Keputusan :								
• Tepat	22	21,2	42	40,4	64	30,8	2,525	0,004
• Kurang Tepat	82	78,8	62	59,6	144	69,2	1,3 – 4,6	
Jumlah	104	100	104	100	208	100		
Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir :								
• Jelas	12	11,5	26	25	38	18,3	2,556	0,020
• Kurang Jelas	92	88,5	78	75	170	81,7	1,2 – 5,4	
Jumlah	104	100	104	100				

Hasil penelitian pada variabel sosialisasi karir dan jenjang karir, pendekatan sentralisasi maupun desentralisasi memperlihatkan sebagian besar responden mengatakan sosialisasi karir dan jenjang karir kurang jelas. Pada kedua pendekatan, hasil tersebut dapat terjadi karena kurang jelas sosialisasi karir dan jenjang karir pada struktur organisasi lama (sentralisasi) dapat merupakan akibat dari kurang adekuatnya pelaksanaan tanggung jawab dan fungsi pengembangan karir oleh pihak manajemen.

Hasil penelitian efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi maupun desentralisasi menunjukkan sebagian besar responden mengatakan bahwa organisasi RS masih kurang efektif. Berdasarkan analisis peneliti, yang menjadi kendala pada saat itu adalah pengorganisasian pelayanan yang belum optimal, karena pada saat itu Kepala Bidang Keperawatan pernah dipimpin oleh seseorang yang bukan dari profesi keperawatan dan ketika posisi tersebut diberikan kepada seorang perawat, namun masih kurang memahami peran dan fungsi bidang keperawatan, sehingga efektivitas organisasi pelayanan keperawatan juga tidak terjadi.

Pada pendekatan desentralisasi, ketidakefektifan organisasi dapat disebabkan karena saat ini Kepala Bidang Pelayanan yang secara struktural membawahi pelayanan keperawatan dijabat oleh seseorang yang bukan dari profesi perawat. Disisi lain, masing-masing sub bidang dipimpin oleh perawat dengan latar belakang D-III keperawatan dan belum dapat menjalankan peran dan fungsinya secara optimal.

Hasil penelitian proses organisasi pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi menunjukkan hasil yang hampir sama. Proses organisasi pada pendekatan sentralisasi menunjukkan komunikasi yang kurang efektif, pengambilan keputusan yang kurang tepat serta sosialisasi karir dan jenjang karir yang kurang jelas, sehingga menghasilkan organisasi yang kurang efektif pula. Pada pendekatan desentralisasi menunjukkan pengambilan keputusan yang kurang tepat dan faktor sosialisasi karir dan jenjang karir yang kurang jelas. Walaupun komunikasi sudah efektif, tetapi karena dua faktor lain masih kurang sehingga tetap dapat menyebabkan organisasi yang kurang efektif pula.

Tabel 6. Uji Beda Efektivitas Organisasi pada Pendekatan Sentralisasi dan Desentralisasi

Efektivitas Organisasi	Sentralisasi		Desentralisasi		Total		OR (95% CI)	P
	N	%	N	%	N	%		
Efektif	33	31,7	44	42,3	77	37	1,578	0,267
Kurang Efektif	71	68,3	60	57,7	131	63	0,9 – 2,8	
Jumlah	104	100	104	100	208	100		

Hasil penelitian memperlihatkan ada hubungan yang signifikan antara komunikasi dengan efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi. Dapat disimpulkan bahwa semakin efektif komunikasi di dalam organisasi, maka semakin efektif pula organisasi tersebut.

Pada penelitian juga diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengambilan keputusan dengan efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi. Dapat disimpulkan bahwa semakin tepat pengambilan keputusan di dalam organisasi, maka semakin efektif pula organisasi tersebut.

Tabel 7. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Variabel Komunikasi, Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir dengan Efektivitas Organisasi pada Pendekatan Sentralisasi

Variabel	Sig.	OR/ Exp (B)	95.0% C.I. for EXP (B)	
			Lower	Upper
Komunikasi	0,001	5,329	1,940	14,634
Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir	0,008	18,512	2,126	161,196

Selanjutnya, hasil penelitian juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara sosialisasi karir dan jenjang karir dengan efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi. Dapat disimpulkan bahwa semakin jelas sosialisasi karir dan jenjang karir di dalam organisasi, maka semakin efektif pula organisasi tersebut. Dari hasil analisis multivariat dengan uji regresi logistik prediksi dapat disimpulkan bahwa sosialisasi karir dan jenjang karir merupakan yang paling besar pengaruhnya terhadap efektivitas organisasi pada pendekatan sentralisasi.

Analisis multivariat juga menghasilkan kesimpulan bahwa pengambilan keputusan merupakan yang paling besar pengaruhnya terhadap efektivitas

organisasi pada pendekatan desentralisasi setelah dikontrol dengan interaksi antara komunikasi dengan sosialisasi karir dan jenjang karir. Hasil ini sesuai karena proses organisasi melibatkan tiga proses perilaku yang berkontribusi dalam kinerja dan efektivitas organisasi, yaitu komunikasi, pengambilan keputusan dan sosialisasi karir serta pengembangan karir.

Hasil penelitian pada struktur organisasi dengan pendekatan desentralisasi menunjukkan pengambilan keputusan sudah tepat. Namun, hal tersebut tidak berdiri sendiri dalam menghasilkan efektivitas organisasi, tetapi juga dipengaruhi oleh hubungan antara komunikasi dan sosialisasi karir dan jenjang karir.

Kesimpulan

Penelitian ini menjawab hipotesis adanya hubungan antara proses organisasi dengan efektivitas organisasi, dan pengambilan keputusan paling besar pengaruhnya setelah dikontrol interaksi antara komunikasi dan sosialisasi karir dan jenjang karir. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara komunikasi dan efektivitas organisasi, namun ditemukan ada perbedaan pengambilan keputusan serta sosialisasi karir dan jenjang karir pada pendekatan sentralisasi dan desentralisasi.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh pihak manajemen untuk mengembangkan SOP (*Standard Operational Procedure*) yang dapat dijadikan instrumen atau metode dalam pengambilan keputusan, menyusun program sosialisasi karir dan sistem jenjang karir yang transparan dan objektif, melakukan evaluasi terhadap kinerja atau efektivitas rumah sakit secara berkala dengan mengembangkan instrumen yang sesuai kebutuhan rumah sakit.

Tabel 8. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Komunikasi, Pengambilan Keputusan, Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir Terhadap Efektivitas Organisasi pada Pendekatan Desentralisasi

Variabel	Sig.	OR / Exp (B)	95.0% C.I. for EXP (B)	
			Lower	Upper
Komunikasi	0,001	10,347	2,739	39,087
Pengambilan Keputusan	0,000	11,269	3,110	40,840
Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir	0,045	8,828	1,050	74,243
Komunikasi*Sosialisasi Karir dan Jenjang Karir	0,057	0,71	0,005	1,087

Selanjutnya, pihak manajemen diharapkan dapat melakukan evaluasi terhadap struktur organisasi rumah sakit yang ada saat ini (MS, TN, KN).

Referensi

- Beyers, M. (1999). *About working without a nursing department*. Diperoleh dari <http://www.nursingmanagement.com>.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur, dan proses* (Jilid 1) (Edisi ke-8). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur, dan proses* (Jilid 2) (Edisi ke-8). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management: A system approach* (3rd Edition). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit : Teori, metoda dan formula*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management function in nursing: Theory and application* (5th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Murray, M.E.G., DiCroce, H.R. (1997). *Leadership and management in nursing*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Organizational effectiveness. (2002). *Governance West, Inc*. Diperoleh dari <http://www.governancewest.com>.
- Robbins, S.P. (2002). *Prinsip-prinsip perilaku organisasi* (Edisi Kelima) (Alih bahasa: Halida & Dewi Sartika). Jakarta: Erlangga.
- Schmid, H. (2002). Relationship between organizational properties and organizational effectiveness in three types of nonprofit human services organizations. *Nursing & Allied Health Source*. Diperoleh dari <http://www.proquest.com/pqdauto/proquest>.
- Winardi, J., (2004). *Manajemen perilaku organisasi*. Jakarta: Prenada Media.

Kita bisa membiarkan keadaan mengatur kita,
atau kita dapat mengambil alih dan menguasai hidup kita dari dalam.

- Earl Nightingale -

Jangan mencari kawan yang membuat Anda merasa nyaman,
tetapi carilah kawan yang memaksa Anda terus berkembang

- Thomas J. Watson -

Tinggalkanlah kesenangan yang menghalangi pencapaian
kecemerlangan hidup yang diidamkan. Dan berhati-hatilah,
karena beberapa kesenangan adalah cara gembira menuju kegagalan.

- Mario Teguh -

Imajinasi anda adalah prapertunjukan akan daya tarik kehidupan yang akan datang.

- Albert Einstein -

KEMAMPUAN MELAKUKAN PENATALAKSANAAN HIPOGLIKEMIA BERDASARKAN KARAKTERISTIK DAN PENGETAHUAN PASIEN DIABETES MELITUS

Ernawati^{1*}

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jl. Kertamukti Ciputat, Jakarta 15412, Indonesia

*Email: ernawatifik@yahoo.com

Abstrak

Kadar glukosa darah terlalu rendah akan membahayakan tubuh karena dapat merusak jaringan otak yang bersifat *irreversible*. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara karakteristik dan pengetahuan pasien diabetes dengan kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia. Metode penelitian ini adalah *cross sectional* dengan sampel 50 pasien diabetes yang pernah mengalami hipoglikemia. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden kurang mendapatkan dukungan keluarga dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penatalaksanaan hipoglikemia sebesar 30 orang (60%). Sebagian besar responden yaitu 28 orang (56%) tidak mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dengan baik. Hasil penelitian juga menunjukkan karakteristik pasien diabetes yang berhubungan dengan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia meliputi usia ($r = -0,28$, $p = 0,046$, $\alpha = 0,05$), lama menderita diabetes ($r = 0,424$, $p = 0,002$, $\alpha = 0,05$), dukungan keluarga ($p = 0,035$, $\alpha = 0,05$), pendidikan ($p = 0,034$, $\alpha = 0,05$), pengetahuan hipoglikemia ($p = 0,0005$, $\alpha = 0,05$). Peneliti menyarankan pemberian asuhan keperawatan berupa pendidikan kesehatan tentang hipoglikemia, hendaknya dilakukan secara dini sejak pasien terdeteksi diabetes dan berfokus pada kemandirian dalam mendeteksi dan penanganan hipoglikemia.

Kata kunci: penatalaksanaan hipoglikemia, pengetahuan hipoglikemia, usia, lama menderita diabetes, dukungan keluarga

Abstract

The state of low blood glucose level is dangerous because in the state of hypoglycemia the brain tissues are vulnerable and the damage to nerve tissue is irreversible. This research aims in describing the factors related with diabetes patients' ability in managing hypoglycemia. The method of the research is cross sectional with 50 patients who have undergone hypoglycemia as the samples. The results showed a majority of respondents have less family support and have less knowledge about the management of hypoglycaemia by 30 people (60%). The majority of respondents ie 28 people (56%) are unable to perform the management of hypoglycemia as well. The result of the research also shows that the factors related to hypoglycemia management are age ($r = -0.28$, $p = 0.046$, $\alpha = 0.05$), the duration of diabetes ($r = 0.424$, $p = 0.002$, $\alpha = 0.05$), family support ($p = 0.035$, $\alpha = 0.05$), education ($p = 0.034$, $\alpha = 0.05$), hypoglycemia knowledge ($p = 0.0005$, $\alpha = 0.05$). The researcher suggest to delivering nursing care about hypoglycemia's management health education. This education should give as early as patient detected from diabetes, and focusing on self care in hypoglycemia detection and management.

Keywords: hypoglycemia of management, hypoglycemia of knowledge, age, duration of diabetes, family support.

Pendahuluan

Hipoglikemia terjadi ketika glukosa darah kurang dari 50 sampai 60 mg/dl. Prevalensi hipoglikemia cukup tinggi, kurang lebih 90% pasien yang mendapatkan terapi insulin pernah mengalami hipoglikemia. Peningkatan prevalensi dan resiko hipoglikemia berat berkaitan erat dengan kemampuan penderita diabetes dalam mengelola penyakitnya. Perkembangan hipoglikemia ke dalam keadaan yang lebih berat dapat dicegah dengan peningkatan kemampuan penderita DM mengontrol glukosa darah, deteksi dini terjadi hipoglikemia, dan penatalaksanaan yang tepat sehingga komplikasi yang lebih berat dapat dicegah (Smeltzer, 2008).

Perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan memiliki peran sebagai educator dan konselor dalam meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi penyebab, gejala dan tindakan koreksi serta pencegahan hipoglikemia yang lebih berat (Hudak & Gallo, 2005).

Metode

Metode penelitian ini adalah *cross sectional* dengan sampel 50 pasien diabetes yang pernah mengalami hipoglikemia. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara karakteristik dan pengetahuan pasien diabetes melitus dengan kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil

Tabel 1. Karakteristik responden

Usia (Mean ± SD)	59,9 ± 9,234
CI 95%	57,27-62,53
Min-Mak	32-76
Lama DM (Mean ± SD)	5,75 ± 7,144
CI 95%	3,720-7,780
Min-Mak	0,5-30
Tingkat pendidikan (%)	
Pendidikan dasar	36(72%)
Pendidikan lanjut	14(28%)
Dukungan keluarga (%)	
Kurang	34(68%)
Baik	16(32%)
Tingkat pengetahuan (%)	
Kurang	30(60%)
Baik	20(40%)
Tingkat kemampuan (%)	
Kurang	28(56%)
Baik	22(44%)

Tabel 1 menjelaskan rata-rata usia responden 59,90 tahun dengan standar deviasi 9,243 tahun. Rerata durasi atau lama menderita DM adalah 5,75 tahun dengan standar deviasi 7,144 tahun. Distribusi frekuensi tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah berpendidikan dasar (tidak sekolah, SD dan SMP) sebanyak 36 orang (72,0 %).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden kurang mendapatkan dukungan keluarga. Di antara 50 klien diabetes yang memiliki dukungan keluarga kurang terdapat 34 orang (68.0%), sedangkan yang memiliki dukungan keluarga baik terdapat 16 orang (32%).

Mayoritas responden memiliki pengetahuan yang kurang tentang penatalaksanaan hipoglikemia sebesar 30 orang (60%), sedangkan yang memiliki pengetahuan baik tentang penatalaksanaan hipoglikemia sebesar 20 orang (40%). Sebagian besar responden tidak mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dengan baik. Jumlah responden yang memiliki kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia sebesar 22 orang (44%).

Tabel 2. Hubungan usia dengan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia

Variabel	R	R ²	Persamaan	p
Usia	-0,284	0,097	Kemampuan Penatalaksanaan Hipoglikemia = 1,453 - 0,17 Usia	0,046

Terdapat hubungan antara usia dan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia ($p=0,046$, $\alpha=0,05$) dan berpola negatif, artinya semakin muda usia responden maka semakin meningkat kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia. Nilai koefisien determinasi 0,097 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan 9,7% variasi kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Terdapat hubungan antara durasi diabetes dengan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia ($p=0,002$, $\alpha=0,05$) dan berpola positif, artinya semakin lama durasi diabetes maka semakin meningkat kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia. Nilai koefisien determinasi 0,021 artinya persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan 2,1% variasi kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di antara 50 responden, ada 12 (33,3%) responden yang pendidikan dasar memiliki kemampuan penatalaksanaan tentang hipoglikemia. Sedangkan responden yang berpendidikan lanjut sebanyak 10 (71,4%) responden yang memiliki kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia antara pendidikan dasar dan pendidikan lanjut penderita diabetes ($p=0,034$, $\alpha=0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 5,000, artinya Klien yang berpendidikan tinggi memiliki peluang 5 x untuk mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dibandingkan dengan klien yang berpendidikan rendah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di antara 50 responden, ada 11 (68,8%) responden yang memiliki dukungan keluarga baik memiliki kemampuan penatalaksanaan tentang hipoglikemia. Sedangkan responden yang memiliki dukungan keluarga kurang sebanyak 11 (32,4%) responden yang memiliki kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia antara responden diabetes yang memiliki dukungan keluarga dan yang tidak memiliki dukungan keluarga ($p=0,035$, $\alpha=0,05$).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 4,600, artinya Klien yang memiliki dukungan keluarga mempunyai peluang 4,6 x untuk mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dibandingkan dengan klien yang berpendidikan rendah.

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa di antara 50 responden, ada 3 (10%) responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang hipoglikemia mempunyai kemampuan penatalaksanaan tentang hipoglikemia. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik tentang hipoglikemia sebanyak 19 (95%) responden yang memiliki kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia antara responden klien diabetes yang memiliki pengetahuan baik tentang penatalaksanaan hipoglikemia dan klien diabetes yang kurang memiliki pengetahuan tentang penatalaksanaan hipoglikemia ($p=0,0005$, $\alpha=0,05$).

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 171, artinya klien yang memiliki pengetahuan baik mempunyai peluang 171 kali untuk mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dibandingkan dengan klien yang memiliki pengetahuan kurang.

Pembahasan

Usia lansia dicirikan dengan seringnya lansia mengeluhkan kesehatannya karena penurunan fungsi tubuh dan intelektual karena adanya proses penuaan yang dialami setiap orang (David, 1972, dalam Juliani, 2005). Hasil analisa bivariat menunjukkan terdapat hubungan antara usia dan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia dan berpola negatif, artinya semakin muda usia responden maka semakin meningkat kemampuan melakukan penatalaksanaan hipoglikemia.

Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun. Pada usia lanjut, sensitivitas reseptor jaringan perifer terhadap insulin mengalami penurunan. Hal ini berarti sel-sel otot dan lemak pasien lanjut usia kepekaannya menurun terhadap insulin. Menurut Brunner dan Suddart (2000) menyebutkan bahwa insiden penyakit DM tipe 2 muncul di atas umur 30 tahun. Hasil penelitian mendapatkan bahwa umur di antara 40-60 tahun merupakan kelompok umur paling banyak di antara pasien yang mengalami DM tipe 2 (Timby, et al, 1999). Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun. Pada lansia, sensitivitas reseptor jaringan perifer terhadap insulin mengalami penurunan.

Lansia lebih beresiko mengalami penurunan fungsi mekanisme *counterregulatory* dan penurunan kognitif. Penurunan fungsi mekanisme *counterregulatory* menyebabkan frekuensi hipoglikemia meningkat, dan penurunan kognitif pada lansia mengakibatkan kegagalan mengenal gejala hipoglikemia, sehingga kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia juga mengalami penurunan.

Hasil analisa bivariat penelitian menunjukkan bahwa di antara 50 responden, ada 12 (33,3%) responden yang pendidikan dasar memiliki kemampuan penatalaksanaan tentang hipoglikemia. Sedangkan responden yang berpendidikan lanjut sebanyak 10 (71,4%) responden yang memiliki kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia antara pendidikan dasar dan pendidikan lanjut penderita diabetes ($p=0,034$, $\alpha=0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 5,000 artinya klien yang berpendidikan tinggi memiliki peluang 5 x untuk mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dibandingkan dengan klien yang berpendidikan rendah.

Tabel 3. Hubungan antara pengetahuan klien diabetes dengan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia

Pengetahuan klien	Kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia				Total		OR (95% CI)	P
	Mampu		Tidak mampu		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	3	10	27	90	30	100	171,000	0,0005
Baik	19	95	1	5	20	100	16,504-1771,705	
Total	22	44	28	56	50	100		

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Setyawati (2000) bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan formal dengan keteraturan pemeriksaan kadar gula darah. Penderita diabetes yang teratur memeriksa kadar gula darahnya akan lebih mengetahui fluktuasi kadar gula darahnya sehingga lebih dapat mengantisipasi keadaanya jika terjadi hipoglikemia.

Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam memahami suatu informasi. Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa pengetahuan merupakan faktor predisposisi pada pembentukan perilaku kesehatan, dalam hal ini yaitu perilaku kepatuhan pasien DM dalam memelihara kesehatannya.

Tingkat pendidikan termasuk faktor predisposisi yang menjelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang lebih dapat menerima pembelajaran yang berhubungan dengan praktek pengukuran makanan/diet dengan benar/ tepat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Dewi, dkk (2008) bahwa responden yang menempuh lama pendidikan formal < 9 tahun lebih banyak melakukan kesalahan praktek pengukuran makanan/dietnya yaitu sebanyak 35 orang (62,5 %) dibanding dengan responden yang menempuh pendidikan formal e" 9 tahun.

Hipoglikemia *unawareness* (Hipoglikemia yang tidak disadari) dapat terjadi akibat kegagalan proteksi fisiologis atau kegagalan mekanisme *counterregulatory*. Hampir semua pasien diabetes mellitus yang mendapat terapi insulin mengalami gangguan pada mekanisme proteksi terhadap hipoglikemia yang berat, walaupun dengan derajat yang berbeda.

Saat diagnosis DM dibuat, respon glukagon terhadap hipoglikemia umumnya normal. Respon glukagon pada pasien DM tipe 1 mulai turun setelah menderita diabetes 1-2 tahun, dan setelah 5 tahun respon glukagon tersebut hilang. Penyebab kegagalan respon tersebut saat ini belum diketahui secara pasti, diperkirakan tidak berkaitan dengan neuropati otonomik atau kendali glukosa yang ketat.

Sel secara selektif gagal mendeteksi adanya hipoglikemia dan tidak dapat menggunakan hipoglikemia sebagai rangsangan untuk mensekresi

glukagon, walaupun sekresi yang glukagon masih dapat dirangsang oleh perangsang lain seperti alanin. Diabetes yang berlangsung lama sering dijumpai penurunan respon simpatoadrenal walaupun dengan tingkat gangguan yang bervariasi (Sudoyo, 2006).

Penelitian yang dilakukan Lin, et al., (2010) pada pasien diabetes yang dirawat dirumah sakit menunjukkan bahwa durasi lamanya menderita DM, leukositosis, hipoalbuminemia, dan penggunaan obat tertentu seperti, beta-blocker, dan diuretik, akan mengakibatkan pasien cenderung mengalami hipoglikemia berulang selama perawatan di rumah sakit. Hal ini terkait dengan penurunan fungsi mekanisme *counterregulatory*, tingkat albumin yang rendah termasuk peradangan, infeksi, dan trauma (Lin, et al., 2010).

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia antara responden diabetes yang memiliki dukungan keluarga dan yang tidak memiliki dukungan keluarga ($p=0,035$, $\alpha=0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 4,600, artinya Klien yang memiliki dukungan keluarga mempunyai peluang 4,6 x untuk mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dibandingkan dengan klien yang berpendidikan rendah.

Menurut Tjokroprawiro (2001) kepribadian atau motivasi penderita untuk mentaati diet, terapi dan latihan gerak badan dari dokter yang merawatnya dan sadar semua itu untuk kepentingan dirinya sendiri merupakan factor kunci untuk menilai keterawatan penderita DM. Apabila penderita mempunyai motivasi yang baik, maka dapat diyakini kalau hasil pengukuran glukosa darah menggambarkan keadaan sebenarnya.

Keluarga sebagai salah satu lingkungan sosial terdekat dengan penderita DM merupakan satu faktor yang potensial untuk mempengaruhi dan membentuk motivasi yang sehat bagi penderita DM dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Faktor sikap, perilaku, dan partisipasi keluarga penderita DM merupakan faktor penting untuk menentukan keberhasilan penatalaksanaan DM. Penatalaksanaan pada pasien DM ini bertujuan untuk pengendalian kadar gula darah penderita (Tjokroprawiro, 2001 dalam Rinto,2008).

American Diabetes Association (ADA, 2006) mengatakan bahwa perencanaan pengelolaan diabetes harus dibicarakan sebagai terapeutik individual antara pasien dan keluarganya dan pasien harus menerima perawatan medis secara terkoordinasi dan integrasi dari tim kesehatan, sehingga keluarga menyadari pentingnya keikutsertaan dalam perawatan penderita diabetes mellitus agar kadar gula darah penderita dapat terkontrol dengan baik. Untuk mempertahankan kadar gula darah penderita dalam batas normal pada prinsipnya diletakkan pada tatalaksana pengaturan diet, olah raga, obat anti diabetik, penilaian kontrol dan edukasi.

Di lihat dari hasil penelitian Rinto (2006) dapat dilihat bahwa sebagian besar penderita DM tipe 2 kadar gula darahnya masih dikatakan buruk dengan persentase 54,3%. Hal ini dapat memberikan arti bahwa tatalaksana penderita DM yang bertumpu pada peran serta keluarga belum berjalan dengan semestinya.

Namun demikian potensi keluarga sebagai dasar perawatan penderita DM masih dapat dikembangkan, dengan asumsi dari hasil penelitian diperoleh sikap keluarga dengan perilaku keluarga $p < 0,01$, perilaku keluarga dengan partisipasi $p < 0,01$, sehingga memperlihatkan hubungan yang positif antara sikap keluarga dengan perilaku keluarga maupun perilaku keluarga dengan partisipasinya.

Untuk partisipasi keluarga dalam pemenuhan kesehatan ditentukan salah satunya oleh predisposisi keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang meliputi umur, jenis kelamin, besarnya keluarga serta hubungan keluarga dalam pelayanan kesehatan. Menurut Ismail dalam Rinto, 2008 keadaan diatas dapat terjadi karena banyak adanya *confinding factors* yang berpengaruh dalam hubungan itu, menurutnya sikap seseorang terhadap suatu obyek distimulir oleh pola pikir individu, isu – isu sosial dan situasi kelompok sosial yang ada.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di antara 50 responden, ada 3 (10%) responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang hipoglikemia mempunyai kemampuan penatalaksanaan tentang hipoglikemia. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik tentang hipoglikemia sebanyak

19 (95%) responden yang memiliki kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia.

Hasil uji statistik menunjukkan adanya perbedaan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia antara responden diabetes yang memiliki pengetahuan baik tentang penatalaksanaan hipoglikemia dan yang kurang memiliki pengetahuan tentang penatalaksanaan hipoglikemia ($p = 0,0005$, $\alpha = 0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 171, artinya Klien yang memiliki pengetahuan baik mempunyai peluang 171 x untuk mampu melakukan penatalaksanaan hipoglikemia dibandingkan dengan klien yang memiliki pengetahuan kurang

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mendukung dalam melakukan perawatan diri sehari-hari karena dengan pengetahuan yang cukup seseorang akan memahami kondisi sakitnya dan diharapkan mampu mengelola diri agar senantiasa berpola hidup sehat sehingga gula darah terkontrol.

Penelitian Rahmadiliyani (2007) yang berjudul hubungan antara pengetahuan tentang penyakit dan komplikasi pada penderita DM dengan tindakan mengontrol gula darah di wilayah kerja puskesmas I gatak sukaharjo, didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tindakan mengontrol gula darah dengan nilai $r = 0,508$.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Dewi (2008) dimana responden yang berpengetahuan kurang berpeluang melakukan kesalahan pengukuran makanan/dietnya sehari-hari sebesar 14,01 kali (95% CI : 4,70-41,75) dibandingkan dengan responden yang bepengetahuan baik. Kesalahan pengukuran merupakan salah satu penyebab terjadinya hipoglikemia, sehingga diperlukan kemampuan penderita diabetes untuk mengatasi hipoglikemia guna mencegah komplikasi yang lebih fatal.

Faktor-faktor seperti kesalahan diet, konsumsi alcohol, aktifitas yang berlebihan, kurangnya kemauan diri untuk melakukan perawatan diri sendiri, hal tersebut merupakan risiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipoglikemia. Risiko-risiko tersebut dapat di cegah dengan memberikan edukasi kesehatan tentang penatalaksanaan hipoglikemia (Boyle, et al. 2007).

Kesimpulan

Karakteristik responden yang berhubungan dengan kemampuan penatalaksanaan hipoglikemia adalah pengetahuan tentang hipoglikemia, usia, pendidikan, lama menderita diabetes dan dukungan keluarga. Hasil penelitian diharapkan sebagai salah satu pertimbangan dalam membuat perencanaan asuhan keperawatan dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan sehingga pasien dapat melakukan penanganan hipoglikemia dengan baik dan pada akhirnya komplikasi yang lebih berat dapat dihindari.

Kemampuan pasien dapat ditingkatkan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan hipoglikemia. Tujuan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan penderita DM agar dapat melakukan *self management* dalam penatalaksanaan DM, termasuk penatalaksanaan hipoglikemia. Pemberian asuhan keperawatan berupa pendidikan kesehatan tentang hipoglikemia, hendaknya dilakukan secara dini sejak pasien terdeteksi diabetes dan berfokus pada kemandirian dalam mendeteksi sekaligus menangani hipoglikemia. Peran serta keluarga perlu ditingkatkan dalam penatalaksanaan hipoglikemia guna mencegah komplikasi yang lebih buruk (TN).

Referensi

- American Diabetes Association. (2006). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 27 (1), S5-S10. Diperoleh dari <http://www.care.diabetesjournal>.
- Boyle, P.J., & Zrebiec, J. (2007). *Physiological and behavioral aspects of glycemic control and hypoglycemia in diabetes*. Diperoleh dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17330688.
- Brunner, & Suddart. (2000). Buku ajar keperawatan medikal bedah (volume 2) (Edisi 8). Jakarta: EGC.
- Dewi, P., & Anugraheni, K. (2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi praktek pengukuran makanan (Diet) sehari-hari pada pasien DM tipe 2. *Jurnal Epidemiologi*. Tidak dipublikasikan.
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2005). *Critical care nursing: A holistic approach* (6th Edition). Philadelphia: Lippincott Company.
- Juliani, P. (2005). *Fungsi kognitif masa dewasa lanjut*. Diperoleh dari <http://www.psikologi.ums.net/mod>.
- Lin, Y.Y., et al. (2010). *Risk factors for recurrent hypoglycemia in hospitalized diabetic patients admitted for severe hypoglycemia*. Diperoleh dari <http://www.eymj.org>.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rahmadiliyani. (2007). *Hubungan antara pengetahuan tentang penyakit dan komplikasi pada penderita DM dengan tindakan mengontrol gula darah di wilayah kerja puskesmas I gatak sukaharjo*. Tesis tidak dipublikasikan.
- Rinto, N., et al. (2006). *Hubungan antara sikap, perilaku dan partisipasi keluarga terhadap kadar gula darah penderita diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta 2008*. Diperoleh dari <http://www.fkm.undip.ac.id>.
- Setyawati, R. (2000). *Beberapa faktor yang berhubungan dengan keteraturan pemeriksaan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus di Rumah Sakit Umum Kota Semarang*. Diperoleh dari www.fkm.undip.ac.id.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical- surgical nursing* (11th Edition). Philadelphia: Williams and Wolter Kltwer Bussiness.
- Sudoyo, A.W., Setyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. (2006). *Ilmu penyakit dalam* (Edisi 3). Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Timby, B.K., Scherer, J.C., & Smith, N.E. (1999). *Medical surgical nursing: Introductory* (7th Edition). Philadelphia: Lippincott.

Jangan batasi kebaikan yang bisa Anda lakukan
karena itu akan membatasi kebesaran yang bisa Anda capai.

- Mario Teguh -

KINERJA PERAWAT BERDASARKAN KOMITMEN PADA ORGANISASI DAN LINGKUNGAN KERJA PERAWAT

Muliyadi^{1,2*}, Achir Yani S.Hamid³, Mustikasari³

1. Poltekkes Kemenkes Palembang, Sumatera Barat, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: muliyadiskp@yahoo.co.id

Abstrak

Komitmen pada organisasi dan lingkungan kerja perawat merupakan faktor yang ada dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit. Penelitian deskriptif dengan desain potong lintang bertujuan mendapatkan hubungan antara komitmen pada organisasi dan lingkungan kerja perawat dengan kinerja perawat pelaksana. Populasi penelitian adalah seluruh perawat pelaksana, dengan sampel adalah seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 107 perawat. Analisis melalui uji korelasi partial dan regresi linier ganda untuk analisis faktor dominan. Hasil penelitian terdapat hubungan signifikan komitmen pada organisasi dengan kinerja perawat pelaksana setelah dipengaruhi karakteristik perawat ($p=0,0005$, $\alpha=0,05$). Lingkungan kerja berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana setelah dipengaruhi karakteristik perawat ($p=0,0005$, $\alpha=0,05$). Komitmen afektif adalah faktor paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana.

Kata kunci: Kinerja Perawat Pelaksana, Komitmen pada Organisasi, Lingkungan Kerja

Abstract

Nurses' commitment on organization and nurse's working condition is an organizational factor in hospital nursing services. This study used descriptive design with cross sectional. The Purpose of the study was to describe the relationship between commitment to organization and nurses' working condition with the performance of nurse provider. The sample of this study was consisted of total population meeting the inclusive criteria of 107 nurses. Analysis of variable correlation utilized partial correlation test, for while analysis the determinant factor used multiple linear regression test. The result of the study showed that there was a significant relationship between commitment to organization with nurse provider's performance after affected by nurse's characteristics ($p= 0,0005$, $\alpha= 0,05$). Nurses working condition had a significant relationship with the performance nurse providers after affected by the characteristic of nurses ($p=0,0005$, $\alpha=0,05$). The most determinant factor related to nurse providers' performance was affective commitment.

Keyword: Commitment to Organization, Performance of Nurse's Provider, Work Condition

Pendahuluan

Tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya kepuasan, harapan dan terpenuhinya kebutuhan pasien, tenaga pemberi layanan dan institusi. Pelayanan keperawatan memiliki peran yang besar dalam sistem pelayanan rumah sakit. Kualitas kinerja keperawatan menentukan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Kinerja keperawatan diukur berdasarkan hasil pencapaian pelaksanaan standar kinerja dalam pelayanan keperawatan. PPNI (2004) merumuskan standar kinerja profesional keperawatan sebagai indikator kinerja keperawatan meliputi jaminan mutu, pendidikan, penilaian kinerja, kesejawatan, etik, kolaborasi, riset dan pemanfaatan sumber. Penelitian Departemen Kesehatan dan *World Health Organization* (2000) tentang kinerja perawat dan bidan di Provinsi Kalimantan Timur, Sumatera Utara, Sulawesi Utara, Jawa Barat dan DKI Jakarta menunjukkan bahwa

39,8% perawat melakukan tugas-tugas non keperawatan dan 47,4% perawat tidak memiliki uraian tugas secara tertulis.

Hasil analisis WHO (2003a) terhadap beberapa negara Asia termasuk Indonesia bahwa kinerja profesional perawat yang didasari oleh *multidisciplinary learning* terisolasi dari profesi kesehatan lainnya berdampak pada lemahnya peran yang saling mendukung diantara tenaga profesional kesehatan, kesulitan berkomunikasi, perawat memiliki pendekatan dan nilai yang berbeda dalam pelayanan kesehatan dengan yang lainnya, buruk dalam bekerjasama dan pendekatan yang terfragmentasi, persepsi yang berbeda antara perawat dan dokter, beberapa kesulitan dalam hubungan perawat dan manajemen. Kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit membutuhkan komitmen perawat yang kuat terhadap organisasi rumah sakit.

Koentjoro (2007) menyatakan bahwa langkah awal membangun kinerja organisasi adalah membentuk komitmen dan kepedulian seluruh jajaran staf dalam organisasi. Penurunan komitmen organisasi menyebabkan kinerja buruk yang berdampak gagalnya pencapaian tujuan.

Kinerja perawat efektif memerlukan lingkungan kerja yang positif. Menurut *National Study of the Changing Workforce* (1997, dalam Robbins, 2003), faktor penting yang menimbulkan seseorang untuk menyukai pekerjaan dan tetap bekerja pada suatu organisasi adalah mutu pekerjaan dan dukungan lingkungan kerja.

Hasil analisis lingkungan kerja perawat oleh *World Health Organization* (2003b) di beberapa negara Asia termasuk Indonesia menemukan bahwa lingkungan kerja perawat belum optimal seperti pendapatan perawat yang rendah, fasilitas kesehatan yang buruk dan tidak aman bagi staf perawat, rasio perawat pasien yang tidak optimal, hubungan kerja dalam tim kesehatan yang perlu penguatan, beberapa perawat mengalami kekerasan fisik, kurang perlindungan (*safety*) dalam pekerjaan, dan beberapa fasilitas bagi perawat yang tidak memuaskan.

Indikator layanan keperawatan yang belum optimal pada RS X seperti *turn over* tenaga perawat pada tahun 2007 sebesar 8,5%. Sementara kepuasan pasien atas kinerja perawatan terdapat 42,3% kategori cukup. Beberapa aspek kinerja keperawatan yang belum menimbulkan kepuasan pasien antara lain kemampuan perawat untuk cepat tanggap 42,3%, kemampuan memahami permasalahan pasien 46,1%, perhatian perawat terhadap keluhan pasien 34,6%. menunjukkan 30,8% perilaku caring tidak baik kemampuan komunikasi 52,5% perawat mengalami kendala dalam komunikasi. Sedangkan kajian terhadap kinerja dalam aspek mutu pelayanan 36,1% perawat tidak mengetahui program mutu layanan keperawatan, dari sejumlah perawat yang mengetahui program mutu 37,7% mengatakan program mutu layanan keperawatan tidak berjalan (Mulyadi, 2007). Berdasarkan Latar belakang di atas maka pertanyaan penelitian ini adalah adakah hubungan komitmen pada organisasi dan lingkungan Kerja dengan kinerja perawat pelaksana.

Metode

Jenis Penelitian deskriptif korelasional dengan desain potong lintang. Populasi penelitian adalah seluruh perawat pelaksana di Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis Depok, sampel penelitian adalah seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi dengan besar sampel 107 perawat pelaksana. Pengumpulan data penelitian menggunakan kuesioner. Analisis korelasi parsial digunakan untuk menguji hubungan antar variabel dan Uji Regresi liner ganda digunakan untuk menentukan faktor dominan.

Hasil

Hubungan Komitmen pada organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana setelah dipengaruhi karakteristik perawat

Tabel 1. menunjukkan hubungan yang signifikan antara komitmen pada organisasi dengan kinerja perawat pelaksana setelah dipengaruhi karakteristik perawat ($p=0,0005$, $\alpha=0,05$), dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif.

Tabel 1 Hubungan Komitmen Pada Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Setelah dipengaruhi karakteristik perawat

Variabel Independen	Koefisien Korelasi (r)	P
Komitmen	0,349	0,0005
Komitmen Afektif	0,423	0,0005
Komitmen Normatif	0,316	0,001
Komitmen Berkesinambungan	0,139	0,162

Variabel dependen: Kinerja perawat pelaksana

Komitmen afektif dan normatif berhubungan secara signifikan dengan kinerja perawat pelaksana, sedangkan komitmen ber-kesinambungan tidak berhubungan (lihat diagram 1.).

Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Rumah Sakit X Kota Depok setelah dipengaruhi karakteristik perawat

Tabel 2 menunjukkan hubungan yang signifikan Lingkungan Kerja Perawat dengan kinerja perawat pelaksana setelah dipengaruhi karakteristik perawat ($p=0,0005$; $\alpha=0,05$).

Selain itu, didapat nilai $r = 0,527$ dengan kekuatan hubungan kuat dan berpola positif. Lingkungan kerja pada aspek manajemen, kepemimpinan dan budaya; kendali terhadap praktek berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana, sedangkan kendali terhadap beban kerja dan sumber yang memadai tidak berhubungan (lihat diagram 2.).

Tabel 2. Hubungan Lingkungan Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana Setelah dipengaruhi karakteristik perawat

Variabel Independen	Koefisien Korelasi (r)	P
Lingkungan Kerja	0,527	0,0005
Manajemen, Kepemimpinan dan Budaya	0,477	0,0005
Kendali terhadap Beban Kerja	0,137	0,169
Kendali Terhadap Praktik	0,572	0,0005
Sumber Yang Memadai	0,090	0,366

Variabel dependen: Kinerja perawat Pelaksana

Faktor yang Paling Dominan Berhubungan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Pada ketiga variabel yaitu komitmen afektif; kendali terhadap praktik dan manajemen, kepemimpinan, budaya dapat menjelaskan variasi pada variabel kinerja perawat sebesar 43,2% (lihat tabel 3). Variabel komitmen afektif merupakan variabel yang paling dominan, yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana.

Pembahasan

Komitmen pada organisasi dan kinerja perawat pelaksana

Komitmen yang tinggi menimbulkan loyalitas terhadap organisasi melalui penerimaan sasaran, nilai, kemauan, dan kesediaan untuk menjadi bagian dari organisasi serta memiliki keinginan untuk bertahan (Hatmoko, 2006). Hasil analisis hubungan komitmen pada organisasi dengan kinerja perawat pelaksana setelah dipengaruhi karakteristik perawat menunjukkan hubungan yang signifikan.

Komitmen individu pada organisasi merupakan suatu sikap kerja seseorang terhadap organisasi (Allen & Meyer, 1997; Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1996; Robbins, 2003). Komitmen organisasi kuat menimbulkan dorongan, keinginan dan kemauan

dalam diri seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan dengan segala upaya yang dimiliki dengan didasari internalisasi nilai-nilai, tujuan organisasi kedalam diri individu.

Menurut Meyer dan Allen (1991) Karyawan yang memiliki komitmen pada organisasi akan bekerja penuh dedikasi. Meyer et al. (1989) menemukan bahwa penurunan komitmen pada organisasi menyebabkan kinerja buruk dan berdampak pada gagalnya pencapaian tujuan. Farrell dan Paterson (1984) Lemahnya komitmen perawat pada organisasi berdampak pada buruknya kinerja perawat, *turn over* (McNeese-Smith, 2001).

Komitmen afektif, normatif dan berkesinambungan hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara komitmen afektif dan normatif dengan kinerja, tetapi komitmen berkesinambungan tidak berhubungan dengan kinerja. Menurut Meyer et al. (1989), penampilan kerja (*job performance*) pekerja dengan komitmen berkesinambungan lebih rendah dibandingkan pekerja dengan komitmen afektif.

Individu dengan komitmen afektif yang tinggi memiliki kedekatan emosional yang erat dengan organisasinya. Kim dan Mauborgne (dalam Allen & Mayer, 1997) menyatakan bahwa individu dengan komitmen afektif yang tinggi akan lebih mendukung kebijakan perusahaan. Komitmen afektif memiliki hubungan erat dengan pengukuran hasil pekerjaan individu (Bycio, Hackett dan Allen; Sager & Johnston dalam Allen & Meyer, 1997).

Individu dengan komitmen normatif yang tinggi akan bertahan dalam organisasi karena merasa adanya suatu kewajiban atau tugas. Menurut Allen dan Meyer (1997), perasaan adanya kewajiban dan tugas akan memotivasi individu untuk berkinerja secara baik dan melakukan tindakan tepat bagi organisasinya.

Tabel 3. Model Kinerja Perawat Pelaksana

Variabel	B	Sig	R square	p
Constan	-10,536			
Komitmen Afektif	1.928	0,001		
Manajemen, Kepemimpinan, Budaya	0,867	0,015	0,432	0,0005
Kendali Terhadap Praktik	1.373	0,0005		

Komitmen normatif mempunyai hubungan positif dengan tingkah laku dalam pekerjaan seperti penampilan kerja, suasana pekerjaan (Allen & Meyer, 1997). Komitmen normatif berhubungan dengan pengukuran hasil kerja, namun hubungan komitmen normatif dengan tingkah laku pekerja diluar perannya lebih lemah dibandingkan individu dengan komitmen afektif (Randall et al., dalam Allen & Meyer 1997).

Lingkungan Kerja Perawat dan Kinerja Perawat Pelaksana

Lingkungan kerja merupakan salah satu faktor yang berada dalam organisasi yang memberikan pengaruh langsung pada aktivitas kerja setiap individu. Lingkungan kerja yang kondusif menciptakan kenyamanan dan kehidupan kerja yang lebih baik. Lingkungan kerja yang memuaskan menimbulkan keterikatan perawat pada rumah sakit yang merupakan faktor yang menentukan kualitas perawatan pasien (Schmalenberg, et al., 2008).

Kepuasan terhadap lingkungan kerja bagi staf keperawatan dalam suatu rumah sakit adalah sesuatu yang essensial dalam kualitas perawatan pasien (Schmalemberg & Kramer, 2008). Lingkungan kerja keperawatan mempengaruhi perawat dan pasien (Aiken, et al., 2002; Vahey, et al., 2004 dalam McGillis, 2008).

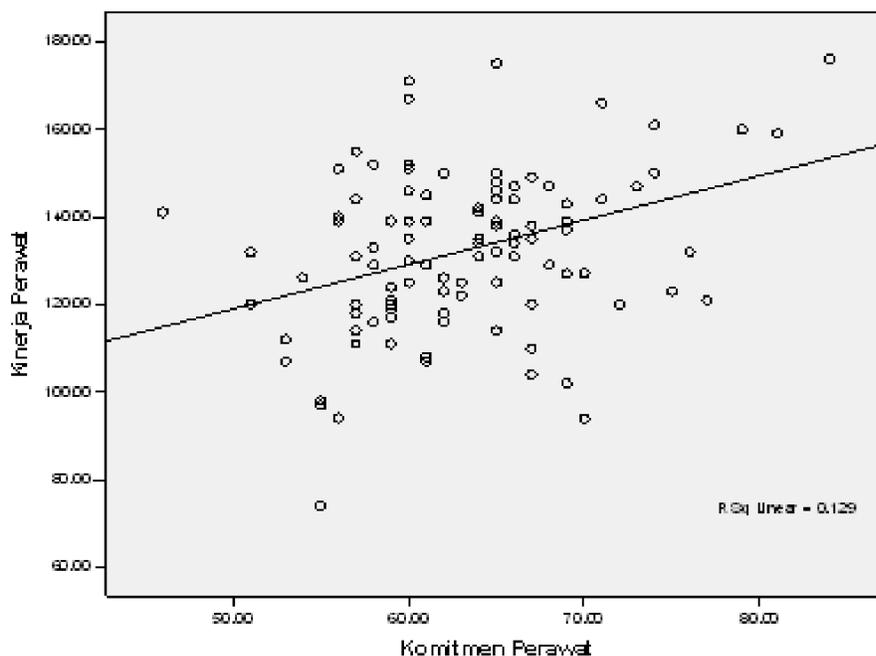
Penelitian Sujarwati (2004) menjelaskan bahwa lingkungan kerja memiliki hubungan dengan pelaksanaan tugas pokok keperawatan. Hasil analisis hubungan aspek lingkungan kerja menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara manajemen, kepemimpinan dan budaya dengan kinerja perawat pelaksana. Organisasi dan sistem kepemimpinan merupakan salah satu kunci pencapaian dari kualitas kerja (CCHSA, 2004).

Manajer memberikan pengaruh pada hasil yang dihasilkan oleh para staf. Kepemimpinan seorang manajer keperawatan merupakan faktor kunci yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat dan retensi, serta terdapat hubungan antara kepemimpinan dan kualitas perawatan pasien serta efektifitas kerja staf keperawatan (McGillis, et al., 2003).

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kendali beban kerja dengan kinerja perawat pelaksana. Beban kerja menggambarkan jumlah atau volume pekerjaan dibandingkan dengan waktu yang tersedia (Ilyas, 2004).

Peningkatan beban kerja perawat berdampak pada stress kerja perawat yang pada akhirnya berdampak pada ukuran kinerja dalam layanan keperawatan. Penelitian Shaver (2003) didapatkan bahwa perawat dengan beban kerja berlebih berpengaruh pada pencapaian kepuasan dan kualitas kerja.

Diagram 1. Hubungan Komitmen pada Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana



Gillies (1994) menjelaskan beban kerja di rumah sakit diukur dengan mempertimbangkan komponen sensus pasien, tingkat ketergantungan, rata-rata lama hari rawat, jenis kegiatan keperawatan dan rata-rata waktu yang dibutuhkan. Metode yang digunakan dalam pelayanan memiliki pengaruh terhadap beban kerja, pelayanan yang mengedepankan tugas atau fungsional, orientasi pelayanan yang didasarkan pada tugas relatif kurang tepat untuk menggambarkan beban kerja asuhan yang seharusnya dapat diukur dalam pelayanan keperawatan, sehingga persepsi beban kerja tidak dapat menggambarkan kualitas kinerja perawat.

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan kendali terhadap praktik dengan kinerja perawat pelaksana. Keperawatan merupakan profesi mandiri yang didasarkan atas ilmu dan kiat keperawatan. Praktik keperawatan memiliki karakteristik kewenangan, akontabilitas, pengambilan keputusan mandiri, kolaborasi, *advocacy* dan fasilitator. Menurut Kramer dan Schmalenberg (2004), Otonomi staf keperawatan sebagai bagian penting dari kendali terhadap praktik merupakan determinan kepuasan kerja, retensi, produktifitas dan kualitas pelayanan keperawatan.

Hasil analisis hubungan menunjukkan sumber yang memadai tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Pelayanan keperawatan merupakan

aktivitas pelayanan yang dilaksanakan melalui upaya pemanfaatan sumber daya secara efektif.

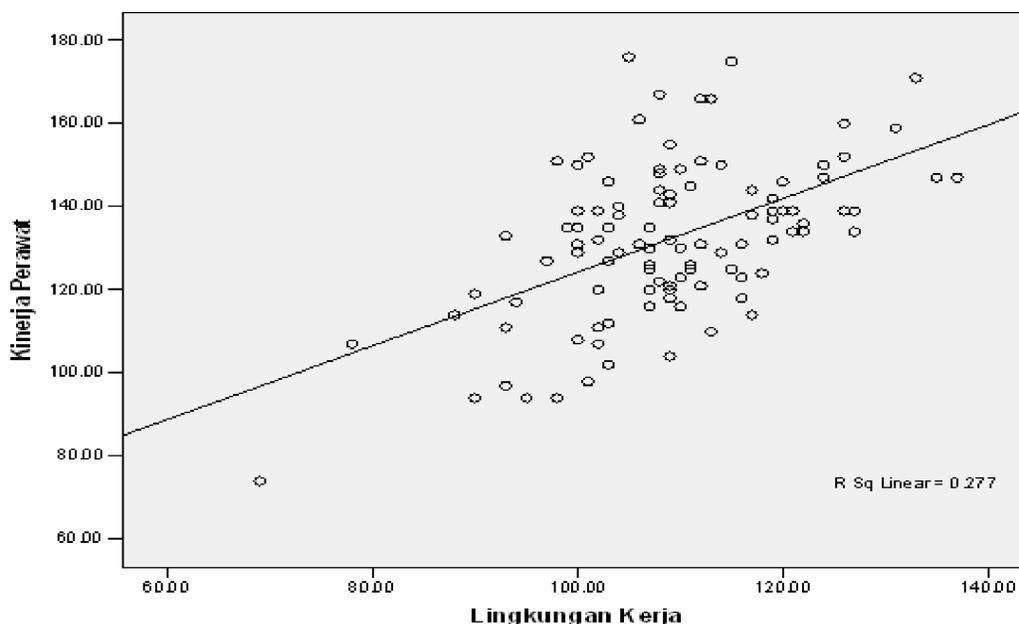
Sumber daya terdiri dari sumber daya manusia dan sumber daya non manusia seperti alat, sistem, uang (Ilyas, 2004). Lowe (2002) menyampaikan indikator dalam sumber yang adekuat meliputi indikator suplai dan peralatan dan pengembangan profesional.

Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil analisis menunjukkan faktor personal (individu) perawat dalam hal ini komitmen afektif merupakan faktor determinan utama yang mempengaruhi kinerja perawat. Hal ini bersesuaian dengan pendapat Koentjoro (2007) yang menyatakan bahwa hal utama yang harus diupayakan dalam membangun kinerja yang baik adalah memunculkan komitmen setiap individu dalam organisasi. Dengan demikian secara teoritis, variabel yang paling mungkin diintervensi untuk meningkatkan kinerja adalah menumbuhkan komitmen perawat pelaksana.

Kendali terhadap praktik merupakan variabel lainnya yang memberikan pengaruh pada kinerja perawat. Kendali terhadap praktik didasarkan pada wewenang dan tanggung jawab yang diiringi oleh legal aspek yang berhubungan dengan praktik keperawatan.

Diagram 2. Hubungan Lingkungan Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat Pelaksana



Faktor determinan lainnya yang berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana adalah manajemen, kepemimpinan dan budaya yang merupakan faktor organisasional (Gibson, Ivancevich, & Donelly, 1996; Robbins, 2003).

Kesimpulan

Komitmen pada organisasi, pada aspek komitmen afektif dan normatif berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana di, sedangkan komitmen berkesinambungan tidak berhubungan. Lingkungan kerja perawat; manajemen, kepemimpinan dan budaya.

Kendali terhadap praktik berhubungan dengan kinerja perawat sedangkan kendali terhadap beban kerja dan sumber yang memadai tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Komitmen Afektif Perawat merupakan faktor paling dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana. Penelitian menyarankan peningkatan komitmen afektif melalui perhatian dan penghargaan terhadap kinerja perawat, kesejahteraan, program penghargaan, pemilihan perawat berprestasi dan peningkatan lingkungan kerja melalui pemenuhan sarana prasarana, perumusan standar-standar keperawatan (MS, SW, TN).

Referensi

- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1997). *Commitment in the workplace theory research and application*. California: Sage Publications.
- CCHSA. (2004). *National consensus meeting on worklife indicators*. Ottawa: Canadian Council on Health Services Accreditation.
- Gibson, Ivancevich, & Donelly. (1996). *Organisasi dan manajemen, perilaku, struktur dan proses*. Jakarta: Erlangga.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A system approach* (3th Edition). Phyladelphia: WB. Saunders Company.
- Hatmoko, T. (2006). *Pengaruh kepuasan kerja terhadap komitmen organisasi dan perbedaannya terhadap karakteristik demografi* (Tesis, UIN Malang). Diperoleh dari <http://lib.uin-malang.ac.id/files/thesis/...ii/04920002.ps>.
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit, teori, metoda dan formula* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok.
- Koentjoro, T. (2007). *Regulasi kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of a magnetic work environment: Part 2. *Nursing*, 34(7), 44-47. Diperoleh dari <http://journals.lww.com>.
- Lowe, G. S. (2002). *Quality of worklife, indicators for nurse in canadian workshop report*. Ottawa: Canadian Nurse Assosiation.
- McGillis, L. (2008). *Quality work environment: For nurse and patient safety*. Diperoleh dari <http://www.nursingresearchonline.com>.
- McGillis, L., et al. (2003). *Indicators of nurse staffing and quality nursing work environment a critical synthesis of the literature*. Toronto: The Ontario Ministry of Health & Long-Term Care. Diperoleh dari www.ontla.on.ca/library/repository/mon/8000/243365.pdf.
- McNeese-Smith, D. K. (2001). A nursing shortage: building organization commitment among nurse. *Journal of Healthcare Management*, 46 (3), 173-86. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372220>.
- Mulyadi. (2007). *Laporan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di unit rawat inap Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis Depok* (Laporan, tidak dipublikasikan). FIK UI, Depok.

Istilah tidak ada waktu, jarang sekali merupakan alasan yang jujur, karena pada dasarnya kita semuanya memiliki waktu 24 jam yang sama setiap harinya. Yang perlu ditingkatkan ialah membagi waktu dengan lebih cermat.

- George Downing -

PENINGKATAN EKSPRESI *TRANSFORMING GROWTH FACTOR BETA 1* (TGF β 1) PADA LUKA DIABETES MELITUS MELALUI BALUTAN MODERN

Heri Kristianto^{1,2*}, Elly Nurachmah³, Dewi Gayatri³

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Jawa Tengah, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: herik26@yahoo.com

Abstrak

Eksresi *transforming growth factor beta 1* pada luka diabetes melitus mengalami penurunan yang berdampak terhadap proses penyembuhan luka. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan perawatan luka modern *dressing* dengan metode konvensional terhadap ekspresi *transforming growth factor beta 1* pada luka kaki diabetes melitus. Penelitian menggunakan *quasi experimental pretest-posttest design* dengan metode pengumpulan sampel secara *consecutive sampling*. Pengukuran ekspresi *transforming growth factor beta 1* dilakukan pada hari ke-0 (*pretest*) dan ke-4 (*posttest*). Hasil penelitian didapatkan data pada kelompok modern terjadi peningkatan ekspresi *transforming growth factor beta 1*, sedangkan pada kelompok konvensional terjadi penurunan ekspresi *transforming growth factor beta 1*. Disimpulkan bahwa teknik perawatan luka secara modern mampu meningkatkan ekspresi *transforming growth factor beta 1* dibandingkan teknik konvensional pada luka kaki diabetes melitus.

Kata kunci: konvensional, luka diabetes melitus, modern, *transforming growth factor beta 1*

Abstract

Reduction of expression of transforming growth factor beta 1 in diabetic ulcers affects overall wound healing. This study tried to draw a comparison of transforming growth factor beta 1 level between modern dressing and conventional dressing in diabetic foot ulcer. This study applied a quasi-experimental pretest-posttest design and a consecutive sampling method of data collection. Immunohistochemical analysis of transforming growth factor beta 1 level was measured on the day 0 (pretest) and the day 4 (posttest). In this study, the modern dressing application improves transforming growth factor beta 1 level. Meanwhile, the conventional dressing application decreases transforming growth factor beta 1 level. Thus, it can be concluded that the modern dressing application can increase transforming growth factor beta 1 level.

Key words: conventional, diabetic ulcer, modern, *transforming growth factor beta 1*

Pendahuluan

Diabetes melitus dapat menimbulkan dampak luas bagi kualitas hidup pasien, terutama dengan komplikasi luka kaki diabetik. Perkembangan penyakit diabetes melitus (DM) di seluruh dunia saat ini berkembang pesat, didukung dengan angka kejadian DM di dunia mencapai 171 juta jiwa pada 2000 dan diperkirakan akan mencapai 366 juta jiwa pada 2030 (Wild, et al., 2004).

Data dari Departemen Kesehatan RI (2007), prevalensi DM secara nasional 5,7%. Di Indonesia jumlah penderita DM tahun 2000 mencapai 8,4 juta dan diprediksi oleh WHO tahun 2030 akan menjadi 21,3 juta jiwa (Perkeni, 2006).

Data dari WHO menunjukkan, kebanyakan penderita DM di negara berkembang usia 45-64

tahun (Perkeni, 2009). Ulkus dan ganggrein diabetik merupakan komplikasi pada ekstremitas bawah yang dapat berakhir amputasi.

Hasil penelitian NLLIC (2008) menyebutkan 67% dari semua tindakan amputasi disebabkan DM, sedangkan Perkeni (2009) menyebutkan 30-50% pasien paska amputasi akan dilakukan tindakan amputasi pada sisi kaki lain dalam waktu 1-3 tahun.

Data Perkeni (2009), angka kematian karena ulkus dan ganggrein mencapai 17-23 % dan 15-30 % karena tindakan amputasi. Angka kematian satu tahun paska amputasi berkisar 14,8% dan meningkat pada tiga tahun paska amputasi 37% dengan rerata umur pasien hanya 23,8 bulan paska amputasi. Karakteristik ulkus dan ganggrein diabetik dilihat dari perubahan faktor pertumbuhan yaitu terjadinya penurunan TGF β 1 (Jude, et al., 2002).

Menurut Genna (2003), menyebutkan bahwa salah satu faktor yang menghambat penyembuhan luka diabetes adalah kurangnya faktor pertumbuhan. TGF-β1 berperan dalam proses pembentukan kapiler baru sebagai saluran penyuplai oksigen dan makanan yang dibutuhkan oleh luka selama proses regenerasi jaringan.

Metode perawatan yang tepat diharapkan meningkatkan produksi TGF β1 sehingga memperpendek masa rawat luka. Penelitian terkait kecepatan penyembuhan luka pada teknik modern dan konvensional telah banyak dilakukan penelitian, tetapi pengaruhnya terhadap TGF β1 masih belum banyak dilakukan kajian lebih lanjut.

Metode

Penelitian ini menggunakan *quasi experimental design*, dilakukan pengamatan *pretest* dan *posttest control group design*, selama empat hari (Wood & Haber, 2006). Pengukuran TGF β1 pada hari ke-0 untuk mengetahui jumlah TGF β1 pada kondisi sebelum dilakukan pengamatan yang menjadi acuan perkembangan yang terjadi setelah diberikan tindakan rawat luka. Pada hari ke-4 dilakukan pengukuran kembali TGF β1 sehingga didapatkan adanya trend perubahan produksi TGF β1.

Adanya trend perubahan jumlah TGF β1 selama empat hari pengamatan akan dijadikan acuan dalam pengolahan analisis data. Populasi penelitian yaitu pasien dengan luka diabetik yang dilakukan perawatan di rumah sakit wilayah Malang dan Madiun, yang baru maupun lama menjalani proses perawatan, dengan sampel pasien dengan luka diabetik yang menjalani perawatan pada Pebruari – April 2010. Sampel diambil dengan cara *consecutive sampling*, dengan 30 responden.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah, 1) pasien bersedia menjadi sampel penelitian, 2) pasien dapat membaca dan menulis, 3) pasien dalam kondisi pengendalian kadar gula darah, 4) ditemukan jaringan nekrotik pada luka kaki DM (klasifikasi Wagner: 4-5). Sedangkan, kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah, 1) menderita anemia dan hipoalbumin, 2) mendapatkan terapi NSAIDs dan anti neoplasma, 3) penyakit penyerta; gagal ginjal, stroke, kanker, aterosklerosis, dan gangguan daya ingat.

Analisis imunohistokimia (IHK) dilakukan di laboratorium Histologi dan Faal divisi Fisiologi Molekuler Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Tempat pemotongan jaringan nekrotik dilakukan di ruangan perawatan rumah sakit dimana pasien dilakukan tindakan rawat luka, baik prosedur *pretest* dan *posttest*. Hasil pemotretan IHK dianalisis dengan program Corel Photo Paint 12 untuk melihat derajat warna kecoklatan terhadap ekspresi TGF β1. Analisis data statistik menggunakan uji T. Uji homogenitas karakteristik sampel menggunakan uji *T independent* dan *Chi square*. Data diuji pada tingkat kemaknaan 5% atau selang kepercayaan 95%.

Hasil

Karakteristik Sampel

Rerata usia pasien DM dalam penelitian ini adalah 55,72 tahun pada kelompok modern dan konvensional (standar deviasi= 7,52). Usia paling muda 44,4 tahun dan usia paling tua 73 tahun. Hasil estimasi interval menunjukkan 95% usia pasien DM dalam penelitian pada rentang 53,77-57,66 tahun.

Rerata lama hari rawat pasien DM dalam penelitian adalah 1,17 hari pada kelompok modern dan konvensional (standar deviasi= 1,13 hari). Lama hari rawat terendah 0 hari dan tertinggi empat hari. Hasil estimasi interval menunjukkan 95% lama hari rawat pasien DM dalam penelitian pada rentang 0,87-1,46 hari.

Tabel 1. Rerata Perbedaan Ekspresi TGF β1 Sebelum dan Setelah Pengamatan Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Variabel	Kelompok		SD	t	p
Ekspresi TGF β1	Modern	<i>Pretest</i>	148,31	10,56	-3,98 0,000*
		<i>Posttest</i>	162,21	15,14	
	Konvensional	<i>Pretest</i>	159,12	10,68	5,20 0,000*
		<i>Posttest</i>	148,05	7,13	

*bermakna pada α= 0,05

Sebagian besar pasien DM dengan IMT normal, yaitu 56,7% kelompok modern dan konvensional. Pasien dengan luka DM dengan 10% IMT kurang dan 33,3% IMT lebih pada kelompok modern dan konvensional. Pasien DM 61,7% berjenis kelamin perempuan dan 38,3% laki-laki pada kelompok modern dan konvensional.

Hasil analisis data karakteristik riwayat merokok menunjukkan 68,3% tidak merokok dan 31,7% mempunyai riwayat merokok pada kelompok modern dan konvensional.

Hasil uji homogenitas sampel menunjukkan terdapat kesamaan atau tidak berbeda secara signifikan pada karakteristik usia ($p=0,687$, $\alpha=0,05$), lama hari rawat ($p=0,175$, $\alpha=0,05$), IMT ($p=0,101$, $\alpha=0,05$), dan jenis kelamin ($p=0,288$, $\alpha=0,05$). Sedangkan riwayat merokok ($p=1,00$, $\alpha=0,05$) antara kelompok modern dan konvensional.

Hasil pengukuran ekspresi TGF $\beta 1$ pada hari ke-0 terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Perbedaan pada pretest (hari ke-0) tidak berpengaruh terhadap analisis perubahan ekspresi TGF $\beta 1$ karena yang dilihat ialah *trend* perubahannya.

Rerata Perbedaan Ekspresi Transforming Growth Factor Beta 1 Sebelum dan Setelah Pengamatan Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Hasil analisis data menunjukkan rerata ekspresi TGF $\beta 1$ 148,31 pada kelompok modern hari ke-0 (*pretest*) (standar deviasi= 10,56) dan setelah hari ke-4 (*posttest*) terjadi peningkatan menjadi 162,21 (standar deviasi= 15,14). Ekspresi TGF $\beta 1$ 159,12 pada kelompok konvensional hari ke-0 (*pretest*) (standar deviasi= 10,68) dan setelah hari ke-4 (*posttest*) terjadi penurunan menjadi 148,05 (standar deviasi= 7,13).

Hasil analisis menunjukkan terdapat perbedaan ekspresi TGF $\beta 1$ yang signifikan antara pengukuran hari ke-0 (*pretest*) dengan hari ke-4 (*posttest*) pada kelompok konvensional dan modern ($p=0,00$, $\alpha=0,05$).

Tabel 2. Rerata Perbedaan Ekspresi TGF $\beta 1$ Setelah Pengamatan Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Variabel	Kelompok	Mean	SD	t	p
Ekspresi TGF $\beta 1$	Modern	162,21	15,14	4,633	0,000*
	Konvensional	148,05	7,13		

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Pada kelompok modern terjadi peningkatan ekspresi TGF $\beta 1$ (13,89) sedangkan pada kelompok

konvensional terjadi penurunan ekspresi TGF $\beta 1$ (11,07). Rerata perbedaan ekspresi TGF $\beta 1$ sebelum dan setelah pengamatan tersaji dalam tabel 1.

Rerata Perbedaan Ekspresi Transforming Growth Factor $\beta 1$ Setelah Pengamatan Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Hasil analisis data menunjukkan rerata ekspresi TGF $\beta 1$ 162,21 pada kelompok modern hari ke-4 (*posttest*) (standar deviasi= 15,14). Ekspresi TGF $\beta 1$ 148,05 pada kelompok konvensional hari ke-4 (*posttest*) (standar deviasi= 7,13). Hasil analisis data selanjutnya menunjukkan terdapat perbedaan ekspresi TGF $\beta 1$ yang signifikan antara kelompok konvensional dan modern pada hari ke-4 (*posttest*) ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Rerata perbedaan ekspresi TGF $\beta 1$ setelah pengamatan tersaji dalam tabel 2.

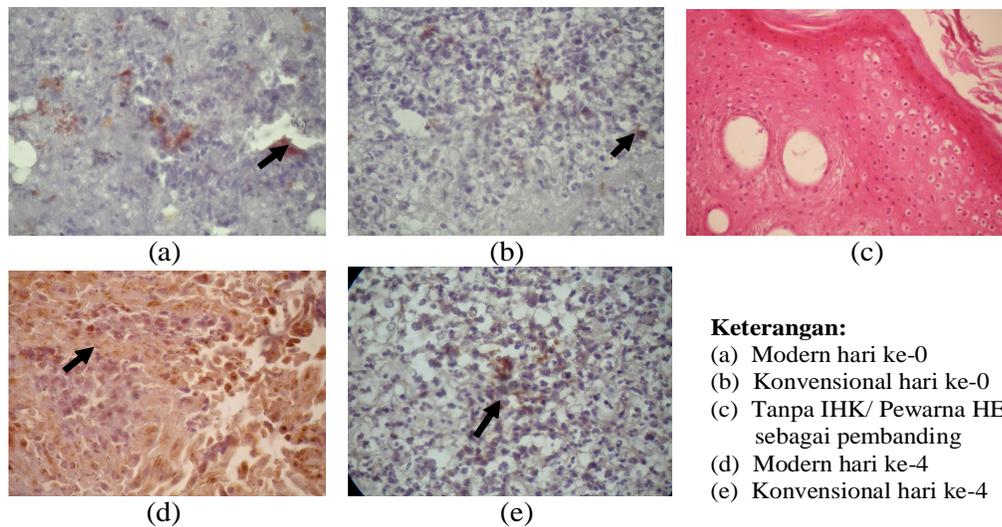
Rerata Perubahan Ekspresi Transforming Growth Factor $\beta 1$ setelah Pengamatan Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Hasil analisis data menunjukkan bahwa rerata perubahan ekspresi TGF $\beta 1$ 13,89 pada kelompok modern selama empat hari pengamatan (standar deviasi= 19,10). Perubahan bersifat positif artinya terjadi peningkatan ekspresi TGF $\beta 1$. Perubahan ekspresi TGF $\beta 1$ 11,07 pada kelompok konvensional selama empat hari pengamatan (standar deviasi= 11,64). Perubahan bersifat negatif artinya terjadi penurunan ekspresi TGF $\beta 1$. Hasil analisis data selanjutnya menunjukkan terdapat perbedaan perubahan ekspresi TGF $\beta 1$ yang signifikan antara kelompok modern dan konvensional selama empat hari pengamatan ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Gambaran perubahan derajat warna kecoklatan pada ekspresi TGF $\beta 1$ tersaji pada gambar 1 dan tabel 3.

Pembahasan

Perubahan ekspresi TGF $\beta 1$ disebabkan adanya perlakuan perawatan luka secara modern dan konvensional. Faktor lain seperti usia, IMT, lama hari rawat, jenis kelamin, dan riwayat merokok tidak berpengaruh dalam penelitian. Hal ini didukung adanya kehomogenan karakteristik sampel antara kedua kelompok berdasarkan uji statistik.

Mekanisme kerja utama teknik balutan modern yaitu menjaga kelembapan pada luka (Dealey, 2005).



Gambar 1. Ekspresi TGF β 1 Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Mekanisme kondisi lembab membantu proses penyembuhan luka melalui jalur fibrinolisis, angiogenesis, pembentukan *growth factor*, dan stimulasi sel aktif. Ketika terjadi proses penghancuran fibrin akan dipengaruhi oleh produksi platelet, sel endotel, dan fibroblas yang mekanismenya sangat dipengaruhi kondisi lembab (Bryan, 2004).

Kondisi ulkus kaki diabetik yang telah terjadi proses inflamasi memanjang akan berdampak pada terlambatnya pertumbuhan jaringan baru. Secara fisiologis, fase awal inflamasi ini sebenarnya tubuh telah memproduksi salah satu faktor pertumbuhan, yaitu TGF β 1 yang berkontribusi terhadap proliferasi jaringan. Adanya mekanisme kelembapan pada balutan modern akan membantu peningkatan produksi platelet, monosit, dan fibroblas sehingga meningkatkan sintesis TGF β 1.

Mekanisme molekuler terjadinya pembentukan TGF β 1 berlangsung secara positif terhadap jumlah platelet, monosit, dan fibroblas, artinya jika suatu jaringan mengalami kerusakan maka akan diproduksi secara besar-besaran platelet, monosit dan fibroblas. Kemudian sinyal tersebut dilanjutkan terhadap TGF β 1 untuk mengambil sel-sel inflamasi sehingga diproduksi berlebihan TGF β 1 (Faler, et al., 2006).

Hasil penelitian Collo dan Pepper (1999) menyebutkan TGF β 1 bekerja secara sendiri dan/atau bersama-sama dengan faktor pertumbuhan lain dalam menginduksi ekspresi integrin α 5 β 1 yang sangat diperlukan bagi proses migrasi sel endotel selama proses angiogenesis. TGF β 1 dapat bekerja

sebagai kemoatraktan bagi fibroblas dan stimulasi proliferasi terutama pada ECM yang berperan dalam proses pembentukan jaringan granulasi baru, migrasi sel keratinosit, dan meningkatkan kontraksi luka (Mauviel, 2009).

Hasil pengamatan secara makroskopis saat perawatan hari ke-0 dibanding hari ke-4 pada kelompok modern ditemukan kondisi luka tidak berbau, minimal eksudat. Produksi eksudat minimal dan tidak berbau merupakan salah satu aplikasi konteks kenyamanan lingkungan menurut Kolcaba karena dapat mempengaruhi respon lingkungan sekitarnya (Kolcaba, 2008).

Proses pertumbuhan jaringan baru pada balutan modern terjadi lebih cepat. Hal ini berarti mekanisme kerja balutan modern yang bersifat lembab sangat membantu mekanisme pembentukan dan kerja dari TGF β 1. Pengamatan selama penelitian, pada balutan konvensional yang menggunakan iodine, H_2O_2 , metronidasol, dan kompres kassa dengan NaCl 0,9%, bersifat melekat dengan dasar luka, minimal menyerap eksudat, frekuensi penggantian balutan lebih sering, dan proses perubahan warna dasar luka menjadi merah sangat lambat.

Proses perlekatan antara kassa dengan dasar luka dapat menyebabkan terjadinya cedera ulang terhadap gelung-gelung kapiler yang akan dan baru terbentuk sehingga proses angiogenesis yang akan lebih lama dan menimbulkan resiko infeksi sebagai dampak melekatnya serabut-serabut kassa pada dasar luka sebagai media pertumbuhan mikrobakteri.

Tabel 3. Rerata Perbedaan Perubahan Ekspresi TGF β 1 Setelah Pengamatan Pada Kelompok Modern dan Konvensional

Variabel	Kelompok	Mean	SD	t	p
Ekspresi TGF β 1	Modern	13,89	19,10	6,11	0,000*
	Konvensional	-11,07	11,64		

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Pada akhirnya sel mengalami penurunan untuk memproduksi TGF β 1 sehingga akan terjadi penurunan ekspresi TGF β 1 (Jude, et al., 2002). Apabila terjadi dalam waktu lama, hal ini dapat memperlama fase inflamasi sehingga luka menjadi kronik serta sulit untuk berproliferasi (Agren & Werthen, 2007).

Pada balutan modern berbeda, meskipun ada proses penempelan balutan pada dasar luka tetapi bersifat lembab sehingga mudah dilepaskan dari dasar luka. Pada beberapa jenis balutan serabut tersebut akan berubah menjadi gel, jika terkena cairan luka sehingga tetap mempertahankan kelembapan luka dan mampu mengikat bakteri serta mencegah terjadi perdarahan berlebihan. Ketika dilakukan pencucian luka pada balutan modern, serabut tersebut akan rontok dari dasar luka dengan membawa debris-debris dan jaringan mati.

Jaringan nekrotik pada teknik konvensional lebih luas, mengeras dan berbau terutama *slough* yang disebabkan mekanisme autolitik debridemen lebih lambat terjadi karena kondisi luka kurang lembab dan kering. Kondisi ini memicu mikroorganisme untuk tumbuh dan berkembang pada jaringan mati karena miskin oksigen (anaerob).

Pada akhirnya berdampak pada proses regenerasi jaringan karena proses produksi TGF β 1 sebagai faktor stimulasi terjadi penghambatan angiogenesis. Kemampuan kasa dalam menyerap eksudat sangat terbatas berdampak terhadap seringnya balutan dibuka untuk meminimalkan bau. Hal ini meningkatnya resiko cedera ulang pada dasar luka akibat manipulasi dasar luka saat penggantian balutan.

Pemakaian iodine 1% dan H_2O_2 dalam proses perawatan luka merupakan salah satu hal yang dapat memicu rusaknya gelung-gelung kapiler yang terbentuk (Selim, 2002). Pemakaian iodine dan H_2O_2 hanya dibatasi pada luka kotor setelah trauma

dan terinfeksi yang dapat menurunkan terjadinya infeksi serta tidak menggunakan teknik rendam/ siram serta dipakai dalam jangka pendek saja (*The Joanna Briggs Institute*, 2006).

Saat masa perawatan pada luka kronik, menghindari pemakaian cairan iodine dan H_2O_2 sehingga luka beregenerasi sempurna dan direkomendasikan menggunakan normal salin 0,9%. Penggunaan antiseptik menyebabkan sitotoksik pada sel sehingga proses pembentukan TGF β 1 terganggu serta merusak calon fibroblas dan kolagen yang akan terbentuk. Hasil penelitian dari Khan & Naqvi (2006) menunjukkan iodine bersifat menginduksi Tumor Nekrosis Faktor α (TNF α) dan menginhibisi produksi interleukin-6 (IL-6) dari makrofag, menghambat *growth factor* yang penting dalam menginduksi proses inflamasi.

Teknik perawatan luka secara konvensional yang menggunakan metronidasol tabur bertujuan menurunkan infeksi dan mengurangi bau luka. Metronidasol bekerja melawan bakteri anaerobik dan mempengaruhi periode inflamasi.

Hasil penelitian Sampaio, et al. (2009) menyebutkan metronidasol mampu menstimulasi produksi kolagen dan angiogenesis, tetapi pengaruh terhadap TGF β 1 masih belum jelas. Penggunaan metronidasol berdampak terhadap peningkatan resistensi bakteri sehingga perlu dihindari pemakaian berlebih (Brazier, Stubbs, Duerden, 1999).

Kesimpulan

Hasil penelitian disimpulkan rerata responden mempunyai karakteristik usia 55,72 tahun dan lama rawat inap 1,17 hari. Sebagian besar responden dengan IMT normal, berjenis kelamin perempuan dan tidak mempunyai riwayat merokok pada teknik modern dan konvensional.

Pada teknik modern terdapat peningkatan ekspresi TGF β 1, sedangkan teknik konvensional terdapat penurunan ekspresi, bermakna pada perawatan luka diabetes melitus sebelum dan setelah pengamatan. Hasil akhir disimpulkan terdapat perbedaan ekspresi TGF β 1 yang bermakna pada perawatan luka diabetes melitus setelah pengamatan antara teknik modern dan konvensional.

Peneliti merekomendasikan pengkajian ulang SOP tindakan rawat luka dimasing-masing rumah sakit terkait dengan metode perawatan luka yang digunakan sehingga akan memperbaiki sistem layanan asuhan keperawatan sehingga akan bermanfaat bagi penderita luka kaki DM khususnya. Bentuk perbaikan tersebut yaitu, durasi penggantian balutan, jenis balutan, kebijakan standar alat kesehatan pada perawatan luka, peningkatan kemampuan, dan pengetahuan perawat khusus luka, terutama pemakaian balutan jenis modern. Peneliti menganjurkan perlu dilakukan kajian lebih lanjut aplikasi teori kenyamanan dari Kolcaba terhadap perubahan mikroseluler (TG, RS, TN).

Referensi

- Agren, M. S., & Werthen, M. (2007). The extracellular matrix in wound healing: A closer look at therapeutics for chronic wounds. *International Journal of Low Extrem Wounds*. Diperoleh dari <http://ijl.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/2/82>.
- American Diabetes Association. (2005). *Oral agents for type 2 diabetes: An update*. Diperoleh dari www.diabetesjournals.org.
- Brazier, J. S., Stubbs, S. L. J., & Duerden, B. I. (1999). Metronidazole resistance among clinical isolates belonging to the *Bacteroides fragilis* group: Time to be concerned? *Journal Antimicrob Chemother*. Diperoleh dari <http://jac.oxfordjournals.org/cgi/content/full/44/4/580>.
- Bryan, J. (2004). Moist wound healing: A concept that changed our practice, *Journal of Wound Care*. Diperoleh dari http://www.woundconsultant.com/files/Moist_Wound_Healing2.pdf.
- Collo, G., & Pepper, M. S. (1999). Endothelial cell integrin $\alpha 5 \beta 1$ expression is modulated by cytokines and during migration in vitro, *Journal Cell Science*. Diperoleh dari www.sagepub.com.
- Dealey, C. (2005). *The care of wounds: A guide for nurses*. Victoria: Blackwell Publishing.
- Faler, B. J., Macsata, R. A., & Plummer, D. (2006). Focus on basic science: Transforming growth factor- β and wound healing. *Sage Publication*. Diperoleh dari <http://pvs.sagepub.com>.
- Genna, J. G. (2003). Neuropathic foot ulcers. Dalam Milne, C. T., Corbett, L. Q., & Dubuc, D. L. (Eds.), *Wound, ostomy, and continence nursing secrets* (Hal. 175). Philadelphia: Hanley & Belvus, Inc.
- Jude, Blakytty, Bulmer, Boulton, & Ferguson. (2002). Abstract: Transforming growth factor-beta 1, 2, 3 and receptor type I and II in diabetic foot ulcers. *Journal of Diabetes UK*. Doi: 10.1046/j.1464-5491.2002.00692.x. Diperoleh dari <http://www.blackwell-synergy.com/>.
- Khan, M. N., & Naqvi, A. H. (2005). Antiseptics, iodine, povidone iodine and traumatic wound cleansing. *Tissue Viability Society*. Diperoleh dari www.tvs.org.uk/sitedocument/Khan_16.pdf.
- Kolcaba. (2008). *The web site devoted to the concept of comfort in nursing*. Diperoleh dari <http://www.thecomfortline.com/index.htm>.
- Mauviel, A. (2009). Transforming growth factor- β signaling in skin: Stromal to epithelial cross-talk, *Journal of Investigative Dermatology*. Diperoleh dari <http://www.nature.com/jid/journal/v129/n1/pdf/jid2008385a.pdf>.
- NLLIC. (2008). Diabetes and lower extremity amputations, *Knoxville: Amputee Coalition of America (ACA)*. Diperoleh dari www.amputee-coalition.org/nllic_topic/06_08_bilateral_lower_extremity.html.
- Perkeni. (2006). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia*. Diperoleh dari www.scribd.com.
- Perkeni. (2009). *Pedoman penatalaksanaan kaki diabetik*. Jakarta: PB Perkeni.
- Sampaio, C. P. P., Simoes, M. L. P. B., Trindade, L. C. T., Farias, R. E., Pierin, R. J., Martins, R. C. (2009). Inflammatory alterations provoked by metronidazole in wounds: an experimental study in rats. *Jornal Vascular Brasileiro*. Diperoleh dari www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-script=sci_arttext.
- Selim, P. (2002). Promoting evidence-based nursing practice – The use of antiseptics in wound management: A community nursing focus. *RDNS*. Diperoleh dari <http://www.rdns.net.au>.
- The Joanna Briggs Institute. (2006). Solutions, techniques and pressure in wound cleansing. *Best Practice*. Blackwell Publishing. Diperoleh dari http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_10.pdf.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030, *Diabetes Care*, 27 (5). Diperoleh dari <http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>.
- Wood, G.L., & Haber, J. (2006). *Nursing research*. St. Louis: Mosby.

PENINGKATAN KEMAMPUAN KOGNITIF DAN PERILAKU PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH MELALUI *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*

Heppi Sasmita^{1,2*}, Budi A. Keliat³, Budiharto⁴

1. Poltekkes Padang, Sumatera Barat 25146, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
4. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, Jakarta 10430, Indonesia

*Email: heppi_sasmita@yahoo.co.id

Abstrak

Seseorang yang mengalami skizoprenia sering diawali dengan masalah harga diri rendah dengan gejala: konsentrasi dan perhatian kurang, kepercayaan diri kurang, rasa bersalah, tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis. Tujuan penelitian ini menilai efektivitas *cognitive behaviour therapy* (CBT) untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah. Metode penelitian: quasi eksperimen dengan penerapan *cognitive behaviour therapy* dengan pendekatan *pre-post test*. Analisis yang digunakan *dependent and independent sample t-Test*, regresi linier sederhana, *chi-square* dan Anova. Penelitian dilakukan di salah satu RS Jiwa terhadap 58 klien yaitu 29 orang kelompok intervensi dan 29 orang kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan *cognitive behaviour therapy* meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizoprenia dengan harga diri rendah secara bermakna ($p < 0.05$, $\alpha = 0.05$). Efektifitas CBT meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 29,31% dan kemampuan perilaku sebesar 22,4%. Penelitian ini merekomendasikan CBT sebagai salah satu terapi spesialis pada klien skizoprenia dengan masalah harga diri rendah.

Kata kunci: *cognitive behaviour therapy*, harga diri rendah, kognitif dan perilaku

Abstract

Patient with schizophrenia in the beginning is experiencing low self esteem with the following symptoms: concentration difficulty, attention deficit, low self confident, guilty and worthless feelings, and pessimistic. Cognitive behavior therapy is the solutions to enhance cognitive ability as well as to treat behavior of patient with low self esteem. The research aims to study about the effectiveness of cognitive behavior therapy. Method of the research was quasi experiment with pre and post- tests design. The analysis of the research was dependent and independent sample t- test, simple linear regression, chi square, and anova. The research was conducted in mental health hospital with 58 respondents, divided into 29 respondents as intervention group and 29 respondents as control group. The research demonstrated that cognitive behavior therapy has significantly enhanced cognitive ability and treated behavior of patient with low self esteem ($p < 0.05$, $\alpha = 0.05$). The research shown the effectiveness to enhance cognitive ability about 29.31 percent, while the effectiveness to treat behavior about 22.4 percent. This study recommended cognitive behavior therapy as specialty treatment for patient schizophrenia with low self esteem.

Keyword: *behavior, cognitive, cognitive behavior therapy, low self esteem*

Pendahuluan

Gangguan jiwa menurut *The American Psychiatric Association's* (Shives, 1998) adalah "gangguan psikologis atau manifestasi perilaku dan atau kerusakan fungsi sosial, psikologik, genetik, fisik atau gangguan biologik". Menurut Townsend (2003) gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stressor dari dalam atau luar lingkungan, yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/normal setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan atau fungsi tubuh. Di Indonesia diperkirakan 1 - 2% penduduk atau

sekitar dua sampai empat juta jiwa terkena gangguan jiwa. Survei tentang penderita gangguan jiwa tercatat 44,6 per 1.000 penduduk menderita gangguan jiwa berat seperti skizofrenia.

Seseorang yang mengalami skizoprenia diawali dengan masalah harga diri rendah dengan gejala: konsentrasi dan perhatian kurang, kepercayaan diri kurang, rasa bersalah, tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.

Saat ini asuhan keperawatan dengan masalah harga diri rendah pada klien skizoprenia belum optimal, sehingga kognitif dan perilaku klien masih negatif.

Terapi individu yang sudah dikembangkan pada klien skizoprenia tersebut adalah *cognitive behaviour therapy* (Turkington, 2002).

Cognitive behaviour therapy bertujuan untuk mengajak klien menentang kognitif, perilaku dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi (Wikipedia, 2007).

Peneliti ingin mengetahui lebih jauh mengenai efektivitas *cognitive behaviour therapy* dalam mengubah kognitif dan perilaku negatif klien yang mengalami masalah harga diri rendah.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain kuasi-eksperimen, dengan rancangan *Quasi experimental pre-post test control group*. Pemilihan sampel menggunakan simple random sampling. Penelitian dilakukan di salah satu RS Jiwa, selama 6 minggu (25 April-8 Juni 2007).

Sampel dipilih dengan kriteria inklusi: 1) Usia 18 - 55 tahun, 2) Jenis kelamin: pria dan wanita, 3) Pendidikan: SD sampai perguruan tinggi, 4) Pekerjaan: bekerja dan tidak bekerja, 5) Status perkawinan: menikah dan belum menikah, 6) Klien dirawat di salah satu RS Jiwa, 7) Diagnosa medis: Skizoprenia. Berdasarkan kriteria inklusi tersebut maka didapatkan 58 pasien, dengan perincian 29 pasien kelompok intervensi dan 29 pasien kelompok kontrol.

Hasil pengisian kuesioner digunakan sebagai data pretes. Kemudian klien yang diintervensi disamping mendapat asuhan keperawatan dari ruangan ditambah dengan intervensi *cognitive behaviour therapy* oleh peneliti. *Cognitive behaviour therapy* dilakukan selama lima minggu yang terdiri dari lima sesi dan satu kali sesi dilakukan dua kali.

Dalam penelitian ini *cognitive behaviour therapy* dilakukan dalam lima sesi yaitu, Sesi 1: Mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dialami klien (*assessment*) dan mengenali pikiran dan perilaku negatif yang dialami. Sesi 2: Belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif, Sesi 3:

Menyusun rencana perilaku dengan memberikan konsekuensi positif-konsekuensi negatif, Sesi 4: Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati, Sesi 5: Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan asuhan keperawatan sesuai standar ruangan. Pengukuran kemampuan kognitif dan perilaku dilakukan sama dengan kelompok intervensi.

Pelaksanaan CBT tersebut contohnya: klien dengan perasaan negatif merasa dirinya bodoh sehingga tidak mau bergaul dengan orang lain. Pada klien tersebut dianjurkan untuk berfikir positif bahwa dirinya sebenarnya tidak bodoh karena masih banyak yang dapat dilakukan klien. Kemudian klien di anjurkan untuk mengungkapkan hal positif yang sudah dilakukan selama ini.

Selanjutnya klien disuruh merencanakan perilaku positif yang akan dilakukan seperti bergaul dengan orang lain, tidak mudah marah pada orang lain. Kemudian klien dianjurkan membuat konsekuensi, jika perilaku positif ditampilkan apa hadiahnya, tapi jika perilaku positif tidak ditampilkan apa hukumannya bagi klien.

Hasil

Karakteristik Klien

Karakteristik klien harga diri rendah rata-rata berusia 26 – 55 tahun, jenis kelamin pada umumnya laki-laki, bekerja dan status perkawinan lebih dari sebagian tidak kawin. Rata-rata kognitif sebelum intervensi pada kelompok intervensi lebih rendah dari kelompok kontrol.

Hasil uji *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan distribusi kemampuan kognitif berbentuk normal, dimana pada kelompok intervensi ($p > 0,05$, $\alpha = 0,05$) dan kelompok kontrol ($p > 0,05$, $\alpha = 0,05$). Rata-rata kemampuan perilaku sebelum intervensi pada kelompok kontrol lebih rendah dari kelompok intervensi.

Tabel 1. Analisis Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Harga Diri Rendah Sebelum - Sesudah *Cognitive Behaviour Therapy*

No	Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	t	p
1	Kognitif	Intervensi	29	31,45	2,923	-18,439	0,000
	a. Sebelum			48,59	4,322		
	b. Sesudah		29	37,07	1,731		
	Perilaku		29	48,07	4,259	-15,883	0,000
2	a. Sebelum	Kontrol	29	33,45	2,935	-9,966	0,000
	b. Sesudah		29	41,17	3,818		
	Perilaku		29	34,41	2,130		
	a. Sebelum		29	43,21	3,529	-12,516	0,000
	b. Sesudah						

Hasil uji *Kolmogorov Smirnov* menunjukkan distribusi kemampuan perilaku berbentuk normal, dimana pada kelompok intervensi ($p > 0,05$, $\alpha = 0,05$) dan kelompok kontrol ($p > 0,05$, $\alpha = 0,05$). Rata-rata kemampuan kognitif sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol. Rata-rata kemampuan perilaku sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol.

Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Harga Diri Rendah Sebelum – Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Uji statistik yang dilakukan adalah melakukan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)* (lihat tabel 1). Rata-rata peningkatan antara kemampuan kognitif klien harga diri rendah sebelum dan sesudah mendapatkan *cognitive behaviour therapy* pada kelompok intervensi adalah sebesar 17.

Rata-rata peningkatan antara kemampuan perilaku klien harga diri rendah sebelum dan sesudah mendapatkan adalah sebesar 13. Nilai rata-rata peningkatan antara kemampuan kognitif klien harga diri rendah sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol adalah sebesar 7,72 dengan standar deviasi 3,818.

Hasil uji statistik yang didapatkan menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kemampuan kognitif klien harga diri rendah berdasarkan sebelum dan sesudah intervensi *cognitive behaviour therapy* pada kelompok

kontrol ($p < 0,05$, $\alpha = 0,05$). Rata-rata peningkatan antara kemampuan perilaku klien harga diri rendah sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol adalah sebesar 8,8 dengan standar deviasi 3,529.

Hasil uji statistik didapatkan ada peningkatan yang signifikan antara kemampuan perilaku klien harga diri rendah sebelum dan sesudah intervensi *cognitive behaviour therapy* pada kelompok kontrol ($p < 0,05$, $\alpha = 0,05$). Format evaluasi proses CBT yang sudah dikembangkan (terlampir dalam modul CBT).

Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Yang Mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy* dan Yang Tidak Mendapatkan *Cognitive Behaviour Therapy*

a melihat peningkatan kemampuan klien sebelum dan sesudah dilakukan CBT dengan menggunakan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)*. Sedangkan b melihat peningkatan kemampuan klien yang mendapat CBT dan yang tidak dengan menggunakan uji *independen sample t-Test (Pooled t test)*. Uji statistik yang dilakukan adalah melakukan uji *independen sample t-Test (Pooled t test)* (lihat tabel 2).

Rata-rata kemampuan kognitif pada klien harga diri rendah yang mendapatkan CBT lebih tinggi 7,42 dibanding klien yang tidak mendapatkan terapi. Hasil uji statistik menunjukkan kemampuan kognitif klien harga diri rendah kelompok intervensi meningkat secara bermakna dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$, $\alpha = 0,05$).

Tabel 2. Analisis Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien yang Mendapatkan CBT dan yang Tidak Mendapatkan CBT

No	Kelompok	Variabel	Mean	SD	N	t	p
1	Intervensi	Kognitif sebelum	31,45	2,923	29	-2,600	0,012
	Kontrol	intervensi	33,45	2,935	29		
2	Intervensi	Kognitif sesudah	48,59	4,322	29	6,923	0,000
	Kontrol	intervensi	41,17	3,818	29		
3	Intervensi	Perilaku sebelum	35,07	1,731	29	1,286	0,204
	Kontrol	intervensi	34,41	2,130	29		
4	Intervensi	Perilaku sesudah	48,07	4,259	29	4,734	0,000
	Kontrol	intervensi	43,21	3,529	29		

Rata-rata kemampuan perilaku klien harga diri rendah pada klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy* lebih tinggi 4,86 dibandingkan klien yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Hasil uji statistik didapatkan kemampuan perilaku klien harga diri rendah kelompok intervensi meningkat secara bermakna dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$, $\alpha = 0,05$).

Hubungan karakteristik klien dengan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku

Cognitive behaviour therapy yang dilakukan, menunjukkan hanya pendidikan yang berhubungan secara bermakna dalam peningkatan kemampuan kognitif klien harga diri rendah pada klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy*.

Pembahasan

Cognitive behaviour therapy meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah pada klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Masalah harga diri rendah pada klien skizoprenia sering ditemui dengan gejala penurunan kemampuan kognitif.

Teori *Fluid and Crystallized Intelligence* dari Catell dan Horn (1982, dalam Miller, 1995) telah digunakan untuk menjelaskan penurunan beberapa kemampuan kognitif. *Crystallized Intelligence* merujuk pada keterampilan kognitif yang didapatkan melalui budaya, pendidikan, pembelajaran informal, dan pengalaman hidup lainnya. Selain itu, faktor yang berkontribusi dengan penurunan kemampuan kognitif adalah neuroanatomic, psikologis, lingkungan dan faktor lain dan kejadian (Laeckenote, 1996).

Cognitive behaviour therapy yang dilakukan berorientasi pada kegiatan dalam merubah kognitif yang negatif dan perilaku yang maladaptif menjadi kognitif yang positif dan perilaku yang adaptif. Sullivan, et.al, 2003 menjelaskan bahwa *cognitive behaviour therapy* merupakan pengobatan dengan pendekatan terhadap konsep dasar jalan pikiran dan bagaimana meresponnya.

Hasil penelitian membuktikan bahwa CBT efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif klien harga diri rendah yang mengikuti CBT dibandingkan klien harga diri rendah yang tidak mengikuti CBT. Hal ini disebabkan karena CBT merupakan salah satu psikoterapi yang dapat meningkatkan harga diri klien skizoprenia.

Perbedaan peningkatan kemampuan kognitif antara klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy* dan yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy* tidak terlalu tinggi, namun cukup bermakna dalam meningkatkan harga diri khususnya pada klien skizoprenia. Kondisi ini disebabkan karena pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* hanya dilakukan sesuai perencanaan selama 5 minggu sehingga hasil yang diperoleh belum mencapai nilai optimal.

Penjelasan diatas memperlihatkan bahwa *cognitive behaviour therapy* belum mencapai hasil optimal, kemungkinan juga disebabkan kerusakan kemampuan kognitif dipengaruhi oleh keseimbangan neurotransmitter di otak. Pendapat ini didukung Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan terganggunya kerja hormon secara umum, dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak.

Contohnya kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan merasa tidak berdaya.

Cognitive behaviour therapy meningkatkan secara bermakna kemampuan perilaku klien harga diri rendah yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Hasil penelitian membuktikan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif klien harga diri rendah yang mengikuti *cognitive behaviour therapy*. Hal ini disebabkan karena *cognitive behaviour therapy* merupakan salah satu psikoterapi yang dapat meningkatkan harga diri klien skizoprenia.

Perbedaan peningkatan kemampuan kognitif antara yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy* dan yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy* dalam penelitian tidak terlalu tinggi, namun cukup bermakna dalam meningkatkan harga diri khususnya pada klien skizoprenia. Hal ini disebabkan karena mengingat pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* hanya dilakukan sesuai perencanaan selama 5 minggu sehingga hasil yang diperoleh belum mencapai nilai optimal.

Hasil evaluasi pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* yang dilakukan selama 5 minggu, menunjukkan peningkatan kemampuan kognitif yang cukup bermakna. Apabila waktu penelitian dipersiapkan cukup lama, tentu klien akan mencapai kemampuan kognitif yang lebih optimal. Hal ini menunjukkan keefektifan *cognitive behaviour therapy* yang dilakukan dalam mengatasi masalah harga diri rendah pada klien skizoprenia.

Pendapat ini didukung Turkington (2002) yang mengatakan bahwa pada klien skizoprenia, *cognitive behaviour therapy* juga menunjukkan hasil yang cukup memuaskan. Dimana teknik yang digunakan berorientasi pada masalah dan tugas dalam mengubah kognitif yang salah atau bias (menggunakan kognitif dan pandangan) dengan menilai situasi dan memodifikasi asumsi.

Hasil penelitian membuktikan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam meningkatkan

kemampuan kognitif klien harga diri rendah yang mengikuti *cognitive behaviour therapy* dibandingkan klien harga diri rendah yang tidak mengikuti *cognitive behaviour therapy*. Hal ini disebabkan karena *cognitive behaviour therapy* merupakan salah satu psikoterapi yang dapat meningkatkan harga diri klien skizoprenia.

Perbedaan peningkatan kemampuan kognitif antara klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy* dan yang tidak mendapatkan *cognitive behaviour therapy* dalam penelitian tidak terlalu tinggi, namun cukup bermakna dalam meningkatkan harga diri khususnya pada klien skizoprenia.

Cognitive behaviour therapy yang dilakukan, menunjukkan hanya pendidikan yang berhubungan secara bermakna dalam peningkatan kemampuan kognitif klien harga diri rendah pada klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Hal ini didukung pendapat Reasoner (2007), adanya hubungan yang erat antara harga diri dengan pencapaian akademik.

Meningkatnya rata-rata harga diri berdasarkan kemampuan kognitif dan perilaku ini pada klien yang mendapatkan *cognitive behaviour therapy*. Hal ini disebabkan karena selama pelaksanaan intervensi *cognitive behaviour therapy* klien diberi informasi dan dilatih merubah pikiran negatif menjadi positif dan perilaku menjadi adaptif.

Kesimpulan

CBT meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah. Kemampuan kognitif dan perilaku klien yang mendapat CBT lebih tinggi secara bermakna dari klien yang tidak mendapatkan CBT. Pendidikan berhubungan secara bermakna terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah yang mendapatkan *cognitive behavior therapy* (HW, BK, TN).

Referensi

- Leuckenote. (1996). *Pengkajian gerontologi*. Jakarta: EGC.
- Miller, A.C. (1995). *Nursing care of older adult, teori and practice* (2nd Edition). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Reasoner, R.W. (2007). *Review of self esteem research*. Diperoleh dari <http://www.self-esteem-internasional.org>.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (4th Editin). Philadelphia: Lippincott.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th Edition). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Sullivan, et. al. (2003). *Cognitive behaviour therapy*. Diperoleh dari <http://www.health.qld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheets/cbt.pdf>.
- Turkington, D & Kingdon, G.(2002). *The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis*. England: John Wiley & Sons, ltd.
- Wikipedia. (2007). *Cognitive behaviour therapy*. Diperoleh dari http://en.wikipedia.org/wiki/cognitive_behaviour_therapy.

Bila Anda berpikir Anda bisa, maka Anda benar.
Bila Anda berpikir Anda tidak bisa, Anda pun benar.
Karena itu ketika seseorang berpikir tidak bisa,
maka sesungguhnya dia telah membuang kesempatan untuk menjadi bisa
- Henry Ford -

Konsentrasikan pikiran Anda pada sesuatu yang Anda lakukan,
karena sinar matahari juga tidak dapat membakar sebelum difokuskan
- Alexander Graham Bell -

Jika Anda ingin berbahagia selama satu jam, silakan tidur siang.
Jika Anda ingin berbahagia selama satu hari, pergilah berpiknik.
Bila Anda ingin berbahagia seminggu, pergilah berlibur.
Bila Anda ingin berbahagia selama sebulan, menikahlah.
Bila Anda ingin berbahagia selama setahun, warisilah kekayaan.
Jika Anda ingin berbahagia seumur hidup, cintailah pekerjaan Anda
- Promod Brata -

Orang yang paling beruntung di dunia adalah orang yang telah mengembangkan rasa syukur
yang hampir konstan,dalam situasi apapun
- E. Nightingale -

PENURUNAN INTENSITAS NYERI PERSALINAN FASE AKTIF KALA I MELALUI TERAPI MUSIK INSTRUMENTAL

Nova Arikhman^{1*}

1. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ceria Buana Lubuk Basung, Sumatera Barat 26123, Indonesia

*Email: arikhmannova@yahoo.com

Abstrak

Intensitas nyeri selama persalinan yang berlebihan dapat merugikan ibu dan janin. Terapi musik instrumental sebagai teknik nonfarmakologi, berguna menimbulkan efek distraksi dan relaksasi. Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh terapi musik instrumental terhadap intensitas nyeri saat persalinan. Penelitian metode kuasi-eksperimen dengan *pre post-test* desain ini dilakukan pada 18 ibu multipara yang mengalami persalinan kala I di ruang bersalin kebidanan rumah sakit X. Pengambilan sampel melalui metode *consecutive sampling*. Data dianalisa melalui uji *Paired t-test* dan *Wilcoxon sign rank test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perlakuan terapi musik instrumental berpengaruh signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri ($p= 0.017$, $\alpha= 0,05$). Penelitian ini merekomendasikan agar terapi musik instrumental sebagai salah satu terapi nonfarmakologis digunakan dalam menurunkan persepsi intensitas nyeri pada ibu multipara yang mengalami persalinan fisiologis kala I.

Kata kunci: multipara, nyeri persalinan, terapi musik instrumental

Absract

Severity of labor pain may damage mother and infant. Therefore, instrumental music therapy as non-pharmacology technique can be used for distraction and relaxation. This research aims to study about the effect of instrumental music therapy to severity of labor pain. Method of this research is quasi-experiment with pre post-test design, involving 18 multiparous mothers who experienced stage I labor in labor room of X hospital. Samples are selected through consecutive sampling. Data was analyzed by paired t-test and Wilcoxon sign rank test. The research shown that instrumental music therapy significantly relieved the severity of pain labor ($p= 0.017$, $\alpha= 0,05$). The research recommended that instrumental music therapy can be used as non-pharmacological therapy to relieve the severity of labor pain for multiparous mothers who experience stage I labor.

Key words: instrumental music therapy, labor pain, multiparous

Pendahuluan

Nyeri pada persalinan belum mendapatkan perhatian khusus, padahal menurunkan nyeri sesuai kebutuhan merupakan bagian dari tujuan perawatan *intrapartum*, disamping menyediakan lingkungan yang nyaman. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan rasa nyeri masih terfokus pada terapi farmakologi, sedangkan untuk nonfarmakologi masih terbatas pada tindakan nafas dalam dan usapan pada punggung bagian bawah, perlakuan ini masih kurang membantu untuk mengurangi nyeri persalinan (Alit, et al., 2006).

Terapi musik instrumental (*new age*) merupakan salah satu teknik distraksi yang efektif dan dipercaya dapat menurunkan nyeri fisiologis, stress dan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri, namun teknik ini masih jarang bahkan belum dipakai dalam praktek keperawatan maternitas (Potter & Perry, 2006).

Terapi ini merupakan aplikasi *gate kontrol theory* dan teori *endofrin-enkefalin, the rhythmic auditory stimulation* dengan musik yang sedang didengarkan merangsang tubuh untuk melepaskan opiat endogen seperti *endorphin* dan *dinorfin*, yang merupakan suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh melalui alur saraf *desenden* (Brunner & Suddarth, 2002).

Disamping itu, musik juga mempengaruhi *hipofisis* di otak untuk melepaskan *endorphin*. *Endorphin* mengurangi rasa nyeri, menurunkan kadar *katekolamin* dalam darah sehingga denyut jantung menurun (Aemilia, 2006; Potter & Perry, 2006).

Terapi musik juga memenuhi syarat penting sebagai salah satu teknik, yaitu mudah, aman, dan tidak mengganggu *homoestatis* janin. Musik yang digunakan sebagai terapi hendaklah sederhana, menenangkan, tempo yang teratur dan mempunyai alunan yang lembut (Potter & Perry, 2006).

Musik instrumental sebagai musik lembut dengan alunan teratur ini juga dapat menurunkan tekanan darah, merangsang peningkatan hormon *endorphin* (*natural pain relieves*) dan S-IgA (*immunoglobulin* kelenjer ludah tipe A). Kedua zat ini merupakan zat kekebalan tubuh untuk mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan denyut nadi.

Kajian lapangan terhadap 30 orang ibu yang telah mengalami persalinan fisiologis, 10% mengemukakan bahwa mereka membutuhkan obat penurun nyeri (analgesik) pada saat fase aktif kala I ini. Bahkan karena nyeri yang tak tertahankan salah seorang meminta untuk dilakukan operasi caesaria. Disisi lain, penggunaan analgesik (terapi farmakologi) dalam fase ini tidak dianjurkan. Disinilah terlihat peran mandiri perawat dalam mengurangi nyeri sangat dibutuhkan, sekaligus merupakan tanggung jawab seorang perawat professional.

Metode

Desain penelitian ini adalah *quasy eksperiment* dengan *pre-post test design with control group*. Kelompok eksperimen diberi perlakuan terapi musik instrumental pada fase aktif kala I selama 15 menit, volume musik ditingkatkan ketika kontraksi meningkat dan diturunkan ketika kontraksi berakhir.

Kelompok kontrol tidak diberi perlakuan. Masing-masing kelompok diukur dua kali dengan menggunakan *Numeric Rating Scales (NRS)* skala 0-10, yaitu sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok eksperimen, dan pada waktu yang berbeda pada kelompok kontrol.

Populasi berjumlah sekitar 30 orang per bulan, yaitu seluruh ibu multipara dengan persalinan fisiologis fase aktif kala I di ruang bersalin kebidanan rumah sakit X. Penelitian dilakukan pada tanggal 3 Juli - 6 Agustus 2007 terhadap 18 sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia diteliti setelah diberi penjelasan dan menandatangani lembar persetujuan.

Adapun sampel penelitian ini terdiri dari masing-masing sembilan orang pada kelompok eksperimen dan pada kelompok kontrol. Sampel diambil melalui metode *non random sampling* yaitu *consecutive sampling*.

Untuk melihat tingkat kemaknaan pengaruh perlakuan sebelum dan setelah pemberian terapi musik instrumental terhadap intensitas nyeri antara kelompok eksperimen dengan kontrol digunakan uji statistik *paired t test* untuk data yang terdistribusi secara normal dan *wilcoxon sign rank test* untuk data yang tidak terdistribusi secara normal dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$).

Hasil

Tabel 1. Perbedaan Intensitas Nyeri pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok perlakuan			
	n	%	n	%
Intensitas nyeri sebelum perlakuan				
a. Nyeri sedang	3	33,33	4	44,44
b. Nyeri hebat	6	66,67	5	55,56
Intensitas nyeri setelah perlakuan				
a. Nyeri sedang	5	55,56	2	22,22
b. Nyeri hebat	4	44,44	7	77,78

Sumber: Data primer, 2007

Rerata persepsi intensitas nyeri ibu dengan menggunakan *Numeric Rating Scales (NRS)* sebelum perlakuan pada kelompok kontrol 8,11 (SD= 1,453) dan pada kelompok perlakuan 8,11 (SD= 1,269), setelah perlakuan pada kelompok kontrol 8,89 (SD= 1,167) dan pada kelompok perlakuan 7,22 (SD= 1,481).

Analisis statistik deskriptif ini menunjukkan sebaran data normal, dengan nilai rerata yang sama dan perbedaan standar deviasi sebesar 0,184 pada masing-masing kelompok sebelum perlakuan, menunjukkan terdapatnya keseimbangan intensitas nyeri antara kedua kelompok sebelum perlakuan (lihat tabel 1).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu mengalami nyeri hebat fase aktif kala I, baik pada kelompok perlakuan (66,67%) maupun kelompok kontrol (55,56%) saat sebelum perlakuan. Setelah perlakuan terjadi perubahan, yaitu pada kelompok perlakuan ibu dengan nyeri hebat menurun (44,44%), sementara kelompok kontrol intensitas nyeri hebat meningkat tajam (77,78%) (lihat tabel 2.).

Intensitas nyeri pada kelompok perlakuan setelah diberi perlakuan menunjukkan enam ibu mengalami penurunan (66,67%), dua ibu merasakan intensitas nyerinya meningkat (22,22%) dan satu ibu (11,11%) tidak merasakan perubahan intensitas nyeri. Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan empat ibu mengalami peningkatan (44,44%) intensitas nyeri, tiga ibu merasakan intensitas nyerinya tidak ada perubahan (33,33%) dan dua ibu (22,22%) merasakan penurunan intensitas nyeri.

Nilai perubahan intensitas nyeri menunjukkan setelah perlakuan pada kelompok perlakuan terjadi penurunan nyeri hebat dan peningkatan nyeri sedang, namun pada kelompok kontrol terjadi peningkatan nyeri hebat dan penurunan nyeri sedang. Prosentase perubahan intensitas nyeri pada kedua kelompok tersebut sebesar 22,22%.

Hasil uji statistik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberi perlakuan, didapatkan α mendekati 1. Hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan intensitas nyeri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberi perlakuan. Hasil uji statistik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberi perlakuan, ada perbedaan penurunan intensitas nyeri yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberi perlakuan ($p=0,017$, $\alpha=0,05$).

Pembahasan

Terapi musik instrumental sebagai salah satu teknik distraksi yang efektif merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang menggunakan musik instrumental secara terapeutik. Terapi ini dipercaya memberikan efek yang bermanfaat untuk kesehatan dengan mempengaruhi kerja organ tubuh dan hormonal, antara lain diduga dapat menurunkan intensitas nyeri. Musik mempengaruhi hipofisis di otak untuk melepaskan *endorphin dinorphin* (opiat endogen) yang dilepas di alur saraf desenden (Potter & Perry, 2006). Terapi musik bekerja dengan menstimulasi sistem kontrol desenden untuk merangsang pelepasan opiat endogen, mengakibatkan lebih sedikit stimulus nyeri yang ditransmisikan ke otak (Brunner & Suddarth, 2002).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu pada kelompok perlakuan dan kontrol saat sebelum perlakuan berada pada kategori nyeri hebat, hal ini disebabkan persalinan telah berada pada fase aktif, dimana pembukaan serviks lebih atau sama 4 cm. Nyeri yang dirasakan ibu bertambah akibat bagian terendah janin menekan *vesica urinaria* dan *rectum* (Cohen, 1991 dalam Alit, et al., 2006). Perbedaan persepsi nyeri yang dirasakan ibu saat persalinan dapat terjadi, antara lain disebabkan perbedaan ibu dalam respon mempersepsikan nyeri yang dipengaruhi oleh banyak faktor.

Tabel 2. Perubahan Intensitas Nyeri Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Subjek Penelitian	Nilai sebelum perlakuan		Nilai setelah perlakuan		Nilai perubahan	
	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
Ibu A	7	9	6	9	-1	0
Ibu B	8	10	7	10	-1	0
Ibu C	9	7	7	7	-2	0
Ibu D	9	7	6	9	-3	2
Ibu E	6	10	5	9	-1	-1
Ibu F	8	7	8	10	0	3
Ibu G	10	8	8	10	-2	2
Ibu H	9	6	10	9	1	3
Ibu I	7	9	8	7	1	-2
Intensitas						
a. Nyeri sedang					2 (22,22%)	-2 (22,22%)
b. Nyeri hebat					-2 (22,22%)	2 (22,22%)
<i>mean±SD</i>	8,11±1,269	8,11±1,453	7,22±1,481	8,89±1,167		
<i>paired t-test</i>		$p=1$		$p=0,017$		

Sumber: Data primer, 2007

Faktor tersebut seperti takut dan cemas dalam menghadapi persalinan, perhatian yang hanya terfokus pada nyeri, kepribadian dan kelelahan (Bevis, 1996, dalam Bennett & Brown, 1999). Hasil analisis setelah perlakuan menunjukkan terjadi perubahan, yaitu pada kelompok perlakuan ibu yang mengalami nyeri hebat menurun.

Mekanisme penurunan nyeri dengan menggunakan musik instrumental dapat dijelaskan melalui *gate control theory* dan teori *endorphin-enkefalin*. Terapi musik bekerja mempengaruhi hipofisis di otak untuk melepaskan *endorphin dinorphin* (opiat endogen). Hormon ini dilepas di alur saraf desenden dengan menstimulasi sistem kontrol desenden untuk merangsang pelepasan opiat endogen, mengakibatkan lebih sedikit stimulus nyeri yang ditransmisikan ke otak.

Sementara pada kelompok kontrol intensitas nyeri hebat meningkat tajam. Hal ini dapat dijelaskan sesuai *gate control theory* dan teori *endorphin-enkefalin* bahwa opiat endogen yang ada pada system saraf pusat tidak terstimulasi dengan baik. Hal ini mengakibatkan persepsi intensitas nyeri tidak dapat dimodifikasi di korteks somato sensorik primer girus pasca sentralis yang kemudian dipersepsikan sebagai nyeri.

Ibu dengan intensitas nyeri menetap bahkan meningkat masih terjadi pada kelompok perlakuan setelah diberi perlakuan. Hal ini dikarenakan pada saat dilakukan intervensi, ibu tidak lagi terfokus pada musik instrumental yang sedang diputar, sehingga persepsi nyeri yang dirasakan meningkat dan menurunkan toleransi terhadap nyeri.

Sifat kontraksi yang semakin progresif ini yang dapat menimbulkan ketegangan, sehingga konsentrasi ibu hanya terfokus pada nyeri yang sedang dirasakan. Hal ini menyebabkan impuls nyeri yang ditransmisikan ke otak di korteks somato sensorik primer girus pasca sentralis yang dirasakan sebagai nyeri tidak dapat dimodifikasi. Akibatnya, ibu mempersepsikan tidak adanya perubahan intensitas nyeri atau merasakan nyerinya semakin hebat.

Ibu dengan penurunan intensitas nyeri yang tidak signifikan, masih ditemukan pada kategori nyeri hebat pada kelompok perlakuan setelah diberi

perlakuan. Hal ini dimungkinkan, terapi musik instrumental kurang berfungsi dalam mempengaruhi hipofisis di otak untuk melepaskan endorphin atau menstimulasi opiat endogen secara optimal.

Stimulasi opiat endogen ini mengakibatkan reseptor opiat yang dijumpai diberbagai titik di dalam sistem syaraf pusat, tidak mampu memberikan efek analgesi alamiah (*natural pain relieves*) secara optimal. Hal ini didukung oleh Brunner dan Sudart (2002), bahwa tidak semua pasien mencapai peredaan melalui distraksi, terutama dalam kategori nyeri hebat.

Hasil penelitian berdasarkan uji statistik, menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan terapi musik instrumental terhadap penurunan nyeri ibu. Terapi selama 15 menit memberikan efek distraksi dan relaksasi terhadap ibu yang mengalami nyeri dengan menurunkan persepsi nyeri yang dirasakan.

Temuan ini didukung oleh penelitian Fulton (2005) dan Locsin (1981) dalam Mander (2004) yang menyatakan terdapat pengaruh yang signifikan terapi musik instrumental terhadap penurunan nyeri ibu. Namun, pernyataan ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Mander (2004), yang menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang signifikan terapi musik instrumental terhadap penurunan nyeri ibu.

Penurunan persepsi nyeri pada kondisi ini dengan menstimulasi sistem kontrol desenden untuk merangsang pelepasan opiat endogen. Hal ini mengakibatkan lebih sedikit stimulus nyeri yang ditransmisikan ke otak (Brunner & Suddarth, 2002). Disisi lain juga memodifikasi persepsi nyeri di korteks somato sensorik primer girus pasca sentralis dan di PAG (*substansia grisea periakuo ductus*). Kerja musik dalam membantu ibu menghadapi nyeri persalinan terletak pada distraksi dan kemampuannya untuk membuat ibu tersebut kehilangan alur waktu (Livingston, 1985 dalam Mander, 2004).

Kesimpulan

Perlakuan terapi musik instrumental (*new age*) yang merupakan bagian dari tindakan nonfarmakologi, efektif menurunkan persepsi intensitas nyeri saat persalinan fase aktif kala I pada ibu multipara.

Sebagai salah satu dari tindakan nonfarmakologi dengan teknik distraksi yang efektif, terapi musik instrumental cocok diberikan pada kondisi ibu berada dalam kategori nyeri sedang maupun hebat. Hal ini dikarenakan efek distraksi dapat timbul pada kondisi ini. Umumnya ibu multipara dalam kategori nyeri sedang dan hebat pada fase aktif kala I ini, masih mampu fokus untuk mendengarkan musik instrumental, sebagai terapi untuk menghasilkan efek distraksi (AT, YR, TN).

Referensi

- Aemilia, S. P. (2006). *Efek musik pada tubuh manusia*. Diperoleh dari http://gema.sabda.org/efek_musik_pada_tubuh_manusia.
- Alit, N. K., Sulistiono, A., Hermansah, A., & Dewi, Y. S. (2006). Efek stimulasi kulit abdomen dengan teknik effeurage dalam mengurangi nyeri pada persalinan fisiologis fase I. *Jurnal Universitas Airlangga*, 1 (1), 23-25.
- Bennett, V. R., & Brown, L. K. (1999). *Myles text book for midwives* (13th Edition), (pp. 430-433). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Brunner & Suddarth (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah* (Edisi 8), (pp. 233-237). Jakarta: EGC.
- Budiarto, E. (2002). *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Fulton, K. (2005). *Music therapy for labor*. USA: Florida State University.
- Hidayat, A. (2007). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mander, R. (2004). *Nyeri persalinan* (pp. 176-179). Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan: Pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan* (pp. 1507, 1529-1532). Jakarta: EGC.
- Sanford, D. G. (2006). *Komplikasi selama kehamilan* (pp. 105-107). Jakarta: Prestasi Pustaka.

Hiduplah seperti pohon kayu yang lebat buahnya;
hidup di tepi jalan dan dilempari orang dengan batu,
tetapi dibalas dengan buah.

- Abu Bakar Sibli -

Jadilah kamu manusia yang pada kelahiranmu semua orang tertawa bahagia,
tetapi hanya kamu sendiri yang menangis;
dan pada kematianmu semua orang menangis sedih,
tetapi hanya kamu sendiri yang tersenyum.

- Mahatma Gandhi -

Hati yang penuh syukur, bukan saja merupakan kebajikan yang terbesar,
melainkan merupakan pula induk segala kebajikan yang lain.

- Cicero -

PENURUNAN TEKANAN DARAH DAN KECEMASAN MELALUI LATIHAN *SLOW DEEP BREATHING* PADA PASIEN HIPERTENSI PRIMER

Tri Cahyo Sepdianto^{1,2*}, Elly Nurachmah³, Dewi Gayatri³

1. Politeknik Kesehatan Depkes Malang, Jawa Tengah, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: *cahyo_sepdianto@yahoo.com*

Abstrak

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi penurunan tekanan darah dan tingkat kecemasan pasien hipertensi primer setelah melakukan latihan *slow deep breathing* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian menggunakan desain kuasi eksperimen *Pretest-Posttest Control Group* melibatkan 28 responden untuk setiap kelompok. Hasil menunjukkan perbedaan penurunan rata-rata tekanan darah sistolik sebesar 15,5 mmHg, perbedaan penurunan rata-rata tekanan darah diastolik sebesar 9,9 mmHg dan perbedaan penurunan rata-rata skor tingkat kecemasan sebesar 3,2. Analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan penurunan yang signifikan rata-rata tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik dan tingkat kecemasan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). Latihan *Slow deep breathing* dalam pelayanan keperawatan dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi primer.

Kata kunci: tekanan darah, tingkat kecemasan, *slow deep breathing*, hipertensi primer

Abstract

The purpose of this study is to identify the reduction of blood pressure and anxiety level in patients with primary hypertension after slow deep breathing exercise between intervention and control groups. This research utilized a Quasi-Experimental Pre – post test Control Group design involved 28 subjects for each group. The result indicated that there is a decrease of 9.9 mm Hg in the average of systolic blood pressure and the anxiety level of 3.2 after the intervention. Further result demonstrated that there is a significant reduction of the average systolic and diastolic pressure, and anxiety level between intervention and control groups ($p=0,000$, $\alpha=0,05$). Therefore, the slow deep breathing exercise can be applied as one of the independent nursing therapies in nursing care of patients with primary hypertension.

Keywords: blood pressure, anxiety level, *slow deep breathing*, primary hypertension

Pendahuluan

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang merupakan penyebab utama dari penyakit jantung dan stroke (Wolf, 2008). Hipertensi telah menjadi salah satu penyebab utama cacat tubuh dan kematian hampir di seluruh negara (Gardner, 2007). Di banyak negara saat ini, prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, inaktivitas fisik, dan stres psikososial. Di seluruh dunia telah terdeteksi hampir satu milyar orang atau 1 dari 4 orang dewasa mengalami hipertensi. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, prevalensi hipertensi di Indonesia berkisar antara 17% – 21% (Depkes, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan pada tahun 2004 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di pulau Jawa mencapai 41,9% (Setiawan, 2004).

Hipertensi sering disebut sebagai *silent disease* karena pada umumnya pasien tidak mengetahui mengalami hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Hipertensi juga dikenal sebagai *heterogeneous group of disease* karena dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur dan kelompok sosial ekonomi (Astawan, 2007).

Stres dan kecemasan merupakan faktor resiko utama pada hipertensi primer (Lovastatin, 2005). Kecemasan dapat menstimulasi pelepasan hormon epineprin dari kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung dan penyempitan pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah (Stuart & Laraia, 2005). Pasien hipertensi di Indonesia sebagian besar tidak terdeteksi dan tidak menyadari bahwa ia mengalami hipertensi sehingga berisiko memperberat hipertensinya.

Selain itu, pasien hipertensi tidak berupaya untuk mengubah dan menghindari faktor risiko hipertensi (Bustan, 2007). Hipertensi sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat (*public health problem*) dan akan menjadi masalah yang lebih besar jika tidak ditanggulangi sejak dini (Depkes, 2007). Penatalaksanaan pada hipertensi meliputi terapi non farmakologi dan farmakologi. Pengobatan hipertensi bergeser dari farmakologi ke nonfarmakologi akibat mahalnya obat antihipertensi dan efek samping yang ditimbulkan (Braverman & Braverman, 2006). Salah satu manajemen non farmakologi bagi pasien hipertensi primer adalah latihan *slow deep breathing*.

Berdasarkan penelitian Joseph, et al. (2005) didapatkan bahwa pada pasien hipertensi, latihan *slow breathing* dengan frekuensi 6 kali permenit selama 15 menit dapat meningkatkan sensitivitas baroreseptor (dari 5.8 ± 0.7 menjadi 10.3 ± 2.0 ms/mmHg), menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis. Sedangkan penelitian Pal, Velkumary & Madanmohan (2003) menunjukkan latihan *slow deep breathing* yang dilakukan 30 menit 2 kali sehari selama 3 bulan dapat menurunkan rata-rata tekanan darah diastolik (dari 11.27 ± 1.53 menjadi 14.73 ± 1.70 mmHg) dan menurunkan denyut nadi (dari 75.0 ± 8.32 menjadi 71.6 ± 8.22 kali/menit).

Penggunaan latihan nafas (*breathing exercise*) khususnya latihan *slow deep breathing* sebagai manajemen non farmakologi maupun intervensi keperawatan mandiri dalam menurunkan tekanan darah dan kecemasan pasien hipertensi primer belum banyak diketahui di Indonesia. Berdasarkan rumusan masalah, maka pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimanakah pengaruh latihan *slow deep breathing* terhadap tekanan darah dan tingkat kecemasan pasien hipertensi primer di Kota Blitar?”. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh latihan *slow deep breathing* terhadap tekanan darah dan tingkat kecemasan pasien hipertensi primer di Kota Blitar.

Metode

Penelitian ini menggunakan *Quasi Experimental Design* dengan pendekatan *Pretest-Posttest Control Group Design*. Penelitian ini untuk

mengetahui pengaruh latihan *slow deep breathing* terhadap tekanan darah dan tingkat kecemasan pasien hipertensi primer di dua Puskesmas Kota Blitar.

Kelompok intervensi dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi primer yang berobat di Puskesmas Sukorejo Kota Blitar yang mendapatkan terapi standar antihipertensi ditambah intervensi dengan latihan *slow deep breathing*. Intervensi dilakukan selama 15 menit 3 kali sehari dalam waktu 14 hari. Tekanan darah dan tingkat kecemasan diukur sebelum dan setelah intervensi. Sedangkan kelompok kontrol adalah pasien hipertensi primer yang berobat di Puskesmas Kepanjen Kidul Kota Blitar.

Sampel penelitian diambil secara *purposive sampling*. Kriteria inklusi responden yaitu pasien hipertensi primer : (1) telah didiagnosa hipertensi primer oleh dokter puskesmas (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg); (2) umur 45 – 54 tahun; (3) tidak mengalami obesitas ($IMT \leq 30$); (4) belum pernah mendapatkan latihan nafas (yoga, meditasi, reiki, senam nafas); (5) diet natrium maksimal 2,4 gram/hari; (6) mendapatkan terapi standar antihipertensi; (7) bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi yaitu pasien hipertensi primer dengan: (1) penyakit penyerta (DM, stroke dan gagal ginjal); (2) hipertensi derajat berat (tekanan darah sistolik > 180 mmHg dan tekanan darah diastolik > 110 mmHg).

Pengukuran tingkat kecemasan menggunakan modifikasi instrumen *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A). Berdasarkan uji validitas melalui *concurrent validity* dengan *Pearson Product Moment* dengan standar validitas $r = 0,444$, didapatkan semua item pertanyaan valid ($r > 0,444$). Berdasarkan uji reliabilitas dengan *test-retest* didapatkan semua item reliabel dengan r Alpha = 0,971 (standar minimal $r = 0,444$).

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji parametrik karena semua data distribusinya normal. Dalam analisis bivariat juga dilakukan uji homogenitas karakteristik responden, tekanan darah sistolik dan diastolik serta tingkat kecemasan sebelum latihan *slow deep breathing*. Analisis bivariat menggunakan *t test* (*t pooled test* dan *t paired test*).

Hasil

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Mean	SD	N	Min-Mak	95% CI
49,93	3,308	56	45-54	49,04– 50,81

Rata-rata umur pasien hipertensi primer adalah 49,93 tahun dengan standar deviasi 3,308. Usia minimal 45 tahun dan usia maksimal 54 tahun. Berdasarkan estimasi interval diyakini bahwa rata-rata usia responden diantara 49,04 sampai dengan 50,81 tahun (lihat tabel 1). Responden penelitian sebagian besar berjenis kelamin perempuan, mempunyai riwayat keluarga hipertensi, tidak merokok, dan mendapatkan satu jenis obat standar antihipertensi (lihat tabel 2).

Rerata Penurunan Tekanan Darah dan Tingkat Kecemasan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 3. menunjukkan bahwa rata-rata selisih tekanan darah sistolik pengukuran pertama dengan pengukuran keempat pada kelompok intervensi relatif besar yaitu 18,178 mmHg dengan standar deviasi 7,32. Analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah sistolik antara kelompok yang melakukan latihan *slow deep breathing* dengan kelompok yang tidak melakukan latihan *slow deep breathing* ($p= 0,000$; $\alpha= 0,05$).

Rata-rata selisih tekanan darah diastolik pengukuran pertama dengan pengukuran keempat pada kelompok intervensi relatif besar yaitu sebesar 8,892 mmHg dengan standar deviasi 2,80. Analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah diastolik antara kelompok yang melakukan latihan *slow deep breathing* dengan kelompok yang tidak melakukan latihan *slow deep breathing* ($p= 0,000$; $\alpha= 0,05$).

Sedangkan rata-rata selisih skor tingkat kecemasan pengukuran pertama dengan pengukuran keempat pada kelompok intervensi adalah 2,214 poin dengan standar deviasi 0,07. Analisis selanjutnya menggambarkan perbedaan signifikan terhadap penurunan tekanan darah sistolik antara kelompok

yang melakukan latihan *slow deep breathing* dengan kelompok yang tidak melakukan latihan *slow deep breathing* ($p= 0,000$; $\alpha= 0,05$).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Riwayat Keluarga Hipertensi, Riwayat Merokok, Obat Standar Antihipertensi

No	Karakteristik	Total	%
1	Jenis kelamin		
	- Laki-laki	18	32,1
	- Perempuan	38	67,9
2.	Riwayat Keluarga Hipertensi		
	- Ya	36	64,3
	- Tidak	20	35,7
3.	Riwayat Merokok		
	- Ya	12	21,4
	- Tidak	44	78,6
4.	Obat Standar Antihipertensi		
	- Satu jenis obat	40	71,4
	- Dua jenis obat	16	28,6

Pembahasan

Penurunan Tekanan Darah Setelah Latihan *Slow Deep Breathing*

Hasil penelitian penurunan rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik pada kelompok yang melakukan latihan *slow deep breathing* lebih besar dibanding dengan kelompok yang tidak melakukan latihan *slow deep breathing* ($\alpha < 0,05$). Dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa latihan *slow deep breathing* pada pasien hipertensi primer dapat menurunkan tekanan darah sistolik 18,178 mmHg dan tekanan darah diastolik 8,892 mmHg.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Joseph, et al. (2005) yang dilakukan pada 20 responden dengan hipertensi primer (usia $56,4 \pm 1,9$ tahun) dan 26 kontrol (usia $52 \pm 1,4$ tahun) dengan kedua kelompok melakukan intervensi dengan bernafas normal dan kontrol pernafasan lambat (6x/menit) dan cepat (15x/menit).

Dari hasil penelitian didapatkan pernafasan lambat (*slow breathing*) dapat menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien hipertensi primer (dari $147,7 \pm 3,7$ mmHg menjadi 141 ± 4 mmHg, $p < 0,05$ dan dari $82,7 \pm 3$ mmHg menjadi $77,8 \pm 3,7$ mmHg, $p < 0,01$).

Slow deep breathing berpengaruh pada modulasi sistem kardiovaskuler. *Slow deep breathing* mempunyai efek meningkatkan fluktuasi dari interval RR (*rate of respiration*). Fluktuasi peningkatan interval RR (relatif terhadap perubahan tekanan darah) berdampak pada peningkatan efektifitas barorefleks dan dapat berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah.

Slow deep breathing juga menurunkan aktivitas simpatis dengan meningkatkan *central inhibitory rhythms* yang akhirnya berdampak pada penurunan tekanan darah ketika barorefleks diaktivasi. *Slow deep breathing* juga berpengaruh terhadap peningkatan volume tidal sehingga mengaktifkan *Hering-Breuer reflex* yang berdampak pada penurunan aktivitas kemorefleks dan akhirnya meningkatkan sensitivitas barorefleks. Mekanisme ini dapat menurunkan aktivitas simpatis dan tekanan darah (Joseph, et al. 2005).

Penurunan Tingkat Kecemasan Setelah Latihan *Slow Deep Breathing*

Berdasarkan hasil penelitian penurunan rata-rata skor tingkat kecemasan pada kelompok yang melakukan latihan *slow deep breathing* lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang tidak melakukan latihan *slow deep breathing* ($\alpha < 0,05$). Dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa latihan *slow deep breathing* pada pasien hipertensi primer dapat menurunkan tingkat kecemasan sebesar 2 poin.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Manzoni, Pagnini, Castenuovo & Molinari (2008) yang menunjukkan hasil bahwa latihan rileksasi secara signifikan dapat menurunkan tingkat kecemasan.

Tabel 3. Rata-rata Penurunan Tekanan Darah dan Tingkat Kecemasan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok	Mean	SD	p
Tekanan darah				
- Sistolik	Intervensi	18,178	7,32	0,000*
	Kontrol	2,678	7,38	
- Diastolik	Intervensi	8,892	2,80	0,000*
	Kontrol	-1,071	6,28	
Kecemasan	Intervensi	2,214	0,07	0,000*
	Kontrol	-0,392	1,42	

*bermakna pada $\alpha < 0,05$

Penelitian ini dilakukan melalui meta-analisis pada 27 studi tentang latihan rileksasi (rileksasi progresif, autogenik, nafas dalam, dan meditasi) selama tahun 1999-2007. Latihan nafas dalam lambat dapat menurunkan tingkat kecemasan melalui sistem saraf otonom. Nafas dalam lambat dapat menimbulkan efek relaksasi.

Dengan nafas dalam dapat mempengaruhi perubahan biokimia tubuh, seperti meningkatkan substansi yang menyebabkan relaksasi (endorphin) dan menurunkan adrenalin (White, 2008). Litle (2006) menambahkan latihan nafas dalam pada orang normal, orang dengan nyeri kepala dan kesulitan tidur dapat menurunkan kecemasan dengan meningkatkan sistem saraf parasimpatis, menurunkan respon terhadap stress dan meningkatkan pelepasan hormon di dalam sistem neuroendokrin yang meningkatkan ketenangan dan status kesadaran mental.

Saisan, et al. (2008) berpendapat bahwa tehnik relaksasi seperti nafas dalam dapat menurunkan stress dan kecemasan melalui respon rileksasi. Rileksasi dapat menurunkan hormon stress, menurunkan denyut jantung dan tekanan darah. Respon rileksasi merupakan penangkal stress yang kuat. Pal, Velkumary & Madanmohan (2003) mempertegas dari hasil penelitiannya bahwa latihan nafas dalam lambat dapat meningkatkan respon sistem saraf parasimpatis dan menurunkan respon sistem saraf simpatis.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata penurunan tingkat kecemasan secara klinis mempunyai arti yang bermakna. Tingkat kecemasan responden menurun dari rata-rata 18 menjadi 16 (≤ 17 = cemas sedang, $18 - 24$ = cemas sedang, ≥ 25 = cemas berat). Penurunan tingkat kecemasan juga berpengaruh terhadap penurunan derajat hipertensi dari hipertensi derajat satu menjadi prehipertensi. Latihan *slow deep breathing* sangat efektif digunakan sebagai pengobatan non farmakologi pada pasien hipertensi primer untuk mengontrol tekanan darah dan menurunkan tingkat kecemasan sehingga menurunkan risiko komplikasi dari penyakit kardiovaskuler.

Kesimpulan

Karakteristik responden meliputi: rata-rata umur 49,93 tahun, jenis kelamin perempuan 67,9%,

riwayat keluarga menderita hipertensi 64,3%, tidak merokok 78,6% dan satu jenis obat standar antihipertensi 71,4%. Hasil penelitian menunjukkan latihan *slow deep breathing* dapat menurunkan rata-rata tekanan darah sistolik 18,178 mmHg, tekanan darah diastolik 8,892 mmHg dan tingkat kecemasan 2,214 poin. Penurunan rata-rata tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik dan tingkat kecemasan lebih besar pada kelompok intervensi yang melakukan latihan *slow deep breathing* dibandingkan dengan kelompok kontrol ($\alpha < 0,05$).

Penelitian lebih lanjut tentang pengaruh latihan *slow deep breathing* terhadap tekanan darah dan tingkat kecemasan pasien hipertensi primer perlu dilakukan. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain asupan total natrium setiap hari, perubahan nadi dan respirasi, variasi usia yang lebih lebar, jumlah responden yang lebih banyak dan kondisi pasien yang lebih kompleks. Teknik pengambilan sampel sebaiknya menggunakan sistem random (AA, ENT, TN).

Referensi

- Advameg. (2007). *Hamilton anxiety scale*. Diperoleh dari <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Hamilton-Anxiety-Scale.html>.
- Astawan. (2007). Cegah hipertensi dengan pola makan. Diperoleh dari <http://202.155.5.44/index.php?option=articles&task=viewarticle&articid=20&Itemid3>.
- Braverman, E.R., & Braverman, D. (2006). *Penyakit jantung & penyembuhannya secara alami*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
- Bustan, M.N. (2007). *Epidemiologi penyakit tidak menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Davis, M., Eshelman, E.R., & McKay, M. (1995). *Panduan relaksasi & reduksi stress*. Jakarta: EGC.
- Depkes. (2007). InaSH menyokong penuh penanggulangan hipertensi. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2406&Itemid=2>.
- Gardner, F.S. (2007). *Smart treatment for high blood pressure panduan sehat mengatasi tekanan darah tinggi*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Joseph, C.N., et al. (2005). Slow breathing improves arterial baroreflex sensitivity and decreases blood pressure in essential hypertension. Diperoleh dari <http://www.hypertensionaha.org>.
- Mansoni, G.M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). *Relaxation training for anxiety: A ten year systematic review with meta-analysis*. Diperoleh dari <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/41>.
- Little, N. (2006). *Breathing exercise and emotional balance*. Diperoleh dari http://www.anxietyanddepression-solutions.com/articles/complementary-alternativemedicine/breathwork/breathwork_balance.php.
- Lovastatin, K. (2006). *Penyakit jantung dan tekanan darah tinggi*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Pal, G.K., Velkumary, & Madanmohan. (2003). *Effect of short-term practice of breathing exercise on autonomic function in human volunteers*. Diperoleh dari <http://icmr.nic.in/ijmr/2004/0807.pdf>.
- Saisan, J., Smith, M., Gill, E.J., & Segal, R. (2008). Stres relief relaxation practice that reduce stress, http://helpguide.org/mental/stress_relief_meditation_yoga_relaxation.htm, diperoleh tanggal 17 Oktober 2008.
- Setiawan. (2004). *Prevalensi dan determinan hipertensi di pulau Jawa tahun 2004*. Diperoleh dari <http://www.fkm.ui.edu/index.php?option=comcontent&task=view&id=56>.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St.Louise: Elsevier Mosby.
- Sustrani, L., Alam, S., & Hadibroto, I. (2006). *Hipertensi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- White, M.G. (2008). *Anxiety, fear and breathing*. Diperoleh dari <http://www.breathing.com/articles/anxiety.htm>.
- Wolf, H.P. (2008). *hipertensi cara mendeteksi dan mencegah tekanan darah tinggi sejak dini*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.

PENURUNAN TINGKAT DEPRESI KLIEN LANSIA DENGAN TERAPI KOGNITIF DAN SENAM LATIH OTAK DI PANTI WREDHA

Anton Surya Prasetya^{1,3*}, Achir Yani S.Hamid², Herni Susanti²

1. Akademik Keperawatan Panca Bhakti Bandar Lampung, Sumatera Barat, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: as_prasetya@yahoo.com

Abstrak

Salah satu manfaat terapi kognitif dan senam otak pada lansia adalah menurunkan tingkat depresi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif dan senam otak terhadap tingkat depresi lansia di Panti Wredha. Metode penelitian *quasi experiment*, desain *pre-post test design with control group*. Sampel penelitian secara purposive sampling berjumlah 56 responden, terdiri 28 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol. Instrumen penelitian untuk mengetahui tingkat depresi menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* yang berjumlah 15 pertanyaan. Hasil penelitian didapatkan tingkat depresi menurun lebih bermakna pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi kognitif dan senam otak dibanding kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi kognitif yaitu selisih 1,18 poin ($p < 0,005$, $\alpha = 0,05$). Rekomendasi terapi kognitif dan senam latihan otak menjadi bagian program kerja lansia di puskesmas dan panti.

Kata kunci: depresi, lansia, senam otak, terapi kognitif, tingkat atau kondisi depresi

Abstract

One of the effects of cognitive therapy and brain exercising is lower levels of depression. The purpose of this study to determine the effect of cognitive therapy and brain exercising for the level or condition of depression of the elderly people in Tresna Wredha Nursing Home. The research method was quasi experiment by using pre-post test design with control group. The research sample was obtained by purposive sampling of 56 respondents, consist of 28 respondents to the intervention group and 28 respondents to the control group. The Research instrument that used to determine the level of depression was Geriatric Depression Scale questionnaire that included 15 questions. The result of the research showed that the level of depression was decreased, and it happened significantly in the intervention group who received cognitive therapy and brain exercising than the control group who only got cognitive therapy, with 1.18 points as the differences ($p < 0,005$, $\alpha = 0,05$). This study recommended to be part elderly work plan in public health and nursing home.

Keywords: brain exercising, cognitive therapy, depression, elderly people, level or condition of depression

Pendahuluan

Lansia atau usia lanjut adalah tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan hal tersebut merupakan bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu.

Dalam Undang-Undang RI No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, dengan tegas dinyatakan bahwa yang disebut lansia adalah laki-laki ataupun perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih.

Tahap usia lanjut menurut teori Erik Erikson tahun 1963 merupakan tahap *integrity versus despair*, yakni individu yang sukses dalam melampaui tahap ini akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima berbagai perubahan yang terjadi dengan tulus, mampu beradaptasi dengan keterbatasan yang

dimilikinya, bertambah bijak menyikapi proses kehidupan yang dialaminya.

Sebaliknya mereka yang gagal maka akan melewati tahap ini dengan penuh stress, rasa penolakan, marah, dan putus asa terhadap kenyataan yang dihadapinya. Lansia dengan berbagai perubahan baik secara fisik maupun psikososial tersebut menjadikan mereka kelompok yang rentan terhadap berbagai permasalahan kesehatan khususnya masalah kesehatan mental dan depresi merupakan masalah kesehatan mental paling banyak ditemui pada lansia (Kompas, 2008).

Depresi adalah diagnosis pasien rawat jalan ketujuh tertinggi (Reborn, 2007). Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan yaitu 30-45%.

Studi di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan prevalensi depresi pada populasi usia lanjut di masyarakat berkisar antara 8-15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara didunia mendapatkan prevalensi rerata depresi pada usia lanjut dimasyarakat adalah 13,5% dengan perbandingan wanita : pria 14,1 : 8,6 (Kompas, 2008). Di Indonesia sebagai gambaran, menurut data Riset Kesehatan Dasar (2007) yang diadakan Departemen Kesehatan tahun 2008, gangguan mental emosional (depresi dan anxietas yang usianya di atas 15 tahun mencakup lansia) sekitar 11,6% populasi Indonesia.

Lansia yang mengalami kondisi depresi akibat perubahan – perubahan fisik, psikologis dan sosial yang terjadi mengakibatkan perasaannya menjadi tidak berharga, tidak berdaya, malu dengan kondisi fisik saat ini dan perasaan bersalah, maka diagnosa keperawatan yang paling sesuai dengan karakteristik gejala tersebut adalah harga diri rendah kronik (NANDA, 2005). Berdasarkan hal tersebut masalah depresi pada lansia selalu berkaitan dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah.

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat dalam mengatasi diagnosa keperawatan harga diri rendah dimulai dengan intervensi keperawatan generalis sampai dengan spesialis yang ditujukan untuk individu, keluarga dan kelompok (Stuart & Laraia, 2005). Intervensi keperawatan generalis bertujuan untuk membantu pasien mengenal kemampuan-kemampuan yang masih dimiliki setelah adanya perubahan fisik dan psikososial seperti penyakit fisik, penurunan pendapatan dan kurangnya perhatian dari keluarga.

Intervensi spesialis yang dapat digunakan untuk melakukan perawatan lansia depresi dengan diagnosa harga diri rendah adalah terapi kognitif (Kaplan dan Saddock, 2004). Dengan terapi kognitif lansia yang depresi akan belajar bagaimana cara menyadari dan memperbaiki pikiran-pikiran negatif yang otomatis ini dan seiring waktu, penderita depresi akan bisa menemukan dan memperbaiki keyakinan-keyakinan salah yang memicu depresi mereka.

Terapi lain yang dapat dilakukan untuk memperbaiki depresi adalah senam latih otak (Dennilson, 2009). Pada prinsipnya dasar senam latih otak adalah melatih

otak agar tetap bugar dan mencegah pikun. Kegiatan senam latih otak ditujukan untuk merelaksasi (dimensi pemusatan), menstimulasi (dimensi lateralis) dan meringankan (dimensi pemfokusan).

Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test With Control Group*” dengan intervensi terapi kognitif dan senam latih otak. Besar sampel penelitian ditetapkan dengan menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah total sampel sebanyak 56 orang, 28 orang untuk kelompok intervensi dan 28 orang untuk kelompok kontrol.

Sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi, yaitu berusia lebih dari 55 tahun, bersedia jadi responden ditandai dengan penandatanganan *informed consent*, memiliki diagnosa depresi (karena memiliki nilai kuesioner depresi 5-11 atau dengan katagori depresi ringan - sedang) dan tidak mengalami penurunan kesadaran, komunikatif secara verbal dan kooperatif.

Instrumen penelitian menggunakan 2 (dua) yaitu kuesioner A yang terdiri dari data karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status perkawinan, sakit fisik dan lama sakit fisik dan kuesioner B tentang tingkat atau kondisi depresi pada lansia yang dimodifikasi dari *Geriatric Depression Scale*. Instrumen sudah diuji validitas dan realibilitas ($r > 0,632$). Analisis data diolah dengan menggunakan program statistik (SPSS) yang meliputi analisis univariat dan bivariat.

Hasil

Tabel 5.1. Analisis Usia dan Lama sakit fisik lansia depresi dengan HDR pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD
Usia	Intervensi	28	72,57	8,834
	Kontrol	28	75,32	8,380
	Total	56	73,95	8,643
Lama sakit fisik	Intervensi	28	22,61	13,593
	Kontrol	28	16,21	8,404
	Total	56	19,41	11,652

Karakteristik lansia yang Depresi dengan HDR

Usia dan Lama sakit fisik Lansia depresi dengan HDR

Hasil analisis menjelaskan bahwa dari total 56 lansia depresi dengan HDR dalam penelitian ini rata-rata berusia 73,95 tahun dan rata-rata memiliki waktu lama sakit fisik 19,41 bulan (lihat tabel 5.1).

Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan dan Status Perkawinan Lansia Depresi dengan HDR

Hasil analisis didapatkan bahwa sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 33 orang (58,9%), tidak bekerja sebanyak 52 orang (92,9%), memiliki latar belakang pendidikan tidak sekolah 38 orang (67,9%), serta memiliki status perkawinan 'tidak kawin' 41 orang (73,2%) (lihat tabel 5.2).

Kesetaraan Karakteristik Lansia depresi dengan HDR pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kesetaraan Karakteristik Lansia dengan HDR berdasarkan Usia, & Lama sakit fisik

Hasil uji statistik didapatkan bahwa karakteristik usia dan lama sakit fisik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol memiliki varian yang sama atau setara dengan ($p > \alpha = 0,05$) (lihat tabel 5.3).

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Lansia depresi dengan HDR menurut Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan

Karakteristik	Jumlah (n = 56)	
	n	%
1. Jenis Kelamin Lansia depresi		
a. Laki-laki	23	41,1
b. Perempuan	33	58,9
2. Pekerjaan Lansia depresi		
a. Bekerja	4	7,1
b. Tidak bekerja	52	92,9
3. Pendidikan Lansia depresi		
a. Tidak Sekolah	38	67,9
b. SD	13	23,2
c. SMP	5	8,9
4. Status Perkawinan Lansia dengan HDR		
a. Kawin	15	26,8
b. Tidak Kawin	41	73,2

Kesetaraan karakteristik Lansia depresi dengan HDR berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan

Hasil analisis uji statistik pada tabel 5.4. menunjukkan bahwa karakteristik Lansia depresi dengan HDR berdasarkan jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan antara kelompok intervensi dan kontrol secara statistik adalah setara atau memiliki varian yang sama ($p > \alpha = 0,05$).

Tingkat atau Kondisi Depresi lansia dengan HDR

Kondisi Depresi Lansia dengan HDR sebelum dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan terapi Kognitif (kelompok kontrol)

Hasil analisis kondisi depresi Lansia dengan HDR memperlihatkan bahwa dari jumlah total 56 lansia depresi dengan HDR menunjukkan rata-rata kondisi depresi lansia dengan HDR sebelum dilakukan intervensi adalah 6,86 dan termasuk dalam kategori depresi ringan (lihat tabel 5.5).

Kesetaraan Karakteristik Kondisi Depresi Lansia dengan HD sebelum dilakukan intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Analisis kondisi depresi Lansia dengan HDR sebelum dilakukan intervensi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada tabel 5.6 adalah setara atau memiliki varian sama ($p > \alpha 0,05$).

Tabel 5.3. Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Lama sakit fisik pada Lansia dengan HDR di Panti Lampung terhadap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

No	Variabel	Kelompok	N	Mean	p
1.	Usia	1. Intervensi	28	72,57	0,754
		2. Kontrol	28	75,32	
2.	Lama sakit fisik	1. Intervensi	28	22,61	0,066
		2. Kontrol	28	16,21	

Perubahan Kondisi Depresi Lansia dengan HDR sebelum dan sesudah dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa pada α 5% ada perubahan yang lebih bermakna (perubahan lebih baik).

Rata-rata kondisi depresi lansia dengan HDR sebelum dengan sesudah terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dibandingkan yang hanya mendapatkan terapi kognitif (kelompok kontrol) selisih 1,18 point (lihat tabel 5.7).

Kondisi Depresi Lansia dengan HDR sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol)

Analisis kondisi depresi lansia dengan HDR memperlihatkan bahwa hasil rata-rata kondisi depresi Lansia dengan HDR pada kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak adalah 3,36 yang menunjukkan bahwa kondisi depresi Lansia dengan HDR sesudah mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak berada dalam katagori normal (0 - 4) sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja adalah 4,75 dalam katagori mendekati depresi ringan (5 – 11) (lihat tabel 5.8).

Tabel 5.4. Analisis Kesetaraan Karakteristik Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, dan Status Perkawinan lansia depresi dengan HDR di Panti Lampung terhadap Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	Klp Intervensi & Klp Kontrol		p
	N	%	
1. Jenis Kelamin Lansia dg HDR			
a. Laki-laki	23	41,1	0,121
b. Perempuan	33	58,9	
2. Pekerjaan Lansia dengan HDR			
a. Bekerja	4	7,1	1,000
b. Tidak bekerja	52	92,9	
3. Pendidikan Lansia depresi dg HDR			
a. Tidak Sekolah	38	67,9	0,275
b. SD	13	23,2	
c. SMP	5	8,9	
4. Status Perkawinan Lansia dg HDR			
a. Kawin	15	26,8	0,371
b. Tidak Kawin	41	73,2	

Hasil tersebut juga menunjukkan bahwa tingkat atau kondisi depresi pada kelompok Lansia dengan HDR yang mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) lebih baik/ lebih rendah

dibandingkan dengan kelompok yang hanya mendapatkan terapi kognitif tanpa senam latih otak (kelompok kontrol), namun kedua kelompok sama-sama mengalami penurunan kondisi depresi (dibandingkan kondisi awal/ pre test) ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$).

Faktor – faktor yang berkontribusi terhadap perubahan tingkat depresi pada lansia

Karakteristik lansia yaitu jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan lama sakit fisik, menunjukkan tidak ada yang berhubungan dengan perubahan tingkat depresi pada lansia ($p > 0,005$, $\alpha = 0,05$), hanya terapi kognitif dan senam latih otak yang terdapat hubungan dengan perubahan tingkat depresi klien lansia ($p < 0,005$, $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.5. Analisis Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sebelum dilakukan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (kelompok intervensi) dan Terapi Kognitif (kelompok kontrol)

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD
Kondisi Depresi	1. Intervensi	28	6,75	1,456
	2. Kontrol	28	6,96	1,551
	Total	56	6,86	1,495

Pembahasan

Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan harga diri rendah

Kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah sebelum Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak (Kelompok Intervensi) dan terapi Kognitif (Kelompok kontrol) diberikan

Hasil analisis terhadap kondisi depresi rata-rata lansia baik pada keseluruhan jumlah responden di kedua kelompok *sebelum* dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak pada kelompok intervensi serta terapi kognitif pada kelompok kontrol menunjukkan kondisi depresi ringan karena memiliki nilai rata-rata sebesar 6,86.

Hasil penelitian ini semakin mendukung tentang uraian data tentang kondisi depresi pada lansia yaitu bahwa depresi dengan HDR cenderung dialami pada lansia, dimana lansia menghadapi berbagai perubahan baik fisik dan psikososial.

Pengalaman yang ditemui peneliti terhadap kondisi lansia yang mengalami depresi dipanti Lampung yaitu adanya pikiran-pikiran negatif terhadap dirinya (harga diri rendah) seperti merasa tidak berdaya (“saya sudah tidak bisa apa-apa, badan terasa sakit tidak seperti dulu lagi”), pikiran takut akan sakit dan kematian dimana tidak ada pasangan (“disini saya sendiri kalau sakit siapa yang merawat saya”), merasa tidak berharga (“sudahlah nak saya disini saja orang lain saja yang lebih baik dari pada saya yang diajak senam”), merasa tidak ada yang menyayangi, merasa sendiri, tidak bersemangat, merasa tidak ada harapan lagi (“keluarga saya tidak sayang sama saya, saya ditaruh disini, saya tidak betah, saya tidak ada siapa-siapa lagi”) dan lain-lain.

Dari kondisi tersebut maka sangat tepatlah terapi kognitif ini dilakukan untuk mengatasi depresi pada lansia dengan harga diri rendah karena dengan terapi kognitif dapat mengubah pikiran-pikiran negatif yang dimunculkan lansia depresi dengan harga diri rendah menjadi pikiran-pikiran yang lebih realistis, positif dan rasional.

Tabel 5.6. Analisis Kesetaraan Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sebelum perlakuan

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	p
Kondisi Depresi (Pre Test)	1. Intervensi	28	6,75	0,916
	2. Kontrol	28	6,96	

Perubahan kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah setelah mendapatkan Terapi Kognitif

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya penurunan yang bermakna nilai kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif (kelompok intervensi dan kelompok kontrol) yaitu rata-rata kondisinya pada kelompok intervensi (sebelumnya 6,75 menjadi 3,36) dan kelompok kontrol (sebelumnya 6,96 dan sesudahnya 4,75). Terdapat penurunan 3,39 dan 2,21.

Hasil penelitian ini mendukung beberapa penelitian sebelumnya seperti penelitian yang dilakukan oleh Tjahyanti (2008) yang meneliti klien depresi dengan harga diri rendah yang mengalami gagal ginjal kronik, dimana penelitian tersebut juga menyatakan terapi kognitif memberikan hasil yang signifikan dalam

penurunan kondisi depresi klien. Sehingga disimpulkan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang tepat untuk mengatasi klien depresi dengan harga diri rendah.

Terapi kognitif bukanlah terapi baru dan terapi ini berdasar pada satu prinsip bahwa pikiran-pikiran mempengaruhi *mood*. Melalui terapi ini individu diajarkan/ dilatih untuk mengontrol distorsi pikiran/gagasan/ide dengan benar-benar mempertimbangkan faktor dalam berkembangnya dan menetapnya gangguan *mood*. (Townsend, 2005).

Terapi kognitif bertujuan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal (Copel, 2007). Hal ini dilakukan dengan membantu pasien untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan kondisi yang nyata pada pasien.

Tabel 5.7. Analisis Perubahan Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sebelum dan Sesudah perlakuan pada kelompok Intervensi dan kontrol

Kelompok	Variabel	N	Mean	p
Intervensi	Kondisi Depresi			0,000
	a. Sebelum	28	6,75	
	b. Sesudah	28	3,36	
Selisih			3,39	
Kontrol	Kondisi Depresi			0,000
	a. Sebelum	28	6,96	
	b. Sesudah	28	4,75	
Selisih			2,21	

Teori tersebut terbukti dengan adanya beberapa perubahan pikiran negatif dari lansia depresi dengan harga diri rendah menjadi lebih kearah positif. Pengalaman peneliti pikiran-pikiran negatif terhadap lansia dipanti seperti merasa tidak berdaya, merasa tidak berharga, merasa tidak ada harapan lagi, merasa takut dan lain-lain dapat tergantikan dengan pikiran-pikiran positif seperti masih punya kemampuan (menyapu, memasak, mencuci, dll.), tidak perlu takut karena ada teman dan pengasuh, masih diperhatikan (ada yang berkunjung, diajak kegiatan dipanti).

Kondisi tersebut dibuktikan dengan adanya penurunan nilai depresi pada kelompok kontrol secara bermakna, yang berarti kondisi depresi pada lansia depresi dengan harga diri rendah pada kelompok kontrol menurun setelah diberikan terapi kognitif.

Pengaruh Senam Latih Otak terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan harga diri rendah

Perubahan kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah setelah mendapatkan Terapi Kognitif dan Senam Latih Otak

Hasil penelitian adanya penurunan lebih tinggi kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah yang mendapatkan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dibandingkan dengan yang hanya mendapat terapi kognitif saja (kelompok kontrol) yaitu selisih 1,18.

Hasil penelitian ini menunjukkan dan mendukung beberapa pernyataan serta penelitian yang menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih baik jika dikombinasikan. Terapi lain yang dapat menurunkan kondisi depresi menurut Dennilson (2009) adalah senam latih otak dan dari penelitian ini membuktikan bahwa terapi kognitif dapat juga dikombinasikan dengan senam latih otak yang ditunjukkan dengan adanya hasil yaitu penurunan yang lebih signifikan kondisi lansia depresi dengan harga diri rendah dibanding dengan kondisi lansia depresi yang hanya mendapat terapi kognitif saja.

Senam latih otak menurut Dennilson (2009) memberikan manfaat, yaitu stress emosional berkurang, pikiran lebih jernih, hubungan antar manusia dan suasana belajar/kerja lebih rileks dan senang, kemampuan berbahasa dan daya ingat meningkat, orang menjadi lebih bersemangat, lebih kreatif dan efisien, orang merasa lebih sehat karena stress berkurang, prestasi belajar dan bekerja meningkat. Prinsip senam latih otak adalah mengaktifkan 3 (tiga) dimensi otak.

Dimensi pemusatan dapat meningkatkan aliran darah keotak, meningkatkan penerimaan oksigen sehingga dapat membersihkan otak (menghilangkan pikiran-pikiran negatif, iri, dengki dan lain-lain). Dimensi lateralis akan menstimulasi koordinasi kedua belahan

otak yaitu otak kiri dan kanan (memperbaiki pernafasan, stamina, melepaskan ketegangan, mengurangi kelelahan dan lain-lain). Dimensi pemfokusan untuk membantu melepaskan hambatan fokus dari otak (memperbaiki kurang perhatian, kurang konsentrasi dan lain-lain).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa senam latih otak secara signifikan bermanfaat dalam menurunkan kondisi depresi dengan harga diri rendah lansia dan sangat tepat dikombinasikan dengan terapi kognitif dibuktikan dengan hasil yang bermakna kondisi depresi lansia dengan harga diri rendah setelah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi).

Pengalaman peneliti, lansia yang mengalami depresi dipanti sering ditandai dengan perilaku murung, tidak bersemangat, kurang konsentrasi, menyendiri, jarang berinteraksi, malas melakukan pemenuhan aktivitas sehari-hari.

Otak yang tidak dipergunakan secara maksimal sehingga memicu penurunan fungsi kognitif dan setelah dilakukan terapi senam latih otak terlihat adanya perubahan yaitu pikiran lansia lebih kearah positif (“saya senang mas disini banyak temannya walau jauh dari keluarga”), perilaku lebih bersemangat (“saya tidak capek, tambah relaks badan dan pikiran saya”), peningkatan konsentrasi (“lebih segar ya setelah senam, setelah ini saya mau ambil makan, terus bersihin kamar”), dan lansia termotivasi kembali untuk aktif dalam pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikososialnya.

Faktor yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi Lansia dengan Harga Diri Rendah

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan penurunan atau perbaikan kondisi depresi lansia dengan karakteristik lansia.

Tabel 5.8. Analisis Kondisi Depresi Lansia dengan HDR Sesudah dilakukan terapi kognitif dan senam latih otak (kelompok intervensi) dan terapi kognitif (kelompok kontrol)

Karakteristik	Kelompok	n	Mean	SD
Kondisi Depresi	1. Intervensi	28	3,36	1,129
	2. Kontrol	28	4,75	1,295

Kesimpulan

Uraian dalam pembahasan, memberi kesimpulan bahwa terapi kognitif disertai senam latih otak memiliki pengaruh yang cukup bermakna dalam perubahan tingkat atau kondisi depresi klien lansia jika dibandingkan klien yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja yaitu selisih 1,18 point.

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan keperawatan jiwa sehingga diharapkan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dapat menetapkan kebijakan bahwa terapi kognitif dan senam latih otak dapat menjadi bagian program kesehatan lansia dan keswamas di puskesmas. Senam latih otak juga menjadi bagian program dipanti khususnya lansia yang depresi dan keterbatasan fisik. Hasil penelitian ini juga bermanfaat dalam perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya kemampuan intervensi spesialis dan digunakan sebagai acuan penelitian di area lain dan acuan modifikasi terapi yang berbeda (DN, AY, TN).

Referensi

- Boengsoe. (2007). *Lansia rentan alami depresi*. Diperoleh dari <http://www.litbang.depkes.go.id/aktual/>.
- Copel, L. C. (2007). *Kesehatan jiwa & psikiatri, pedoman klinis perawat (Psychiatric and mental health care: Nurse's clinical guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan Kedua). (Alihbahasa: Akemat). Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Dennilson. (2009). *Brain gym (Senam otak)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan X). (Alih bahasa: Ruslan dan Rahayu. M). Jakarta: Grasindo.
- Isaacs, A. (2001). *Panduan Belajar: Keperawatan kesehatan jiwa & psikiatrik (Mental health and psychiatric nursing)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan I). (Alih bahasa: Rahayuningsih, D.P.). Jakarta: EGC.
- Kaplan, H. I., Sadock, B.J., & Grebb, J. A. (2004). *Sinopsis psikiatri* (Edisi ketujuh). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kompas (2008). *Waspada depresi pada lansia*. Diperoleh pada <http://teknokompas.com/>.
- NANDA. (2005). *Nursing Diagnoses: Definitions & classification*. Philadelphia: AR.
- Reborn. (2007). *Depresi: Diagnosis pasien rawat jalan ketujuh tertinggi*. Diperoleh pada <http://www.forumsains.com/>.
- Stuart, G.W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing (7th Ed.)*. St. Louis: Mosby Year B.
- Tjahyanti. (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Perubahan Harga Diri Dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Haemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta* (Tesis, tidak dipublikasikan). Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Townsend, M.C (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed). Philadelphia: F.A.Davis Company.
- WHO. (2010). *Depression*. Diperoleh pada http://www.who.int/mental_health/.

Semua orang tidak perlu menjadi malu karena pernah berbuat kesalahan,
selama ia menjadi lebih bijaksana daripada sebelumnya.

- Alexander Pope -

Kebanggaan kita yang terbesar adalah bukan tidak pernah gagal,
tetapi bangkit kembali setiap kali kita jatuh.

- Confusius -

PENURUNAN TINGKAT NYERI ANAK PRASEKOLAH YANG MENJALANI PENUSUKAN INTRAVENA UNTUK PEMASANGAN INFUS MELALUI TERAPI MUSIK

Nyimas Heny Purwati^{1,2*}, Yeni Rustina³, Luknis Sabri⁴

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jakarta, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok 16424, Infonesia

*Email: nyimas_hp@yahoo.com

Abstrak

Tindakan pemasangan infus dapat menimbulkan nyeri pada anak usia prasekolah. Salah satu cara untuk meminimalkannya adalah dengan terapi musik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi musik terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang menjalani penusukan intravena untuk pemasangan infus/ pemasangan infuse. Penelitian ini menggunakan studi *quasi eksperimen* dengan rancangan *Nonequivalent control group, after only design* ini dilakukan terhadap 64 anak prasekolah. Hasil penelitian, menggunakan analisa univariat dan bivariat: pooled test, menunjukkan bahwa terapi musik bisa menurunkan tingkat nyeri anak usia prasekolah. Terapi musik diberikan lima menit sebelum pemasangan infus sampai lima menit sesudah pemasangan infus. Terdapat perbedaan tingkat nyeri yang signifikan antara anak usia prasekolah yang diberikan terapi musik dengan anak usia prasekolah yang tidak diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus ($p= 0,00$, $\alpha= 0,05$).

Kata kunci: Anak usia prasekolah, tingkat nyeri, terapi musik

Abstract

Music is an effective distraction technique. It has the best influence in a short time. Music reduces the physiological pain, stress and anxiety by distracting someone's attention from the pain. The objective of this research is to understand recognize the influence of music therapy concerning the level of pain to of pre-school children experiencing venipuncture for the application of infusion therapy, this quasi experiment with Nonequivalent control group, after only design was conducted toward 62 pre-school children that having infusion attachment procedure. The result, using univariate and, bivariate data analysis with pooled test, discovered that there was a significant effect of music therapy in decreasing the level of pain of of pre-school children experiencing venipuncture. Research was using quasi experiment with Nonequivalent control group, after only design. Music therapy was given at 5 minutes before the infusion attachment process was started until 5 minutes after the process was done. There was a significant difference of pain level between pre-school children that was having music therapy than they who was not having music therapy during the infusion attachment process ($p= 0,00$, $\alpha= 0,05$).

Key word: Music therapy, level of pain, pre school children

Pendahuluan

Sakit dan dirawat di rumah sakit pada anak dapat menimbulkan stress yang disebabkan oleh karena anak tidak memahami mengapa harus dirawat, lingkungan yang asing, prosedur tindakan yang menyakitkan, serta terpisah dengan keluarga (Hockenberry & Wilson, 2007). Anak mengalami masa yang sulit karena tidak dapat terpenuhinya kebutuhan anak seperti halnya di rumah. Hal ini dapat berdampak negatif bagi perkembangan anak, misalnya anak menjadi menarik diri, atau regresi. Anak juga sering kali merasa takut apabila menghadapi sesuatu yang dapat mengancam integritas diri dan tubuhnya.

Reaksi terhadap nyeri pada anak usia prasekolah cenderung sama dengan yang terlihat pada masa *toddler*, meskipun beberapa perbedaan menjadi terlihat jelas. Misalnya, respon anak usia prasekolah terhadap intervensi persiapan dalam hal penjelasan dan distraksi lebih baik bila dibandingkan dengan respon anak yang lebih kecil. Agresi fisik dan verbal lebih spesifik dan mengarah pada tujuan. Anak usia prasekolah dapat menunjukkan letak nyeri yang dirasakannya dan dapat menggunakan skala nyeri dengan tepat (Hockenberry & Wilson, 2007).

Salah satu metode untuk menanggulangi nyeri adalah manajemen nyeri dengan cara nonfarmakologi yang dapat dilakukan dengan metode distraksi.

Metode distraksi menggunakan musik berupa radio *tape*, *tape recorder* atau *record player*. Teknik distraksi yang efektif dan yang dapat memberi pengaruh paling baik dalam jangka waktu yang singkat yaitu musik, dapat menurunkan nyeri fisiologis, stress. Selain itu, hal ini juga dapat menurunkan kecemasan dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri.

Sejumlah penelitian tentang efek musik pada rasa sakit selama proses tindakan medis telah banyak dilakukan. Beberapa dari penelitian ini menemukan hasil statistik yang signifikan bahwa musik mengurangi rasa sakit, dan/ atau trauma. Namun, di Indonesia penggunaan terapi musik untuk menurunkan tingkat nyeri pada anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus belum dilakukan.

Pertimbangan tersebut menerangkan bahwa peneliti ingin meneliti tentang pengaruh terapi musik terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang menjalani penusukan intravena untuk pemasangan infus di sebuah Rumah Sakit di Jakarta. Penelitian ini bertujuan agar diketahuinya pengaruh terapi musik terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang menjalani penusukan intravena untuk pemasangan infus di sebuah Rumah Sakit di Jakarta.

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tingkat nyeri anak usia prasekolah yang menjalani penusukan intravena dan tidak diberikan terapi musik dengan yang diberikan terapi musik di sebuah Rumah Sakit di Jakarta. Selain itu, diharapkan teridentifikasi pengaruh karakteristik terhadap tingkat nyeri pada anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus di sebuah Rumah Sakit di Jakarta.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan *quasi-experimental design* dengan *nonequivalent control group, after only design*. Pada penelitian ini subjek dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi musik dan kelompok kontrol (tanpa intervensi musik).

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara *purposif sampling*. Sampel pada penelitian ini diambil pada ruangan yang

berbeda antara intervensi dan kontrol. Penelitian dilakukan selama 8 minggu dimulai pada minggu ketiga April hingga minggu kedua Juni 2010. Dengan populasi penelitian ini adalah seluruh anak usia pra sekolah yang dirawat di ruang anak kelas I, II dan III (infeksi, non infeksi, dan bedah anak) di sebuah Rumah Sakit di Jakarta.

Sampel pada penelitian ini adalah anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus dan memenuhi kriteria inklusi yaitu anak usia prasekolah (3–6 tahun), akan dilakukan pemasangan infus, anak mampu berkomunikasi secara verbal dan non verbal, ibu/ keluarga bersedia apabila anak menjadi responden penelitian, ibu/ keluarga mampu membaca, menulis, dan berkomunikasi secara verbal dan non verbal. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah kondisi anak sangat lemah dan mengalami gangguan kesadaran,

Terapi musik diberikan lima menit sebelum tindakan pemasangan infus sampai 5 menit sesudah tindakan pemasangan infus pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan terapi musik. Penilaian tingkat nyeri menggunakan *Wong Baker Faces Pain Scale*.

Data pada penelitian ini dikumpulkan menggunakan lembar observasi. Data dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat, analisis univariat dilakukan pada variabel karakteristik responden (jenis kelamin, kehadiran orangtua/ keluarga, ketakutan, serta pengalaman mendapatkan terapi infus sebelumnya), analisis bivariat yang digunakan adalah analisis *pooled t-test*.

Hasil

Penelitian ini membuktikan dan menjawab pertanyaan penelitian yang diajukan bahwa apakah ada pengaruh terapi musik terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus.

Proporsi pada kelompok intervensi yang mengalami nyeri tertinggi 28,1% (n= 9), yaitu pada tingkat nyeri agak dirasakan oleh anak. Proporsi pada kelompok kontrol yang tertinggi 50 % (n= 16), yaitu pada tingkat nyeri sekali dan anak menjadi menangis (lihat tabel 1).

Tabel 1. Rata-rata Skor Nyeri Anak Usia Prasekolah yang Dilakukan Pemasangan Infus Terhadap Terapi Musik

Tingkat Nyeri	Kelompok Intervensi (n=32)		Kelompok Kontrol (n=32)	
	n	%	n	%
Nyeri tidak dirasakan oleh anak	0	0	0	0
Nyeri dirasakan sedikit saja	5	15,6	0	0
Nyeri agak dirasakan oleh anak	9	28,1	0	0
Nyeri yang dirasakan anak lebih banyak	8	25,0	6	18,8
Nyeri yang dirasakan anak secara keseluruhan	6	18,8	10	31,3
Nyeri sekali dan anak menjadi menangis	4	12,5	16	50

Tingkat nyeri dalam *Wong Baker Faces Pain Scale* adalah nyeri tidak dirasakan oleh anak, nyeri dirasakan sedikit saja, nyeri agak dirasakan oleh anak, nyeri yang dirasakan anak lebih banyak, nyeri yang dirasakan anak secara keseluruhan, serta nyeri sekali dan anak menjadi menangis. Ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat nyeri antara anak usia prasekolah yang diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus dengan anak usia prasekolah yang tidak diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus (lihat tabel 2).

Ada perbedaan tingkat nyeri yang signifikan antara anak usia prasekolah yang diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus dengan anak usia prasekolah yang tidak diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus ($p= 0,00$, $\alpha= 0,05$). Disamping itu, anak usia prasekolah yang diberi terapi musik saat dilakukan pemasangan infus mempunyai peluang 9,53 kali untuk mengalami nyeri ringan dibandingkan anak yang tidak diberi terapi musik. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $OR= 9,533$ (lihat tabel 3).

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, didapatkan hasil analisis bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus ($p= 0,551$, $\alpha= 0,05$). Distribusi responden berdasarkan kehadiran orang tua/ keluarga menunjukkan bahwa ada pengaruh yang

signifikan antara kehadiran orang tua/ keluarga dengan tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus ($p= 0,01$, $\alpha= 0,05$). Anak yang orangtua/ keluarganya hadir saat dilakukan pemasangan infus mempunyai peluang 5,95 kali mengalami nyeri ringan dibanding anak yang orang tua/ keluarganya tidak hadir saat dilakukan pemasangan infus. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $OR= 5,952$.

Distribusi responden berdasarkan ketakutan anak mengungkapkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara rasa takut dengan tingkat nyeri pada anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infuse ($p= 0,008$, $\alpha= 0,05$).

Dari hasil analisis yang diperoleh menunjukkan bahwa anak yang tidak takut saat dilakukan pemasangan infus mempunyai peluang 7,118 kali mengalami nyeri ringan dibanding anak yang takut saat dilakukan pemasangan infus ($OR= 7,118$). Pengalaman mendapatkan terapi infus sebelumnya tidak mempunyai pengaruh terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus ($p= 0,564$, $\alpha= 0,05$).

Tabel 2. Rata-Rata Skor Nyeri Anak Usia Prasekolah yang Dilakukan Pemasangan Infus Terhadap Terapi Musik

Kelompok	Mean	SD	SE	P	n
Intervensi	2,84	1,27	0,22	0,00	32
Kontrol	4,31	0,78	0,13		32

Pembahasan

Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat pengaruh jenis kelamin terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus. Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat Gill (1990 dalam Perry & Potter, 2005) yaitu pengaruh jenis kelamin terhadap nyeri belum dapat dijawab secara pasti. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri.

Hasil penelitian ini berlawanan dengan yang dikemukakan oleh Berkley (1997) dalam jurnal yang berjudul *sex difference in pain*, yang menyatakan bahwa wanita memiliki ambang nyeri yang rendah.

Selain itu, kemampuan untuk mendiskripsikan nyeri lebih tinggi, nilai skala nyeri lebih tinggi dengan kurang toleransi terhadap rangsangan nyeri yang berat dibandingkan dengan pria.

Kehadiran keluarga

Responden dalam penelitian ini sebagian besar memiliki dukungan keluarga yang baik, hal ini terbukti dengan adanya kehadiran keluarga baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi yang masing-masing berjumlah 90,6%. Dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara kehadiran keluarga dengan tingkat nyeri anak usia prsekolah yang dilakukan pemasangan infus ($p=0,01$, $\alpha=0,05$, $OR=5,952$).

Kehadiran keluarga/ orangtua pada pelaksanaan prosedur tindakan pemasangan infus tidak hanya berdampak memberikan kenyamanan sehingga anak merasa lebih tenang dan nyeri berkurang; tetapi juga anak mau bekerja sama dalam prosedur tindakan. Anak juga merasa lebih nyaman dalam mengekspresikan stressnya ketika didampingi oleh keluarganya/ orangtuanya. Hal ini didukung oleh penelitian Wolfram & Turner (1996) yang menyatakan bahwa stress pada anak menurun dengan kehadiran orang tua pada saat anak mendapat prosedur pemasangan infus.

Ketakutan

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara rasa takut dengan tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infuse ($p=0,008$, $OR=7,118$, $\alpha<0,05$). Ketakutan pada anak usia prasekolah terhadap prosedur tindakan juga disebabkan anak usia prasekolah berada pada tahap imajinasi. Cara berfikir magis menyebabkan anak usia prasekolah memandang penyakit sebagai suatu hukuman. Hospitalisasi membuat anak masuk

dalam lingkungan yang asing, dimana anak biasanya dipaksa untuk menerima prosedur yang menakutkan, nyeri tubuh dan ketidak nyamanan (Muscari, 2001).

Benini, et al. (2004) mengungkapkan bahwa anak yang mengalami ketakutan akan mengalami peningkatan skala nyeri, mendemonstrasikan emosi yang negatif, mengalami keterbatasan bicara, dan mengungkapkan ekspresi dalam reaksi terhadap stimulus nyeri.

Pengalaman pemasangan infus sebelumnya

Pengalaman sebelumnya dapat memberikan gambaran pada anak terhadap sesuatu yang akan dialaminya sehingga akan mempengaruhi respon anak. Berdasarkan hasil uji statistik yang diperoleh, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pengalaman diinfus sebelumnya dengan tingkat nyeri anak usia prsekolah yang dilakukan pemasangan infuse ($p=0,564$, $\alpha=0,05$).

Terapi Musik

Hasil uji statistik yang diperoleh menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada rata-rata tingkat nyeri antara anak usia prasekolah yang diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus dengan anak usia prasekolah yang tidak diberikan terapi musik saat dilakukan pemasangan infus ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Temuan penelitian ini didukung oleh penelitian Shocker (2007) mengenai "Pengaruh terapi musik terhadap intensitas nyeri akibat perawatan luka bedah abdomen". Hasil penelitian tersebut menunjukkan sebanyak lima orang (56%) responden kelompok kontrol mengalami nyeri pada intensitas sedang, dan terdapat satu orang (11%) yang mengalami nyeri pada intensitas berat, sedangkan pada kelompok perlakuan didapatkan enam orang (67%) mengalami nyeri pada intensitas ringan dan tidak ada yang mengalami nyeri pada intensitas berat.

Tabel 3. Distribusi Responden Menurut Tingkat Nyeri Anak Usia Prasekolah yang Dilakukan Pemasangan Infus

Kelompok	Tingkat Nyeri				Jumlah		OR (95% CI)	P
	Nyeri Ringan		Nyeri Berat					
	n	%	N	%	n	%		
Intervensi	22	68,8	10	31,3	32	100	9,533	0,00
Kontrol	6	18,8	26	81,2	32	100	2,9-30,4	
Jumlah	28	43,8	36	56,2	64	100		

Pernyataan tersebut juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Whitehead-Pleaux, et al. (2007), yang menyatakan bahwa musik efektif dalam mengurangi kecemasan dan rasa sakit selama prosedur medis.

Peneliti mengatakan bahwa musik merupakan salah satu cara yang efektif untuk membantu anak-anak dalam menghadapi prosedur tindakan atau prosedur medis. Hasil penelitian Klassen, et al. (2008) juga menunjukkan bahwa musik efektif dalam mengurangi kecemasan dan rasa sakit selama prosedur pada anak dan balita. Kondisi tersebut sejalan dengan beberapa literatur dan penelitian terkait yang membahas tentang terapi musik. Terapi musik adalah proses interpersonal yang digunakan untuk mempengaruhi keadaan fisik, emosional, mental, estetik dan spiritual, untuk membantu klien meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya (Ariestia, 2010). Puspita dalam Ariestia (2010) juga menyebutkan bahwa terapi musik merupakan aktivitas musik sebagai sarana untuk mengatasi kekurangan dalam beberapa aspek. Aspek tersebut antara lain yaitu aspek fisik, emosi, kognitif, dan sosial pada anak-anak, serta orang dewasa yang mengalami gangguan atau penyakit tertentu. Sedangkan, Potter dan Perry (2005) mendefinisikan terapi musik sebagai teknik yang digunakan untuk penyembuhan suatu penyakit dengan menggunakan bunyi atau irama tertentu.

Kesimpulan

Terapi musik mempunyai pengaruh terhadap tingkat nyeri anak usia prasekolah yang dilakukan pemasangan infus. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil uji statistik yang didapatkan, yang menunjukkan bahwa anak yang diberi terapi musik 9,5 kali akan mengalami nyeri ringan dibanding anak yang tidak diberi terapi musik ($p=0,00$ dan $OR=9,5$, $\alpha=0,05$). Penerapan dan pengembangan intervensi keperawatan terapi musik hendaknya dilakukan dan disosialisasikan secara luas kepada berbagai bidang pelayanan kesehatan dan masyarakat. Selain itu juga menjadikan terapi musik sebagai salah satu intervensi keperawatan. Hal ini dapat menjadi sebagai tindakan *atraumatic care* yang dapat dilaksanakan di berbagai tingkat layanan keperawatan. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan dengan menggunakan pengambilan sampel lebih banyak dengan sistem

random sampling dan dengan waktu yang lebih lama, serta menggunakan tindakan invasif lainnya dengan alat ukur yang lain sesuai tingkat usia anak (WK, NN, TN).

Referensi

- Ariestia, D. B. (2010). *Psikologi musik: Terapi kesehatan*. Jakarta: Golden Terayon Press.
- Benini, F., Trapanotto, M., Gobber, D. Agosto, C., Carli G, Drigo, et al. (2004). Evaluating pain induced by venipuncture in pediatric patients with developmental delay, *The Clinical Journal of Pain*, 20 (3), 156-163.
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain, *Behavioral and Brain Sciences*, September, 20 (3), 371-380.
- Fowler-Kerry, S., & Lander, J. (1991). Assessment of sex differences in children's and adolescents' self-reported pain from venipuncture, *Journal of Pediatric Psychologic*, Desember, 16 (6), 783-793.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Klassen, J. A., Liang, Y., Tjosvold, L., Klassen, T. P., & Hartling, L. (2008). Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: A systematic review of randomized controlled trials. *Ambulatory pediatrics, Academic Research Library*, Maret – April, 8 (2), 117-128.
- Muscari, M. E. (2001). *Advanced pediatric clinical assessment skill and procedures*. Philadelphia: Lippincot.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*. (6th Ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Shocker, M. (2007). *Pengaruh terapi musik terhadap intensitas nyeri akibat perawatan luka bedah abdomen* (Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang). Diakses dari <http://www.scribd.com/doc/60926714/14961398>.
- Wolfram, R. W., & Turner, E. D. (1996). Effects of parental presence during children's venipuncture, *Academic Emergency Medicine*, 3 (1), 58-64.
- Whitehead-Pleaux, A. M., Zebrowski, N., Baryza, M. J., & Sheridan, R. L. (2007). Exploring the effects of music therapy on pediatric pain: phase 1, *Journal of music therapy*. American music therapy association.

PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT PEKERJA SEKS KOMERSIAL SETELAH MENGIKUTI KONSELING DAN TES HIV/AIDS

Nila Titis Asrining Tyas¹, Fitria Handayani^{1*}

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Jl. Prof. H. Soedarto SH Tembalang, Semarang 50275, Indonesia

*Email: fitriaaha@yahoo.co.id

Abstrak

Konseling dan tes HIV/AIDS sukarela merupakan suatu pembinaan dua arah atau dialog yang berlangsung tak terputus antara konselor dan kliennya dengan tujuan untuk mencegah penularan HIV, memberi dukungan moral, informasi, serta dukungan lainnya kepada ODHA, keluarga, dan lingkungannya. Penelitian ini melibatkan 7 Pekerja Seks Komersial (PSK) sebagai partisipan. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam yang dianalisis dengan *content analysis*. Hasilnya para PSK memaknai proses Konseling dan tes HIV/AIDS sukarela yang telah mereka jalani dengan tetap mempertahankan perilaku hidup bersih sehat mereka sehari-hari dan tetap mencari pelayanan kesehatan serta menjadi pendidik sebaya di lokalisasi. Pemerintah dan LSM terkait hendaknya turut memfasilitasi para PSK untuk mempertahankan perilaku hidup bersih sehat mereka setelah melakukan konseling dan tes berkelanjutan.

Kata kunci: konseling dan tes HIV/AIDS, perilaku hidup bersih sehat, Pekerja Seks Komersial

Abstract

Voluntary Counseling and Testing HIV/AIDS (VCT) is a two-way counseling or continuous dialogue between counselor and client to prevent HIV transmission, give moral support, information and other supports for people with HIV/AIDS, his family and the environment. The total participants in this research were 7 CSWs. The researcher used in-depth interview to collect the data, which were analyzed by content analysis method. The research showed that the meaning of VCT for CSWs themselves could kept their daily healthy behavior and healthy seeking and also became peer educators after following the VCT process. The government and the voluntary organizations which are concerned with CSWs and HIV/AIDS should facilitate the CSW's efforts to keep their health oriented after doing VCT with continuous screening.

Keywords: Commercial Sex Workers (CSW), daily healthy behavior, VCT

Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan pandemi yang terjadi hampir di seluruh negara. Peningkatan jumlah orang dengan HIV/AIDS dari 36,6 juta orang pada tahun 2002 menjadi 39,4 juta orang pada tahun 2004.

Pada tahun 2005 jumlah penduduk dunia yang terinfeksi HIV adalah 40,3 juta. Kasus baru yang ditemukan di seluruh dunia adalah 4,9 juta dan angka kematian karena AIDS sebanyak 3,1 juta (UNAIDS, 2008).

VCT merupakan singkatan dari *Voluntary Counseling and Testing HIV/AIDS*, artinya adalah melakukan konseling dan tes HIV/AIDS secara sukarela. Konseling adalah bimbingan dari konselor terhadap klien agar dapat memahami permasalahan perilakunya, mengambil keputusan terbaik yang

didasarkan dari informasi sepadan dan objektif, kemudian menghilangkan perasaan khawatir berlebihan untuk melakukan tes dan mengetahui hasil tesnya (Sandy, 2008).

Seseorang yang mau dengan sukarela datang ke klinik dan melakukan konseling dan tes HIV/AIDS sukarela (VCT) akan mendapat manfaat yang luar biasa. Bila hasil tes HIV pada orang tersebut negatif, maka ia akan merasa sangat bahagia dan bersyukur, sehingga ia akan lebih termotivasi untuk mengubah perilaku menjadi lebih sehat.

Penelitian pada beberapa negara menunjukkan bahwa klien dengan diagnosis negatif HIV/AIDS akan menjadi orang yang berperilaku seksual secara sehat dan menghentikan injeksi narkoba. Walaupun ada yang masih adiksi, maka ia sudah mengetahui cara menghindarkan diri dari risiko terinfeksi melalui jarumnya sendiri dan cara sterilisasinya (Sandy, 2008).

Seseorang yang hasil tes HIV-nya positif, umumnya pada awalnya ia akan merasa sedih. Akan tetapi, selanjutnya dengan bimbingan konselor, ia akan menyadari dan memulai hidup dengan cara yang lebih sehat. Dengan bimbingan pula, ia akan membuat hidup lebih nyaman dan dapat melakukan reorientasi hidup. Selain itu, ia akan melakukan hubungan yang aman atau bahkan tidak melakukan hubungan seksual sama sekali, sehingga ia sudah mencegah penularan HIV pada orang lain (Sandy, 2008).

Keragaman pemaknaan akan pengalaman memutuskan dan menjalani konseling dan tes HIV/AIDS sukarela (VCT) ini mendorong peneliti mengkaji lebih dalam tentang pengalaman para PSK dalam memutuskan dan menjalani VCT. Gambaran atau deskripsi yang jelas mengenai pengalaman para PSK saat memutuskan dan menjalani VCT dilakukan dengan teknik wawancara mendalam kepada para PSK yang telah melakukan VCT.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran dan makna pengalaman PSK di Lokalisasi dalam memutuskan dan menjalani konseling dan tes HIV/AIDS sukarela (VCT). Manfaat penelitian ini bagi masyarakat adalah meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kehidupan para PSK dan ODHA sehingga stigma negatif masyarakat terhadap keberadaan mereka berkurang bahkan hilang. Bagi profesi keperawatan adalah meningkatkan peran perawat dalam komunitas khususnya sebagai konselor untuk mengoptimalkan fungsi konseling dan tes HIV/AIDS sukarela (VCT) bagi para PSK.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis dengan mempelajari situasi dalam kehidupan sehari-hari dari sudut pandang orang yang mengalaminya. Jumlah partisipan dalam penelitian ini adalah 7 orang yang tinggal di lokalisasi dengan kriteria inklusi pernah melakukan konseling dan pemeriksaan HIV/AIDS sukarela (VCT) dan bersedia diteliti dengan menandatangani surat persetujuan.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *content analysis*. Ada empat langkah proses kognitif dengan pendekatan integral dalam penelitian

kualitatif, yaitu *comprehending, synthesizing, theorizing, dan recontextualizing* (Moleong, 2002).

Penelitian ini menganalisis data secara manual melalui empat langkah, yaitu pemrosesan satuan (*unitizing*), kategorisasi, penafsiran/pemaknaan data, dan perumusan teori. Ada empat kriteria yang digunakan untuk menetapkan keabsahan data yaitu kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*). Peneliti juga berperan sebagai instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif, sehingga subyektivitas dari peneliti perlu dihindari.

Hasil

Karakteristik Partisipan

Karakteristik ketujuh partisipan dalam penelitian ini adalah seluruh partisipan termasuk dalam kelompok usia produktif yaitu 19-46 tahun, berpendidikan antara SLTP hingga SMA, telah bekerja sebagai PSK antara 1-5 tahun dan lima di antaranya berperan sebagai *peer educator* dalam lokalisasi.

Hasil analisis terhadap tema-tema yang tersusun atas kategori data yang ditemukan dalam proses wawancara mendalam dalam penelitian ini meliputi:

PSK mempertahankan perilaku mencari pelayanan kesehatan dan meningkatkan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) setelah melakukan VCT

Dalam wawancara mendalam PSK mengungkapkan bahwa setelah mereka melakukan VCT, mereka tetap mempertahankan perilaku mencari pelayanan kesehatan yang ada untuk mengetahui kondisi kesehatan mereka. Mereka juga mengalami peningkatan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) sehari-hari untuk mempertahankan kesehatan mereka. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“Saya 3 hari sekali cebok dengan air daun sirih itu tho, itu kan bisa membersihkan area kewanitaan. Lalu ganti celana dalam 2 kali sehari, pagi dan sore. Pokoknya ya semua yang dianjurkan dokter itu ya Saya lakukan. Kalo Kita screening itu kan selalu ada dokternya, ya dikasih tau di daerah kewanitaan tu ada lukanya atau lecet kan biar Kita tau” (P-5).

PSK menjadi Peer Educator (PE) tentang IMS dan HIV/AIDS bagi teman-teman seprofesinya setelah melakukan VCT

Beberapa PSK yang telah melakukan VCT berperan sebagai *Peer Educator* (PE) mengenai IMS dan HIV/AIDS bagi teman-teman seprofesinya. PSK yang menjadi PE mendapatkan motivasi dari PKBI dan teman-teman seprofesinya. Hal ini senada dengan pernyataan partisipan berikut:

“...menjadi *peer educator* itu dorongannya... Pertama dari LSM juga, kedua dari *temen ketigane* memang waktu itu *kan temen* aku yang di sini pergi, *udah nggak* di sini, terus menggantikan, *dulune* yang jadi *peer educator* dia itu” (P-2).

Keberhasilan PSK sebagai pendidik mengenai IMS dan HIV/AIDS bagi pelanggan

Salah seorang PSK yang menjadi partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa ia pernah mengajak beberapa pelanggannya untuk melakukan VCT.

Tindakan mengajak pelanggannya melakukan VCT ini merupakan salah satu manfaat VCT yang dijalani oleh PSK bagi pelanggan dengan menjadi pendidik mengenai IMS dan HIV/AIDS bagi pelanggan. Hal ini sesuai dengan pernyataan salah satu partisipan sebagai berikut:

“Aku sudah pernah bawa tamu-tamu Saya untuk VCT kok, Mbak. Jumlahnya ada 12...”

“Ya, Saya bilang: ya melindungi Anda ya melindungi Saya, walaupun Anda jajan ke sini tapi kita harus selalu jaga kesehatan gitu lho..” (P-6).

“Untuk mencegah HIV dan AIDS kita harus, kalau Anda mau melindungi Saya, Saya pun juga harus melindungi Anda begitu. Lindungi dia, lindungi Saya...” (P-6).

“Pertamanya Saya hubungi dulu lewat telepon, kan dia bilang VCT itu apa. Terus Saya bilang tes darah itu lho. Terus dia nanya, nanti hasilnya bisa langsung diketahui? Saya bilang bisa, langsung diketahui” (P-6).

“Terus, anda berani ndak? Dia bilang berani. Ya terus Saya menghubungi tim dari PKBI: Mas ini Saya ada tamu yang mau ikut VCT. Lalu ditanya: Iya Mbak berapa orang? Lalu Saya diantar ke rumah sakit bersama dengan tamu-tamu Saya tadi” (P-6).

PSK yang menjadi PE dianggap menggurui oleh teman-teman seprofesinya ketika ingin menyampaikan informasi mengenai IMS dan HIV/AIDS

Dalam menjalani peran sebagai PE, para PSK mengalami beberapa hambatan dalam menyampaikan informasi mengenai IMS dan HIV/AIDS kepada teman-teman seprofesinya karena banyak teman seprofesinya yang menganggap para anggota PE menggurui mereka ketika para anggota PE tersebut menyampaikan informasi mengenai IMS dan HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut:

“...tergantung orangnya. Ya kalau orang itu bisa diajak ngomong lha kalo nggak. Tapi kadang gini Mbak ada yang enak diajak ngobrol-ngobrol tapi ada juga yang bilang kalau Saya sok ngajari, bukan kadang sih Mbak, sering malah ada yang kayak gitu ke Saya. Jadi Saya juga liat situasi dan kondisi kalau mau ngobrol-ngobrol dengan temen-temen Saya. Saya kan juga harus sadar akan diri Saya juga, ntar jarkone iso ngajari ra iso nglakoni kan nggak enake itu juga tho Mbak” (P-7).

“...Saya kan juga anggota PE jadi sedikit banyaknya tu Saya tau berhubung tidak pengalaman mungkin ngomongnya itu susah tapi maksudnya itu tau gitu. Saya ditunjuk dari pusat PKBI. Maksudnya tu Saya mudeng, tau, tapi kalau untuk menyampaikan tu susah maklum kan Mbak Saya kan pendidikannya SD tu ibarat ndak punya... ya pokoknya Saya yang penting bagi Saya tu gini Mbak, Saya sudah tau maksudnya gitu aja udah, nanti kalo Saya menuntut itu kok nantinya takut ada yang bilang: halah gaya sok pengen tau, takutnya kayak gitu Saya malah nggak enak sendiri kalo ada yang kayak gitu. Ya apa adanya Saya lah” (PS-5).

Pembahasan

PSK mempertahankan perilaku mencari pelayanan kesehatan dan meningkatkan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) setelah melakukan VCT

Perilaku mencari pelayanan kesehatan para PSK ditunjukkan dengan tetap rajin mengikuti *screening* IMS setiap bulan di area lokalisasi yang difasilitasi oleh PKBI. Selain itu, memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan lain yang ada, seperti Puskesmas dan dokter. Pemeriksaan tersebut dilakukan ketika mereka merasakan adanya gangguan kesehatan dalam tubuh mereka.

Peningkatan perilaku hidup bersih sehat mereka tampak pada usaha mereka untuk menjaga kebersihan area genitalia mereka dengan rajin mengganti celana dalam setiap hari serta rajin membersihkan area genitalia mereka menggunakan air rebusan daun sirih untuk mengurangi agen infeksius IMS.

Sandy (2008) menyebutkan bahwa ada seorang relawan pendamping ODHA mengungkapkan bahwa seseorang yang mau dengan sukarela datang ke klinik dan melakukan VCT akan mendapat manfaat yang luar biasa. Bila ia kedapatan negatif, orang akan sangat bahagia dan sangat bersyukur sehingga ia akan mudah sekali mengubah perilaku menjadi sehat.

PSK menjadi Peer Educator (PE) IMS dan HIV/AIDS bagi teman-teman seprofesinya setelah melakukan VCT

Dengan mengetahui begitu banyak faktor risiko dalam pekerjaan mereka serta adanya berbagai macam cara yang bisa mereka lakukan untuk mengantisipasinya maka para PSK dapat berbagi informasi kepada teman-teman seprofesi mereka agar mereka tetap terbebas dari penyakit IMS dan HIV/AIDS.

Menurut mereka munculnya pendidik sebaya merupakan tindakan pencegahan yang efektif akan infeksi HIV/AIDS karena informasi mengenai HIV/AIDS dan pencegahannya akan lebih mudah diterima oleh para PSK.

Hal tersebut akan mudah diterima oleh para PSK, jika diberikan oleh teman-teman seprofesi mereka yang memiliki kesamaan permasalahan kehidupan dan memahami kompleksitasnya kehidupan mereka menjadi seorang PSK.

Salah satu manfaat dari *peer educator* adalah dapat menciptakan kerja sama dari populasi target yaitu komunitas PSK sendiri untuk berbagi mengenai pengalaman masa lalu yang mendasari mereka berprofesi sebagai PSK. Selain itu, kehidupan dunia 'atas-bawah' mereka yang mencurigakan dan hasrat untuk lebih mempercayai seseorang yang berbagi pengalaman hidup yang sama serta menghadapi faktor risiko yang sama.

Telah diakui bahwa keberadaan *peer educator* lebih efektif dalam menggali kebutuhan dan persepsi dari para PSK yang merupakan kelompok target daripada pendidik yang berasal dari luar kelompok tersebut. *Peers* atau teman-teman seprofesi dinilai efektif untuk mewakili komunitas para PSK dan membantu menyalurkan keprihatinan komunitas para PSK tersebut (Astana, Sheena, & Oostvogels, 1999).

Keberhasilan PSK sebagai pendidik mengenai IMS dan HIV/AIDS bagi pelanggan

PSK yang telah menjalani VCT dan mendapatkan tambahan informasi dan pengetahuan mengenai HIV/AIDS berperan sebagai *educator* bagi teman-teman seprofesi mereka serta *educator* bagi para tamu atau pelanggan mereka.

Peningkatan kewaspadaan akan HIV/AIDS serta kesadaran bahwa VCT merupakan ujung tombak untuk mengetahui bahwa seseorang telah terinfeksi HIV/AIDS atau belum memberikan dorongan tersendiri bagi PSK untuk turut mempromosikan VCT kepada para tamu dan pelanggan mereka.

PSK menganjurkan para tamu dan pelanggan mereka untuk melakukan VCT guna melindungi kesehatan para tamu dan PSK sendiri dari HIV/AIDS serta meningkatkan pengetahuan para tamu akan bahaya HIV/AIDS dan faktor risiko lainnya yang berkaitan dengan perilaku seks berisiko yang dijalannya.

Penelitian mengenai faktor risiko HIV dan jaringan sosial di antara komunitas PSK di Boston menyatakan bahwa para PSK sangat menghargai akan kehadiran *peer educator* karena banyak sekali manfaat yang para PSK dapatkan akan keberadaan *peer educator*.

Manfaat-manfaat tersebut meliputi adanya alur tukar-menukar informasi mengenai IMS, HIV/AIDS dan cara-cara untuk meminimalisir faktor-faktor risiko yang ada tanpa harus merasa sungkan satu sama lain dan sangat berguna bagi mereka serta adanya teman berbagi yang sama-sama mengerti akan keprihatinan masing-masing karena *peer educator* juga memiliki latar belakang pengalaman dan kehidupan yang sama dengan komunitas para PSK tersebut (Sari, 2009).

PSK yang menjadi PE dianggap menggurui oleh teman-teman seprofesinya ketika ingin menyampaikan informasi mengenai IMS dan HIV/AIDS

Selain mengungkapkan keuntungan akan adanya *peer educator*, para PSK yang menjadi *peer educator* juga mengungkapkan adanya keterbatasan dan hambatan yang mereka temui saat mereka berusaha menjalankan peran mereka sebagai *peer educator*. Para PSK sering mengalami penolakan oleh teman seprofesi mereka saat berusaha membagi informasi mengenai HIV/AIDS dan pencegahannya. Teman para *peer educator* menganggap bahwa *peer educator* terlalu menggurui mereka karena *peer educator* memiliki latar belakang pekerjaan yang sama dengan mereka sehingga timbul ketidakpercayaan terhadap para *peer educator*.

Sebuah penelitian pada tahun 2009 yang berjudul *HIV Risk and Social Networks Among Male-to-Female Transgender Sex Workers in Boston, Massachusetts* yang dilakukan pada beberapa PSK *transgender* menghasilkan kesimpulan bahwa selain informasi mengenai HIV/AIDS para PSK juga menginginkan adanya intervensi lain seperti pelayanan kesehatan mental untuk mereduksi stressor para PSK tersebut. Informasi mengenai HIV/AIDS sudah banyak diberikan oleh para *peer educator*. Namun mereka tidak menemukan cara mereduksi *stressor* lain yang menjadi penyebab mereka terjun dalam dunia prostitusi karena para PSK tersebut berangkat dari permasalahan yang sama (Sari, 2009).

Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian adalah para PSK tetap mempertahankan perilaku hidup bersih sehat mereka sehari-hari dan perilaku mencari pelayanan kesehatan serta menjadi *peer educator* bagi teman seprofesi mereka. Namun, mereka masih mengalami

kesulitan untuk mendapatkan kepercayaan dari teman seprofesi serta keterbatasan keterampilan mereka dalam berkomunikasi di depan umum.

Adapun saran-saran yang dapat peneliti berikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah pemerintah atau LSM terkait. Sebaiknya mereka membantu mempertahankan perubahan perilaku hidup bersih sehat para PSK. Selain itu, peningkatan kewaspadaan PSK akan faktor risiko pekerjaan yang mereka jalani setelah melakukan VCT dengan mengadakan *screening* secara berkelanjutan. Disamping itu, pemerintah sebaiknya memberikan tambahan peningkatan *skill peer educator* dalam menyampaikan informasi mengenai IMS dan HIV/AIDS dengan pelatihan komunikasi efektif serta pemberian penyuluhan kesehatan yang baik untuk meningkatkan efektivitas peran *peer educator* dalam komunitasnya (NM, JS, KN).

Referensi

- Asthana, Sheena, & Oostvogels, R. (1999). *Community participation in hiv prevention: problems and prospect for community-based strategies among female sex workers in Madras*. Great Britain: Elsevier Science Ltd.
- Moleong, L.J. (2002). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Sandy. (2008). *VCT tonggak hijrah seorang berisiko HIV/AIDS*. Diperoleh dari www.jangkar.org/.
- Sari. (2009). *Penelitian kualitatif: Penelitian tindakan dan penelitian tindakan kelas serta implementasinya di kelas*. Diperoleh dari <http://www.umpwr.ac.id/publikasi/13analisiskualitatif-dalam-penelitian-sosial>.
- UNAIDS. (2008). *AIDS epidemic update*. Diperoleh dari <http://www.who.int>.

Kebanyakan dari kita tidak mensyukuri apa yang sudah kita miliki,
tetapi kita selalu menyesali apa yang belum kita capai.

- Schopenhauer -

Jurnal KEPERAWATAN INDONESIA

- Peningkatan produksi ASI ibu nifas seksio sesarea melalui pemberian paket "SUKSES ASI"
- Peningkatan status gizi anak melalui perbaikan pola asuh keluarga
- Persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan: Studi fenomenologi
- Analisis konsep kualitas hidup
- Defisit perawatan diri pada klien dengan skizofrenia: Aplikasi teori keperawatan Orem
- Kajian kebijakan jaminan kesehatan masyarakat
- Keselamatan pemberian medikasi
- Tinjauan teori keperawatan kesehatan kerja
- Grounded theory* sebagai pilihan metode riset kualitatif keperawatan
- Mengenal *systematic review theory* dan studi kasus



Penerbit:

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Jakarta, Indonesia

PENINGKATAN PRODUKSI ASI IBU NIFAS SEKSIO SESAREA MELALUI PEMBERIAN PAKET “SUKSES ASI”

Tri Budiati^{1,2*}, Setyowati³, Novy Helena CD³

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

*Email: umi_adhwa@yahoo.com, t-budiati@ui.ac.id

Abstrak

Ibu nifas sering mengalami masalah menyusui diantaranya karena kurangnya produksi ASI. Penelitian ini bertujuan melihat keefektifan pemberian paket "SUKSES ASI" ibu menyusui dengan seksio sesarea terhadap produksi ASI di wilayah Depok. Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen dengan *post test only design*. Jumlah sampel adalah 29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Uji kesetaraan karakteristik didapatkan hasil tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p > \alpha$, $\alpha \leq 0,05$). Hasil uji analisis dengan *Chi-Square* didapatkan perbedaan yang bermakna antara kepuasan produksi ASI ($p = 0,002$, OR 95% CI 9,244), kelancaran produksi ASI dari indikator bayi ($p = 0,000$, OR 95 % CI 9,000) dan kelancaran produksi ASI dari indikator ibu ($p = 0,004$, OR 95 % CI 0,181) antara kelompok intervensi dan kontrol. Diharapkan paket "SUKSES ASI" ini dapat digunakan dalam intervensi keperawatan maternitas, serta pengembangan paket yang lebih sempurna melalui penelitian lanjutan dengan survei pengkajian kebutuhan ibu post seksio sesarea untuk kelancaran produksi ASI.

Kata kunci: paket “SUKSES ASI”, produksi ASI, seksio sesarea

Abstract

Postpartum mothers often have feeding problems include lack of milk production. This study purposed to look at the effectiveness of the package "SUKSES ASI" nursing mother with caesarean section on milk production in the area of Depok. This study used quasi-experimental design with a post test only design. Number of samples was 29 intervention group and 31 control group. Equivalence test characteristics obtained results no significant difference between the intervention and control groups ($p > \alpha$, $\alpha \leq 0,05$). The results with the Chi-Square analysis found significant differences between milk production satisfaction ($p = 0,002$, OR 95% CI 9,244), the smooth production of the indicators of infant milk ($p = 0,000$, OR 95% CI 9,000) and lactation of indicators mothers ($p = 0,004$, OR 95% CI 0,181) between the intervention and control groups. Expected package "SUKSES ASI" can be used in maternity nursing interventions, as well as the development of a more complete package through continued research with the needs assessment survey of post-caesarean section for maternal lactation.

Keywords: "SUKSES ASI" package, breast milk production, caesarean section

Pendahuluan

Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah diare dan masalah pemberian minum (31,4%) dan pneumonia (23,8%) (Riskesdas, 2007). Tingginya masalah kematian bayi ini dapat ditanggulangi jika bayi mendapatkan asupan yang baik serta gizi yang mencukupi, yaitu melalui pemberian ASI.

Data UNICEF (2007) menyebutkan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kelahiran dapat mencegah kematian sekitar 1,3 juta bayi di seluruh dunia tiap tahun. Namun menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003, hanya

39,5% bayi yang diberi ASI eksklusif. Angka tersebut masih sangat jauh dari target Repelita VI yaitu sebesar 80%, sedangkan pemberian susu formula terus meningkat hingga tiga kali lipat dalam kurun waktu lima tahun terakhir (Riskesdas, 2007).

Pengetahuan dan pemahaman menyusui yang benar sangat penting bagi ibu menyusui, baik kelebihan dan keuntungan pemberian ASI, teknik menyusui, dan kendala selama menyusui. Pada kenyataannya menyusui bukanlah suatu aktivitas yang terjadi secara otomatis, terutama pada ibu nifas seksio sesarea. Kondisi ini membutuhkan hal yang dapat memotivasi dan merubah cara pandang ibu mengenai menyusui.

Hal ini sesuai dengan penelitian Lin, Chien-Hui, dan Su-Chen (2008), yang menyatakan bahwa pengetahuan serta keterampilan menyusui ibu mempengaruhi kepercayaan diri ibu.

Persalinan dengan SC terus meningkat. Di Amerika persalinan dengan SC meningkat yaitu sekitar 1 dari 5 kelahiran pada tahun 1980, kemudian terjadi penurunan pada tahun 1990, dan kini menjadi meningkat kembali yaitu 1 dari 3 kelahiran (Rasjidi, 2009). Sementara di Indonesia di dapatkan data bahwa di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta, kejadian SC terus meningkat pada tahun 2008 terdapat 40,04 % kasus SC meningkat 2,05 % dari tahun sebelumnya (Rekam Medik RSUPN CM, 2008). Peningkatan kejadian seksio sesarea ini juga secara tidak langsung menurunkan kesuksesan dalam menyusui. Hal ini pun didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Chertok dan Vardi (2008), yang menyatakan bahwa ibu-ibu yang melahirkan secara seksio berisiko tiga kali lebih besar untuk berhenti menyusui pada bulan pertama postpartum. Hal ini dikarenakan tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini serta keterlambatan dalam memberikan ASI dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara normal. Selanjutnya, penelitian Indriyani (2006) menyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara produksi ASI ibu yang menyusui secara dini dan teratur pada ibu-ibu yang menjalani seksio sesarea di RSUD Dr Soebandi Jember dan Dr H. Koesnadi Bondowoso.

Perawat maternitas memiliki peranan penting dalam upaya meningkatkan kesuksesan menyusui pada ibu dengan seksio sesarea. Sebagai edukator, perawat maternitas dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu dengan seksio sesarea mengenai bagaimana cara meningkatkan produksi ASI serta upaya lain yang dapat meningkatkan produksi ASI ibu pasca-operasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dhandapany dan Bethou (2008) bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan pada masa antenatal dan postnatal pada 108 responden dapat meningkatkan kesuksesan menyusui.

Penelitian dengan metode intervensi yang dilakukan Dharmawati, Rustina, dan Sabri (2008), menunjukkan

bahwa peningkatan pengeluaran ASI secara dini melalui kombinasi *aerola massage* dengan *rolling massage* pada ibu-ibu di puskesmas Pamulang dan Cikupa Banten. Namun, studi tersebut belum melihat efektifitas intervensi terhadap kelancaran produksi ASI.

Penelitian perlu dilakukan untuk membuktikan efektifitas paket "SUKSES ASI" yang berisi perpaduan antara pemberian edukasi tentang menyusui dengan segala manfaat serta kelebihanannya, langkah-langkah sukses menyusui dan perlekatan yang baik, dan bentuk intervensi yang dapat merangsang pengeluaran hormon oksitosin melalui pijat oksitosin. Selanjutnya peneliti mengangkat permasalahan penelitian yaitu: Bagaimanakah efektifitas pemberian paket "SUKSES ASI" terhadap kepuasan dan kelancaran produksi ASI ibu menyusui dengan seksio sesarea di Depok Jawa Barat?

Metode

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain kuasi eksperimen, dengan *post test only design with control group*, yaitu suatu pengukuran hanya dilakukan pada saat akhir penelitian. Pengukuran kepuasan serta produksi ASI ibu dilakukan setelah kelompok intervensi diberikan paket "SUKSES ASI". Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu prenatal yang berencana untuk melahirkan secara seksio sesarea yang memeriksakan kehamilannya secara rutin di Poliklinik kebidanan sebuah RS di Depok sebagai kelompok intervensi dan poliklinik kebidanan sebuah RS di Cibinong sebagai kelompok kontrol. Sampel diambil dari populasi dengan teknik *consecutive sampling*, sebanyak 29 responden pada kelompok intervensi dan 31 responden pada kelompok kontrol.

Pada kelompok intervensi: Pada masa prenatal, yaitu saat usia kehamilan responden 38-40 minggu, peneliti melakukan pengkajian fisik pemeriksaan payudara serta memberikan pendidikan kesehatan dengan memberikan *booklet* mengenai ASI yang meliputi manfaat ASI, keunggulan ASI dibandingkan dengan susu formula, perlekatan yang baik, serta bagaimana mengatasi masalah dalam pemberian ASI termasuk didalamnya ialah hal yang mempengaruhi produksi ASI, serta bagaimana mempertahankan produksi ASI.

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Kelompok	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95 % CI
Intervensi	28,45	5,877	18 - 42	26,21 – 30,68
Kontrol	27,10	6,978	18 - 44	24,54 – 29,66

Untuk memperjelas pemberian pendidikan kesehatan ini peneliti menggunakan boneka peraga untuk mendemonstrasikan posisi menyusui serta perlekatan yang benar. Pendidikan kesehatan dilakukan di ruang nifas yaitu satu hari sebelum klien dilaksanakan operasi. Peneliti juga meminta kesediaan responden untuk dilakukan intervensi pada 24 jam postoperasi untuk dilakukan pemijatan oksitosin.

Pada kelompok intervensi yang telah diberikan pendidikan kesehatan pada masa prenatal dikunjungi lagi pada 24 jam postoperasi dimana pada masa ini klien sudah mampu mobilisasi seperti duduk dan mulai belajar berjalan, peneliti dan kolektor data juga mengingatkan kembali kepada klien tentang materi yang telah diberikan pada masa prenatal dan aplikasi dari proses menyusui yang benar. Peneliti juga melakukan pijat oksitosin, pada saat melakukan pijat oksitosin ini peneliti juga mengajarkan pada pihak keluarga/ pasangan klien.

Adapun prosedur pelaksanaan pijat oksitosin adalah sebagai berikut: Responden diminta duduk diatas

tempat tidur kemudian menunduk dengan bantuan bantal/ miring ke salah satu sisi, bra dan baju dibuka, ditutup dengan handuk, selanjutnya peneliti mengolesi telapak tangan dengan minyak kelapa, peneliti melakukan pemijatan pada tulang belakang searah jarum jam dari bawah keatas kurang lebih selama 15 menit. Selanjutnya peneliti juga meminta pihak keluarga, terutama pasangan untuk melakukan redemonstrasi pijat oksitosin serta meneruskan intervensi ini selama 2 kali sehari setiap 15 menit.

Produksi ASI dinilai pada kedua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, Penilaian produksi ASI ini dilakukan selama 3 hari setelah intervensi yaitu pada hari ketiga sampai dengan hari kelima postoperasi. Penilaian ini untuk menilai bagaimanakah produksi ASI pada kedua kelompok, adapun indikator lancar serta tidak lancar ini dengan melihat faktor ibu dan faktor bayi, kemudian membandingkan antara keduanya.

Analisis menggunakan univariat dilakukan untuk melihat sebaran dari karakteristik ibu antara lain; umur,

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan, Paritas, Pengalaman dan Pekerjaan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Kelompok				Total	
	Intervensi	%	Kontrol	%	n	%
Pendidikan						
SD	3	10,3	3	9,7	6	10,1
SMP	10	34,5	16	51,6	26	43,3
SMA	12	41,4	11	35,5	23	38,3
PT	4	13,8	1	3,2	5	8,3
Paritas						
Primipara	13	44,8	16	51,6	29	48,4
Multipara	15	51,7	11	35,5	26	43,3
Grande multipara	1	3,4	4	12,9	5	8,3
Pengalaman						
Menyenangkan	10	35,5	12	38,7	22	36,7
Tdk Menyenangkan	5	17,2	3	9,7	8	13,3
Belum berpengalaman	14	48,3	16	51,6	30	50,0
Pekerjaan						
Bekerja	13	44,8	8	25,8	21	35,0
Tidak Bekerja	16	55,2	23	74,2	39	65,0

tingkat pendidikan, serta paritas. Analisis bivariat yang digunakan dengan uji homogenitas serta uji dependensi.

Hasil

Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden didapatkan bahwa rata-rata umur ibu pada kelompok intervensi adalah 28,43 tahun. Umur termuda pada kelompok intervensi dan kontrol adalah 18 tahun dan umur tertua 42 tahun pada kelompok intervensi dan 44 tahun pada kelompok kontrol (lihat tabel 1).

Pada tingkat pendidikan diketahui bahwa kelompok intervensi mayoritas responden memiliki pendidikan SMA (41,4%). Pada kelompok kontrol mayoritas responden berpendidikan SMP (51,7%). Berdasarkan paritas, pada kelompok intervensi mayoritas responden adalah ibu-ibu dengan multipara (51,7%) sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas ibu adalah dengan primipara (51,6%). Sedangkan dari aspek pengalaman ibu tentang menyusui sebelumnya diketahui baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi adalah ibu-ibu yang belum berpengalaman (48,3%) pada kelompok intervensi dan (51,6%) pada kelompok kontrol. Hal ini sejalan juga dengan pekerjaan ibu, dimana baik pada kelompok intervensi maupun

kelompok kontrol mayoritas responden tidak bekerja (55,2%) pada kelompok intervensi dan (74,2%) pada kelompok kontrol (lihat tabel 2).

Tabel 3. Perbedaan Responden Berdasarkan Umur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Kelompok	Mean	SD	Minimal-Maksimal	p
Intervensi	28,45	5,877	18 - 42	0,422
Kontrol	27,10	6,978	18 - 44	

Hasil uji kesetaraan karakteristik umur responden menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol ($p=0,422$, $\alpha \leq 0,05$) (lihat tabel 3). Pada hasil uji kesetaraan karakteristik pendidikan, paritas, pengalaman, dan pekerjaan responden juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol ($p=0,367$; $p=0,264$, $p=0,688$; $p=0,203$, $\alpha \leq 0,05$) (lihat tabel 4).

Kepuasan Responden

Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu pada kelompok intervensi (89,7%) puas dengan produksi. Hasil ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna kepuasan ibu pada keluarga intervensi dan kontrol terhadap produksi ASI ($p=0,002$, $\alpha \leq 0,05$).

Tabel 4. Perbedaan Responden Berdasarkan Pendidikan, Paritas, Pekerjaan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Intervensi	Kelompok		%	P
		%	Kontrol		
Pendidikan					
SD	3	10,3	3	9,7	0,367
SMP	10	34,5	16	51,6	
SMA	12	41,4	11	35,5	
PT	4	13,8	1	3,2	
Paritas					
Primipara	13	44,8	16	51,6	0,264
Multipara	15	51,7	11	35,5	
Grande multipara	1	3,4	4	12,9	
Pengalaman					
Menyenangkan	10	35,5	12	38,7	0,688
Tdk Menyenangkan	5	17,2	3	9,7	
Belum berpengalaman	14	48,3	16	51,6	
Pekerjaan					
Bekerja	13	44,8	8	25,8	0,203
Tidak Bekerja	16	55,2	23	74,2	

Selain itu, ibu yang diberikan paket SUKSES ASI berpeluang 9,244 kali untuk puas terhadap produksi ASI (OR= 9,244) (lihat tabel 5).

Kelancaran Produksi ASI dari Indikator Bayi

Indikator kelancaran ASI pada alat observasi meliputi frekuensi dan karakteristik BAK, frekuensi, warna dan karakteristik BAB, jumlah jam tidur, serta berat badan bayi. Produksi ASI dikatakan lancar jika minimal 4 dari 6 indikator yang diobservasi terdapat pada bayi (≤ 4). Sedangkan jika kurang dari 4 (< 4) dikatakan tidak lancar.

Hasil analisis efektifitas dari pemberian paket sukses ASI terhadap kelancaran produksi ASI ibu dari indikator bayi, diperoleh bahwa ada sebanyak 21 orang (72,4%) ibu yang telah diberikan intervensi paket sukses ASI, produksi ASI-nya lancar. Pada kelompok kontrol hanya sebanyak 7 orang (22,6%) produksi ASI-nya lancar sedangkan 24 orang (77,6%) lainnya tidak lancar.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna kelancaran produksi ASI dari indikator bayi ($p < 0,0001$, $\alpha < 0,05$). Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR 9,00 yang berarti ibu yang diberikan paket SUKSES ASI berpeluang 9 kali untuk lancar produksi ASI-nya dari indikator bayi (lihat tabel 6).

Kelancaran Produksi ASI dari Indikator Ibu

Produksi ASI dikatakan lancar jika hasil observasi terhadap responden menunjukkan minimal 5 indikator dari 10 indikator yang ada. Indikator itu meliputi payudara tegang karena terisi ASI, ibu rileks, *let down* refleks baik, frekuensi menyusui > 8 kali sehari, ibu menggunakan kedua payudara bergantian, posisi

perlekatan benar, puting tidak lecet, ibu menyusui bayi tanpa jadwal, ibu terlihat memerah payudara karena payudara penuh, payudara kosong setelah bayi menyusu sampai kenyang dan tertidur, serta bayi nampak menghisap kuat dengan irama perlahan.

Hasil analisis efektifitas dari pemberian paket sukses ASI terhadap kelancaran produksi ASI ibu dari indikator ibu, diperoleh bahwa ada sebanyak 21 orang (72,4%) ibu yang telah diberikan intervensi paket sukses ASI, produksi ASI-nya lancar. Sedangkan sisanya sebanyak 8 orang (27,6%) produksi ASI-nya tidak lancar setelah diberikan intervensi tersebut. Pada kelompok kontrol hanya 10 orang (32,3%) yang produksi ASI-nya lancar sedangkan sisanya 21 orang (67,7%) tidak lancar. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kelancaran produksi ASI dari indikator ibu ($p = 0,004$, $\alpha \leq 0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR= 0,181, yang artinya ibu yang diberikan paket SUKSES ASI berisiko 0,181 kali untuk tidak lancar produksi ASI-nya dari indikator ibu (lihat tabel 7).

Pembahasan

Usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi produksi ASI, ibu-ibu yang usianya lebih muda atau kurang dari 35 tahun akan lebih banyak memproduksi ASI dibandingkan dengan ibu-ibu yang usianya lebih tua (Biancuo, 2000). Pada penelitian ini beberapa ibu yang memiliki usia lebih dari 35 tahun serta diberikan paket "SUKSES ASI" produksi ASI-nya lancar, hal ini dikarenakan masih adanya faktor lain yang mempengaruhi yaitu pengalaman, ibu dilakukan inisiasi menyusui dini sehingga bayi lebih segera untuk mendapatkan ASI serta rawat gabung.

Tabel 5. Perbedaan Tingkat Kepuasan Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Kepuasan				Total		OR 95% CI	P
	Puas		Tidak Puas		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Intervensi	26	89,7	3	10,3	29	100%	9,244	0,002*
Kontrol	15	48,4	16	51,6	31	100%	2,31- 37,01	
Total	41	68,3	19	31,7	66	100%		

* Bermakna pada $\alpha \leq 0,05$

Beberapa penelitian di dalam dan luar negeri telah dilakukan untuk melihat keefektifan inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap keberhasilan pemberian ASI secara eksklusif seperti penelitian yang dilakukan oleh Edmond, et al. (2006), tentang menunda IMD dapat meningkatkan kematian bayi. Penelitian Fika dan Syafiq (2003) dalam Roesli (2008), menunjukkan bayi yang diberi kesempatan untuk menyusui dini, hasilnya delapan kali lebih berhasil ASI eksklusif.

Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan Rowe, Murray, dan Fisher (2002), bayi yang menyusui dini menunjukkan peningkatan dalam keberhasilan pemberian ASI eksklusif 2 - 3 bulan selanjutnya. Penatalaksanaan IMD tidak dapat berlangsung sukses jika ibu dan bayi tidak rawat gabung.

Salah satu kriteria dalam penelitian ini adalah ibu dan bayi harus rawat gabung, hal ini sejalan dengan penelitian Mathur, et al. (2003) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keberlangsungan menyusui dengan rawat gabung. Ibu-ibu dengan seksio sesarea yang dilakukan rawat gabung dapat meningkatkan kesuksesan menyusui sebesar 68,1% jika dibandingkan dengan ibu-ibu yang dipisah.

Hal lain yang juga dapat mempengaruhi produksi ASI adalah paritas, meskipun dalam penelitian ini antara ibu yang primipara juga menunjukkan kelancaran produksi ASI. Penelitian yang mendukung hal ini adalah seperti penelitian Bonuck (2005) menyatakan bahwa ibu-ibu multipara menunjukkan produksi ASI yang lebih banyak dibandingkan dengan primipara pada hari keempat postpartum, tetapi setelah pola menyusui dapat dibangun dengan baik maka tidak terjadi perbedaan yang signifikan antara ibu primipara dengan multipara.

Pada penelitian ini para ibu yang bekerja sangat antusias sekali dengan materi pendidikan kesehatan dengan *booklet* tentang bagaimana cara memerah ASI dan menyimpannya serta cara memberikan ke bayi dengan menggunakan cangkir dan sendok. Besarnya motivasi ibu untuk belajar memerah dan menyimpan ASI sebelum ibu bekerja dapat meningkatkan kesuksesan dan keberlangsungan pemberian ASI pada ibu yang bekerja sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Meek (2001) bahwa ibu-ibu yang diberikan dukungan, motivasi, serta panduan bagaimana manajemen laktasi meningkatkan kesuksesan pemberian ASI ibu bekerja.

Ibu yang diberikan intervensi dengan paket intervensi "SUKSES ASI" melaporkan kepuasannya terhadap kelancaran produksi ASI-nya, serta puas karena produksi ASI-nya cukup untuk bayi mereka. Hasil ini sejalan dengan penelitian Bonuck, Freeman, dan Trombley (2006) terhadap ibu dengan seksio sesarea menyatakan bahwa produksi ASI yang lancar serta dukungan tenaga kesehatan mampu meningkatkan kepuasan ibu.

Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Lin, Chien-Hui, dan Su-Chen (2008) bahwa kondisi psikologis ibu dengan seksio sesarea dan kelancaran ASI memiliki hubungan yang saling bermakna satu dengan yang lainnya. Semakin lancar produksi ASI semakin baik pula produksi ASI ibu, sebaliknya semakin baik kondisi psikologis ibu juga mampu mempengaruhi produksi ASI.

Penelitian ini juga menemukan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara pemberian paket SUKSES ASI terhadap kelancaran produksi ASI dari indikator bayi.

Tabel 6. Perbedaan Kelancaran Produksi ASI Ibu dari Indikator Bayi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Kelancaran				Total		OR 95% CI	p
	Lancar		Tidak Lancar		n	%		
	n	%	n	%				
Intervensi	21	72,4	8	27,6	29	100%	9,000	0,0001*
Kontrol	7	22,6	24	77,6	31	100%	2,79 – 29,04	
Total	28	46,7	32	53,3	60	100%		

*Bermakna pada $\alpha \leq 0,05$

Pada indikator bayi ini, aspek yang dinilai adalah frekuensi bayi buang air kecil (BAK), di mana bayi yang cukup produksi ASI-nya maka selama 24 jam paling sedikit bayi akan BAK sebanyak 6 kali, warna urin kuning jernih, jika ASI cukup setelah menyusui maka bayi tertidur/ tenang selama 2-3 jam (Bobak, Perry & Lowdermilk, 2005; Perinasia, 2004; Cox, 2006). Pola eliminasi bayi tergantung dari asupan yang bayi dapatkan, bayi yang meminum ASI, umumnya pola Buang Air Besar/ BAB-nya dua sampai lima kali perhari, BAB yang dihasilkan adalah berwarna kuning keemasan, tidak terlalu encer dan tidak terlalu pekat (Pillitteri, 2003).

Penelitian ini membuktikan bahwa salah satu yang menyebabkan kerja hormon oksitosin baik adalah karena adanya rangsangan dari bayi serta ibu yang relaks, yang salah satu caranya adalah dengan perangsangan melalui pijat oksitosin. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Suradi dan Roesli (2004) didukung pula oleh penelitian Dharmawati, Rustina, dan Sabri (2008) mengenai efektifitas kombinasi *aerola massage* dengan *rolling massage* terhadap pengeluaran ASI secara dini pada ibu-ibu di puskesmas Pamulang dan Cikupa Banten didapatkan hasil hubungan yang bermakna ($p=0,0016, \alpha \leq 0,05$) bahwa ibu-ibu yang diberikan intervensi tersebut memiliki peluang 5,146 kali untuk terjadinya pengeluaran ASI kurang 12 jam setelah melahirkan.

Kerja hormon oksitosin ini juga dipengaruhi oleh isapan bayi, semakin sering bayi menyusui semakin sering hormon oksitosin terangsang. Untuk wanita pada umumnya, menyusui atau memerah ASI delapan kali dalam 24 jam menjaga produksi ASI tetap tinggi pada masa-masa awal menyusui, khususnya empat bulan pertama (Gartner, 2005). Penelitian Cregan, Mitoulas,

dan Hartmann (2002) menemukan bahwa rata-rata bayi baru lahir menyusui adalah 10-12 kali menyusui tiap 24 jam, atau kadang lebih dari 18 kali. Hal ini merupakan cara terbaik untuk menjaga produksi ASI tetap tinggi dan bayi tetap kenyang.

Kesimpulan

Uji yang dilakukan terhadap kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan hasil yang menyatakan bahwa responden pada kelompok intervensi dan kontrol keduanya homogen. Selain itu, penelitian ini juga menemukan tiga hal penting yaitu adanya hubungan yang bermakna antara pemberian paket "SUKSES ASI" terhadap kepuasan ibu ($p=0,002, \alpha \leq 0,05$), kelancaran produksi ASI dari indikator bayi ($p=0,0001, \alpha \leq 0,05$), dan kelancaran ASI dari indikator ibu ($p=0,004, \alpha \leq 0,05$).

Dengan adanya penelitian ini, rumah sakit yang menjadi tempat penelitian dapat merasakan manfaatnya, diantaranya adalah ibu post seksio sesarea yang diberikan intervensi menjadi lebih mandiri dan memiliki keinginan kuat untuk menyusui bayinya secara dini. Beberapa masalah yang dihadapi ruangan seperti adanya berbagai keluhan seputar menyusui di awal masa nifas dapat berkurang. Hasil dari penelitian ini yaitu pemberian pendidikan kesehatan serta pijat oksitosin dapat diteruskan dilakukan di ruang nifas.

Paket "SUKSES ASI" ini dapat digunakan oleh rumah sakit sebagai bentuk intervensi yang membantu ibu dengan seksio sesarea dalam mengatasi masalah menyusui. Penelitian serupa perlu dilakukan dengan tempat penelitian yang berbeda serta sampel yang lebih besar.

Tabel 7. Perbedaan Kelancaran produksi ASI ibu dari Indikator Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Kelancaran				Total		OR 95% CI	P
	Lancar		Tidak Lancar		n	%		
	n	%	n	%				
Intervensi	21	72,4	8	27,6	29	100%	0,181	0,0004*
Kontrol	10	32,3	21	67,7	31	100%	0,06 – 0,55	
Total	31	51,7	29	48,3	60	100%		

*Bermakna pada $\alpha \leq 0,05$

Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan menggunakan metode survei dengan pengkajian kebutuhan ibu nifas seksio sesarea terhadap kelancaran produksi ASI sehingga diperoleh paket yang lebih lengkap dan sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh ibu (MAW, YR, YA).

Referensi

- Biancuzzo, M. (2000). *Breastfeeding the newborn clinical strategies for nurses* (1st Ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Inc.
- Bobak, I.M., Perry, S., & Lowdermilk, D.L. (2005). *Maternity nursing* (4th Ed.). California: Mosby.
- Bonuck, K.A., Freeman, K., & Trombley, M. (2005). Randomized controlled trial of prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*, 116 (6), 1413-1426.
- Chertok, I.R., & Vardi, I.S. (2008). Infant hospitalization and breastfeeding post cesarean section. *British Journal of Nursing*, 17 (12), 786-791.
- Cox, S. (2006). *Breastfeeding with confidence: Panduan untuk belajar menyusui dengan percaya diri* (Gracina, J, Penerjemah). Jakarta: Gramedia. (sumber asli diterbitkan tahun 2001).
- Cregan, M. Mitoulas, L., & Hartmann, P. (2002). Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 hour period. *Exp Physiol*, 87 (2), 207-214.
- Dhandapany, G., & Bethou, A. (2008). Antenatal counseling is it adequate? A descriptive study from pondicherry, India. *International Breastfeeding Journal*, 3 (5), 1-4.
- Dharmawati, Rustina, Y., & Sabri, L. (2008). *Efektifitas kombinasi aerola massage dengan rolling massage terhadap pengeluaran ASI secara dini pada ibu nifas di Puskesmas Pamulang-Banten* (Tesis, tidak dipublikasikan). FIK UI, Depok.
- Edmond, K., et al. (2006). Delayed breast feeding initiation increases risk neonatal mortality. *Journal Pediatrics*, 117, 380-386.
- Gartner, L.M., et al. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics Journal*, 115(2), 496-506.
- Indriyani, D. (2006). *Pengaruh menyusui dini dan teratur terhadap produksi ASI pada ibu post-partum dengan seksio sesarea di RSUD Dr. Soebandi Jember dan Dr. Koesnadi Bondowoso* (Tesis, tidak dipublikasikan). Universitas Indonesia, Depok.
- Lin, Chien-Hui, & Su-Chen, K. (2008). Evaluating effects of prenatal breastfeeding education program on women with cesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (21), 2838-2859.
- Mathur, G.P., et al. (2003). Breastfeeding in babies delivered by cesarean section. *Indian Pediatrics*, 30 (11), 1285-1290.
- Meek, J. Y. (2001). Breastfeeding in the workplace. *Pediatrics Clinical North America*, 48, 461-474.
- Perinasia. (2004). *Manajemen laktasi*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal and childhealth nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (4th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Rasjidi, I. (2009). *Manual seksio sesarea & laparotomi kelainan adneksa: Berdasarkan evidence Based*. Jakarta: Sagung seto.
- Rekam Medik RSUPN CM. (2008). *Data persalinan dengan SC terencana dan cito* (Tidak dipublikasikan). Jakarta: RSUPN CM.
- Risikesdas. (2007). *Angka kesakitan dan kematian bayi di Indonesia*. Diperoleh dari <http://old.depkominfo.go.id/portal/html>.
- Roesli, U. (2008). *Inisiasi menyusui dini plus ASI eksklusif* (Cet I). Jakarta: Pustaka Bunda.
- Rowe, Murray, H. & Fisher. (2002). Baby friendly hospital practices cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29, 124-130.
- Suradi, R., & Roesli, U. (2008). *Manfaat ASI dan menyusui*. Jakarta: Balai Penerbit FK-UI.
- UNICEF. (2007). *Breastfeeding the remarkable first hour of life*. Diperoleh dari www.unicef.go.id.

PENINGKATAN STATUS GIZI ANAK MELALUI PERBAIKAN POLA ASUH KELUARGA

Agustina^{1*}

1. Prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional Veteran, Jakarta, Indonesia

*Email: tinaupn@yahoo.com

Abstrak

Pola asuh keluarga merupakan salah satu faktor tidak langsung berhubungan dengan status gizi anak. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pola asuh keluarga dengan status gizi anak usia 6-59 bulan. Penelitian dilaksanakan di Kelurahan GL Depok dengan metode *cross-sectional* melibatkan 420 responden. Hasil analisis bivariat dengan uji Kai kuadrat menunjukkan hubungan signifikan antara pola asuh dengan status gizi ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Puskesmas diharapkan dapat memberikan informasi kepada warga tentang pola asuh terhadap anak meliputi cara memilih, mengolah makanan, cara memberi makan pada anak, makanan pantangan bagi anak sehat, kebiasaan makan keluarga, ragam makanan, dan frekuensi makan dalam sehari dengan metode diskusi dan simulasi bagi ibu yang mempunyai anak usia 6-59 bulan.

Kata kunci: anak usia 6-59 bulan, pola asuh keluarga, status gizi anak.

Abstract

Family care pattern is an indirect factor affecting children nutritional status. The objective of this research was to identify the relationship between family care patterns with 6-59 months children nutritional status. It was conducted in Kelurahan GL Depok, applying cross-sectional methods involving 420 sample respondents. Bivariate analysis by chi-square test showed that there was a significant relationship between family care patterns with child nutritional status ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). This research suggested that the Puskesmas health care provider should increase the knowledge level of the lower educated mothers about the appropriate way of caring children especially in choosing, processing food, and feeding of varying foods, informing prohibited foods for children, family meal patterns, and everyday meal frequency for their children, by applying discussion and simulation techniques.

Key words: 6-59 months old children, children nutritional status, family care pattern

Pendahuluan

Pembangunan kesehatan berupaya mewujudkan manusia sehat, cerdas, dan produktif agar dapat meneruskan pembangunan bangsa di masa datang. (Depkes RI, 2004). Salah satu kelompok yang penting diperhatikan dalam pembangunan tersebut adalah anak usia 6-59 bulan karena mereka akan berperan aktif dalam masyarakat dua atau tiga dekade mendatang. Usia bawah lima tahun disebut *golden years* dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang cepat sehingga memerlukan asupan gizi yang adekuat serta pola asuh yang baik.

Kekurangan gizi pada masa ini akan menghambat pertumbuhan jasmani dan perkembangan otak, serta mudah terkena infeksi. Secara langsung kekurangan gizi disebabkan asupan makan yang kurang dan penyakit

infeksi, sedangkan faktor tidak langsung adalah pola asuh dan pengetahuan keluarga, dengan pola asuh yang baik dan perhatian orangtua terhadap asupan gizi anak dapat meningkatkan status gizi.

Herawati (2002) dalam penelitiannya mengatakan bahwa rendahnya konsumsi zat gizi memudahkan anak menderita infeksi, menyebabkan nafsu makan berkurang, absorpsi zat gizi terganggu, dan kehilangan nitrogen sangat besar. Hal ini dapat mengakibatkan Kekurangan Energi dan Protein (KEP). Pola asuh keluarga sangat penting diketahui oleh perawat, karena merupakan salah satu upaya promotif dan preventif dalam meningkatkan status gizi, pertumbuhan dan perkembangan anak. Perawat komunitas membantu individu dan keluarga agar terdorong untuk bertindak meningkatkan dan memelihara kesehatan keluarga.

Perawat sebagai pendidik dalam bidang kesehatan dapat membimbing keluarga meningkatkan pengetahuan pengasuhan anak terutama menjaga asupan gizi yang dikonsumsi anak (cara memilih, mengolah, menyajikan makanan), merawat anak (memperhatikan asupan makanan yang beragam, frekuensi makan, mengenali tanda bahaya umum pada anak seperti tidak mau minum dan makan, anak enggan makan, anak memuntahkan makanan) dan mendidik anak tentang tata cara makan dan kebersihan diri.

Perawat dapat memberikan pendidikan kepada keluarga tentang perilaku makan anak pada setiap jenjang pertumbuhan yaitu umur satu (1) s/d 11 bulan, 12 s/d 35 bulan dan umur 36 s/d 59 bulan, sehingga keluarga dapat mengasuh anak dengan benar. Tujuan penelitian ini mengetahui hubungan pola asuh keluarga dengan status gizi anak usia 6-59 bulan.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode cross-sectional, dilakukan tahun 2007 di Kelurahan GL, wilayah Depok pada anak usia 6-59 bulan. Pengumpulan data dengan teknik wawancara berpedoman pada kuesioner, pengamatan, dan pengukuran.

Populasi sejumlah 1365 orang dengan total sampel 420 orang, dipilih berdasarkan *systematic sampling*. Data dikumpulkan oleh penulis dibantu enam mahasiswa S-1 Keperawatan UPN 'Veteran' Jakarta. Analisis bivariat dengan Uji Kai kuadrat, Tingkat Kepercayaan 95% dan Odds Ratio (OR) di mana nilai $p < 0,05$ menunjukkan hasil yang bermakna.

Hasil

Gambaran Umum Daerah Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan G, Depok, Jawa Barat. Luas Kelurahan G 450 hektar, dengan batas-batas: Kelurahan K di sebelah Utara, Kelurahan M di sebelah Selatan, Kelurahan M di sebelah Barat, dan Kelurahan TB di sebelah Timur. Jumlah penduduk hingga Mei 2007 sebanyak 13.183 jiwa, yakni 6.532 laki-laki dan 6.651 perempuan. Jumlah tempat tinggal

6019 rumah, 40% terdiri bangunan permanen, 60% semi permanen dan tidak permanen.

Sebagian besar penduduk adalah pemukim lama. Tingkat pendidikan penduduk 50% SD, 25% SLTP, 17% SLTA, serta 8% Diploma Tiga dan Sarjana. Sebagian besar penduduk bekerja di sektor yang tidak membutuhkan pendidikan tinggi seperti berjualan di pasar, karyawan tingkat rendah di kantor-kantor, buruh atau pekerja kasar, buruh-tani, dan sejenisnya. 15% wilayah kelurahan adalah lahan pertanian ditanami padi, jagung, ketela pohon, ketela rambat, kedelai, sayur-sayuran, dan buah-buahan.

Sumber informasi seperti pemilikan televisi hanya 25%, telepon rumah 15 % dari jumlah keluarga. Sedangkan kepemilikan telepon seluler relatif meluas dan merata di semua tingkatan pendidikan, pekerjaan, dan usia.

Pergaulan dan interaksi sosial cukup intensif, hubungan ketetanggaan cukup dekat, terlihat pada sore hari, banyak orangtua berkumpul di halaman rumah, bercakap-cakap seraya menyuapi anak-anak mereka. Banyak di antara keluarga yang bertetangga itu berkerabat satu sama lain. Sarana pelayanan kesehatan sangat kurang, hanya satu Puskesmas dengan dua dokter umum, lima perawat, dan dua bidan. Pelayanan Puskesmas sebagian besar dalam gedung sedangkan pelayanan luar gedung dirasakan kurang.

Hubungan Usia dengan Status Gizi Anak

Hasil analisis bivariat menunjukkan usia 6-11 bulan ($n= 82$), 69 responden (84,1%) berstatus gizi baik, dan 13 responden (15,9%) berstatus gizi kurang. Usia 12-23 bulan ($n= 104$), 84 responden (80,8%) berstatus gizi baik dan 20 responden (19,2%) berstatus gizi kurang. Usia 24-36 bulan ($n= 125$), 102 responden (80,8%) memiliki status gizi baik dan 23 responden (18,4%) memiliki status gizi kurang. Usia 36-59 bulan ($n= 109$) berstatus gizi baik 72 responden (66,1%) dan gizi kurang 37 responden (33,7%).

Perhitungan statistik dengan uji Kai-kuadrat menghasilkan nilai *continuity correction* untuk nilai p adalah 0,009. Ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara umur dengan status gizi (BB/U).

Hubungan Pendidikan Orangtua Responden dengan Status Gizi Anak

Hasil analisis menggambarkan dari 204 orangtua responden berpendidikan tinggi, 183 responden (89,7%) status gizi baik, 21 responden (10,3%) berstatus gizi kurang. Dari 216 orangtua responden berpendidikan rendah, 144 responden (66,7%) mempunyai status gizi baik dan 72 responden (33,3%) berstatus gizi kurang. Hasil uji Kai-kuadrat diperoleh ada hubungan signifikan tingkat pendidikan orangtua dengan status gizi ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Nilai OR 4,35 (2,55-7,42) sehingga dapat disimpulkan bahwa responden yang mempunyai orangtua berpendidikan tinggi berpeluang untuk status gizi baik 4,35 (95% CI 2,55-7,42) kali dibandingkan dengan orangtua berpendidikan rendah.

Hubungan Penghasilan Per Kapita dengan Status Gizi Anak

Hasil analisis dari 214 responden dengan penghasilan perkapita sama atau diatas Rp 335,000, menunjukkan 181 responden (84,6%) berstatus gizi baik dan 33 responden (15,4%) berstatus gizi kurang. Dari 206 responden penghasilan kurang dari Rp 335,000, 146 responden (70,9%) berstatus gizi baik dan 60 responden (29,1%) berstatus gizi kurang. Hasil uji Kai-kuadrat menunjukkan ada hubungan signifikan antara penghasilan per kapita dengan status gizi ($p=0,001$, $\alpha=0,05$). Nilai OR 2,25 (1,39-3,63%) menggambarkan keluarga berpenghasilan sama atau lebih dari Rp 335,000 berpeluang untuk status gizi baik 2,25 (95% CI 1.39-3.63) kali dibandingkan dengan keluarga berpenghasilan kurang dari Rp 335.000.

Hubungan Ragam Makanan yang Dikonsumsi Responden dengan Status Gizi Anak

Hasil penelitian menunjukkan dari 312 responden mengkonsumsi makanan beragam, 276 responden (88,5%) berstatus gizi baik dan 36 responden (11,5%) berstatus gizi kurang. Dari 108 responden tidak mengkonsumsi makanan beragam, 51 responden (47,2%) mempunyai status gizi baik, 57 responden (52,8%) berstatus gizi kurang. Hasil uji Kai-kuadrat didapatkan ada hubungan bermakna antara

ragam makanan yang dikonsumsi responden dengan status gizi ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Nilai OR 8.56 (95% CI 5.12-14.31) menunjukkan responden mengkonsumsi makanan beragam mempunyai peluang status gizi baik 8,56 kali dibanding dengan responden yang tidak mengkonsumsi makanan beragam.

Hubungan Frekuensi Makan Responden dengan Status Gizi Anak

Hasil penelitian didapatkan dari 140 responden dengan frekuensi makan 3 kali sehari, 129 responden (92,1%) berstatus gizi baik, 11 responden (7,9%) status gizi kurang. Dari 220 responden dengan frekuensi makan 2 kali sehari 173 responden (78,6%) status gizi baik dan 47 responden (21%) berstatus gizi kurang. Dari 60 responden frekuensi makan 1 kali sehari 25 responden (41,7%) mempunyai status gizi baik, dan 35 responden (58,3%) ber status gizi kurang. Hasil uji Kai-kuadrat menunjukkan hubungan bermakna antara frekuensi makan responden dengan status gizi ($p=0,00$, $\alpha=0,05$).

Hubungan Pola Asuh Responden dengan Status Gizi Anak

Hasil analisis menunjukkan dari 235 responden dengan pola asuh baik, 205 responden (87,2%) mempunyai status gizi baik dan 30 responden (12,8%) berstatus gizi kurang. Dari 185 responden dengan pola asuh tidak baik 122 responden (65,9%) mempunyai status gizi baik dan 64 responden (34,1%) status gizi kurang.

Hasil uji Kai-kuadrat didapatkan ada hubungan signifikan antara pola asuh dengan status gizi ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Nilai OR 3.52 (95% CI, 2,16-5,75) artinya responden yang diberikan pola asuh baik berpeluang mempunyai status gizi baik 3,52 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan pola asuh baik.

Hubungan Keadaan Kesehatan Responden sebelum Penelitian dengan Status Gizi Anak

Hasil penelitian ditemukan dari 258 responden yang sehat dalam dua minggu sebelum penelitian. Dengan 240 responden (93%) mempunyai status gizi baik,

dan 18 responden (7%) berstatus gizi kurang. Dari 162 responden yang sakit dalam dua minggu sebelum penelitian, 87 responden (53,7%) berstatus gizi baik dan 75 responden (46,3%) berstatus gizi kurang.

Hasil uji Kai-kuadrat menunjukkan ada hubungan bermakna antara keadaan kesehatan responden dengan status gizi ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Nilai OR = 11.494 (95% CI, 6.50-20.32) berarti responden yang sehat berpeluang status gizi baik 11,49 kali dibanding responden yang kondisi kesehatannya terganggu (sakit).

Pembahasan

Hubungan Usia dengan Status Gizi Anak

Asupan gizi yang adekuat sangat penting pada usia 6-59 bulan, yang digunakan untuk pertumbuhan berat badan, tinggi badan dan perkembangan otak serta perkembangan motorik halus dan kasar. Keluarga sebagai pengasuh perlu mengetahui tahapan perkembangan anak karena berbagai masalah akan ditemui seperti anak menolak makanan, dengan cara merapatkan bibirnya bila rasa makanan tidak disukai, menumpahkan makanan, atau tidak mau makan.

Semakin bertambah usia anak, pola makannya pun akan berubah, jenis makanan yang dapat dimakan anak juga semakin banyak, selain itu aktivitas fisik juga makin meningkat dan semakin beresiko mengalami gangguan gizi bila kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi. Pengetahuan dan praktik pengasuhan tentang nutrisi yang dibutuhkan anak sangat penting diketahui keluarga agar anak dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan umur.

Keperawatan komunitas memberikan perhatian dalam peningkatan kesehatan dengan cara meningkatkan kemampuan keluarga, tentang stimulasi dan deteksi awal perkembangan anak, cara memilih bahan makanan, cara mengolah dan memberi makan, baik jumlah & kualitas makanan yang dibutuhkan anak, ragam makanan dan keadaan kesehatan serta status gizi anak. Hasil analisis antara usia dan status gizi terbukti ada hubungan signifikan dengan $p=0,009$.

Hubungan Tingkat Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi Anak

Tingkat pendidikan orangtua dapat memberikan gambaran mengenai pengetahuan, kemampuan, dan keterampilannya dalam mengasuh anak, semakin tinggi pendidikan orangtua semakin banyak informasi yang dapat diserap dari lingkungan, sehingga berpengaruh terhadap sikap dan perilaku serta gaya hidup sehari-hari (Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, 2004).

Hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi balita berstatus gizi kurang dengan sebanyak 33,3% tingkat pendidikan orangtua rendah dan 10,3% berpendidikan tinggi. Secara statistik diperoleh hubungan bermakna antara tingkat pendidikan orangtua dengan status gizi anak. Hasil uji Kai-kuadrat menunjukkan hubungan signifikan dengan $p=0,002$.

Perawat komunitas sebagai pendidik memberikan pelayanan promotif dan preventif dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam mempraktikkan pengasuhan anak yang tepat, sehingga asupan makanan yang diberikan dapat meningkatkan dan mempertahankan status gizi anak. Resiko terjadi gangguan gizi dapat dihindari, terutama bagi keluarga yang berpendidikan rendah, pendekatan yang digunakan dalam upaya promotif dan preventif adalah dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan untuk dapat membantu keluarga membangun tujuan perubahan gaya hidup kearah yang sehat (Maurer, Frances, A. Smith, Claudia, M, 2005).

Hubungan Penghasilan dengan Status Gizi Anak

Salah satu faktor yang berperan pada status gizi adalah penghasilan keluarga, karena berhubungan dengan pengadaan makanan. Rata-rata penghasilan per kapita dalam penelitian ini Rp335.000,-. Presentase penghasilan lebih dari rata-rata 26,4 %, sedangkan di bawah rata-rata 73.6%. Nilai ini berhubungan dengan ragam makanan dan frekuensi makan keluarga serta berpengaruh secara tidak langsung pada status gizi anak. Bila dibandingkan dengan Upah Minimum Regional (UMR) Depok tahun 2006 yaitu Rp890,000 perkapita, maka penghasilan di lokasi penelitian jauh dibawah UMR Depok.

Rendahnya pendapatan menyebabkan orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah diperlukan. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan bermakna antara pendapatan per kapita dengan status gizi anak. Rendahnya pendapatan tersebut dapat dihubungkan dengan tingkat pendidikan, 42,1% ayah responden berpendidikan SMA dan SMP 21%, serta SD 21,9%. Begitu juga pekerjaan wiraswasta (berdagang sembako), buruh, dan tani. Uji statistik menunjukkan hubungan yang signifikan antara pendapatan perkapita dengan status gizi.

Penghasilan keluarga yang rendah merupakan salah satu faktor penyebab ketidak mampuan keluarga dalam mengadakan bahan makanan dalam jumlah yang dibutuhkan. Intervensi yang dapat diberikan oleh perawat komunitas untuk menunjang pemenuhan nutrisi anak terutama keluarga yang berpenghasilan rendah adalah dengan memberikan penyuluhan tentang makanan yang mengandung protein dan kalsium dengan harga terjangkau seperti, ikan teri, ceker ayam, buah sawo, srikaya, yang banyak terdapat dilokasi penelitian. Perawat komunitas dapat juga menyarankan agar keluarga dapat memanfaatkan pekarangan rumah untuk bertanam sayuran, seperti bayam, kacang kedelai, kacang panjang dan lain lain.

Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Anak

Pola asuh merupakan salah satu faktor tidak langsung yang berpengaruh pada status gizi. Hal ini berhubungan dengan bentuk atau cara keluarga menjaga, merawat dan mendidik anak, yaitu bentuk atau tata cara keluarga dalam menjaga asupan nutrisi yang dikonsumsi anak (mulai dari memilih bahan makanan, mengolah dan menyajikan), merawat anak (memperhatikan: frekuensi makan, ragam makanan setiap hari, mengenali tanda bahaya umum pada anak seperti tidak mau minum & makan, anak enggan makan serta anak memuntahkan makanan), dan mendidik anak (memahami perilaku anak tentang makan, dan merubah perilaku kearah hidup sehat, mendidik anak tentang cara makan dan kebersihan diri), sehingga tingkat kesehatan anak yang optimal dapat tercapai dan terhindar dari penyakit.

Keberhasilan proses pertumbuhan dan perkembangan anak tergantung dari keluarga mengasuh gizi anak.

Ukuran keberhasilan tersebut terlihat dari peningkatan status gizi anak yang diketahui dari peningkatan berat badan setiap bulan. Asupan gizi yang seimbang dan porsi yang tepat tidak hanya untuk peningkatan berat dan tinggi badan, tetapi juga untuk kecerdasan. Pengetahuan, kemampuan dan kemauan keluarga mengasuh anak terutama dalam memilih, mengolah, menyajikan dan memberi makan sesuai porsi yang dibutuhkan sangat diperlukan.

Perawat komunitas berperan meningkatkan kemampuan dan kemauan keluarga dalam mengasuh anak, terutama dalam memberi asupan nutrisi dengan menu seimbang dan porsi yang cukup, serta memantau status gizi dengan cara mengukur berat dan tinggi badan setiap bulan.

Penelitian menunjukkan bahwa 34,1% responden umur 6-59 bulan termasuk dalam kategori pola asuh kurang baik. Berdasarkan analisis statistik ada hubungan signifikan dengan status gizi, $p=0,00$ dan $OR = 3,52$. Dengan demikian dapat dikatakan semakin kurang baik pola asuh semakin besar kemungkinan anak menderita gizi kurang. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Harsiki (2003) di pedesaan dan perkotaan propinsi Sumatra Barat yang menemukan bahwa 57,1% anak bawah tiga tahun dengan pola pengasuhan kurang baik berdampak dengan keadaan gizi kurang. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Widayani et al. (2001) bahwa pola asuh anak berpengaruh signifikan terhadap status gizi anak.

Hubungan Ragam Makanan dan Frekuensi Makan dengan Status Gizi Anak

Asupan makanan yang sehat tergantung dari porsi, frekuensi dan ragam makanan, yang dapat diperoleh dari hewan, sayur, atau buah yang di konsumsi setiap hari (Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, 2004). Status gizi baik dapat terpenuhi apabila asupan makanan yang dikonsumsi mengandung zat gizi seimbang antara jenis zat gizi yang dikonsumsi dengan banyak zat gizi yang dibutuhkan tubuh, seperti Karbohidrat, protein, lemak, mineral dan vitamin.

Masalah yang sering ditemui pada anak umur 6-59 bulan adalah sulit makan, anak tidak mau makan,

atau enggan makan. Oleh sebab itu, variasi menu yang diberikan setiap hari perlu diperhatikan untuk mencegah kebosanan anak. Perubahan asupan makanan dan variasi menu yang diberikan akan mempengaruhi status gizi, rendahnya konsumsi energi dan protein atau tidak beragamnya makanan mengakibatkan terjadinya kekurangan Energi Protein. Bila masalah ini tidak ditangani secara serius maka kita akan kehilangan generasi penerus dimasa yang akan datang. Perhatian cukup dan pola asuh anak yang tepat akan memberi pengaruh yang besar dalam memperbaiki status gizinya.

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang bermakna ($p=0,00$, $OR=8,5$). Ini berarti anak yang mengkonsumsi makanan beragam mempunyai peluang untuk mencapai status gizi baik sebanyak 8.56 kali dibandingkan dengan anak yang tidak mengkonsumsi makanan yang beragam.

Selanjutnya, Herawati (2002) mengatakan bahwa rendahnya konsumsi zat gizi memudahkan anak menderita infeksi, menyebabkan nafsu makan rendah, absorpsi zat gizi terganggu, dan kehilangan nitrogen sangat besar sehingga dapat menyebabkan atau memperberat Kekurangan Energi dan Protein (KEP). Selain itu, frekuensi makan perlu untuk memenuhi jumlah kalori yang dibutuhkan anak. Hasil uji statistik didapatkan $p=0,00$. Hal ini berarti ada hubungan yang bermakna antara frekuensi makan dengan status gizi.

Perawat komunitas berperan membantu keluarga agar terdorong untuk bertindak memelihara kesehatannya. Hal ini dapat dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga tentang menyusun menu untuk anak, memilih bahan makanan yang beragam dan frekuensi makan anak.

Salah satu upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga yaitu bekerjasama dengan keluarga dalam merencanakan dan mempraktikkan memilih bahan makanan yang bergizi, seperti sayur dan ikan yang segar. Selain itu, mempraktekkan cara mengolahnya, untuk selanjutnya melakukan pendampingan pada keluarga tentang cara memasak dan memberi makan anak.

Hubungan Keadaan Kesehatan dalam Dua Minggu sebelum Penelitian dengan Status Gizi Anak

Pertumbuhan dan perkembangan yang pesat pada anak usia 6-59 tahun menjadikan anak rentan terhadap gizi, apabila kebutuhan energi dan protein tidak terpenuhi daya tahan tubuh anak akan menurun. Sehingga mudah terserang penyakit, dan berakibat menurunnya berat badan dan kehilangan energi dalam tubuh.

Perawat komunitas sebagai pemberi pelayanan langsung keluarga dapat membantu keluarga dalam menilai tingkat kesehatan mereka, sehingga keluarga dapat mengetahui anak menderita infeksi, kecukupan asupan makanan, kebersihan perorangan maupun kebersihan lingkungan sekitar tempat anak berinteraksi dan beraktifitas.

Penyakit yang terbanyak diderita responden di lokasi penelitian dalam dua minggu sebelum penelitian adalah penyakit ISPA dan diare. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 46,3% anak yang sakit mempunyai status gizi kurang, hal ini karena 38,6% anak pernah sakit dalam dua minggu sebelum penelitian. Herawati (2002) mengemukakan ada hubungan timbal balik antara penyakit infeksi dengan status gizi. Seorang anak menderita infeksi akan mengalami penurunan nafsu makan, menolak makanan yang diberikan sehingga asupan zat gizi ke dalam tubuh menjadi berkurang. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara kondisi kesehatan dengan status gizi anak.

Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis bagi anak karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, gangguan gizi pada masa ini dapat berakibat permanen karena tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Departemen Kesehatan, 2007).

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada keluarga adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga tentang tanda dan gejala anak sakit, pertolongan pertama pada anak yang menderita demam, asupan gizi dan cairan yang dibutuhkan.

Perawat komunitas dapat memberikan pendidikan kesehatan dan pilihan-pilihan perawatan kesehatan yang dapat dilaksanakan keluarga, untuk mengatasi dan menghambat berlanjutnya proses penyakit dan pencegahan terjadinya gangguan gizi.

Kesimpulan

Sebagian besar keadaan gizi anak yang berusia 6-59 bulan di Kelurahan GL, Depok dengan menggunakan indikator berat badan menurut usia berstatus gizi baik dan sebagian kecil yang mengalami malnutrisi. Ada hubungan yang bermakna antara usia anak, pendidikan orangtua, penghasilan per kapita, pola asuh, ragam makanan, frekuensi makan, dan keadaan kesehatan anak dalam dua minggu sebelum penelitian dilaksanakan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi tingkat pendidikan orangtua sebagian besar rendah, kemungkinan terjadi kekurangan gizi pada anak sangat tinggi, oleh sebab itu perlu mengembangkan pola asuh dengan pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan kesehatan dan pencegahan penyakit, sehingga tingkat kesehatan anak dapat optimal dan sumber daya yang akan datang lebih berkualitas. Pola asuh tersebut dapat dikembangkan oleh Perawat komunitas sebagai pendidik dan pemberi layanan keperawatan langsung kepada keluarga (Ekasari, Mia Fatma dkk 2002).

Adapun yang dimaksud pola asuh adalah bentuk atau tata cara keluarga dalam menjaga asupan nutrisi yang dikonsumsi anak (mulai dari memilih bahan makanan, mengolah dan menyajikan), merawat anak (memperhatikan: frekuensi makan, ragam makanan setiap hari, mengenali tanda bahaya umum pada anak seperti tidak mau minum & makan, anak enggan makan serta memuntahkan makanan) dan mendidik anak (memahami perilaku anak tentang makan, dan merubah perilaku kearah hidup sehat, mendidik anak cara makan dan kebersihan diri) (LIPI, 2004).

Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan melakukan kombinasi metode kuantitatif dan metode kualitatif, dengan pendekatan proses keperawatan

guna memperoleh pemahaman lebih mendalam mengenai hubungan pola asuh dengan status gizi (MD, JS, HH).

Referensi

- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan N0. 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga, Jakarta*. Jakarta: Balitbang Depkes.
- Departemen Kesehatan RI. (2004). *Sistem kesehatan nasional*. Jakarta: Balitbang Depkes .
- Ekasari, Fatma, M., et al. (2002). *Keperawatan komunitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Harsiki, M.M.T. (2003). *Hubungan pola asuh dan faktor lain dengan keadaan gizi anak batita keluarga miskin di pedesaan dan perkotaan Propinsi Sumatera Barat* (Tesis, tidak dipublikasikan). Universitas Indonesia, Depok.
- Herawati, T.H. (2002). *Pengaruh pemberian makanan tambahan bagi balita KEP terhadap perubahan status gizi balita di Puskesmas Kabupaten Sidoarjo* (Tesis, tidak dipublikasikan). Universitas Indonesia, Depok.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). (2004). *Ketahanan pangan dan gizi di era otonomi daerah dan globalisasi. Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi*. Jakarta: LIPI.
- Maurer, Frances, A., Smith, & Claudia, M. (2005). *Community/ public health nursing practice*. Baltimore, MD: Elsevier Saunder.
- Widayani, S., Hidayat, S., & Kusharso, C. (2001). Hubungan antara pola asuh dengan status gizi anak batita pada rumah tangga petani di Kabupaten Bogor. *Media Gizi dan Keluarga*, Desember, XXV (2), 73-82.
- Wong, D. (2004). *Pedoman klinis perawatan pediatrik* (Monica Ester, penerjemah). Jakarta: Penerbit ECG.

PERSEPSI PASIEN TERHADAP PELAYANAN KEPERAWATAN: STUDI FENOMENOLOGI

Muhidin^{1,2*}, Junaiti Sahar³, Wiwin Wiarsih³

1. Akademi Keperawatan Dr. Soedono Madiun, Jawa Timur 63117, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: muhidin_71@yahoo.com

Abstrak

Mutu pelayanan keperawatan merupakan hasil dari harapan ideal yang dipersepsikan pasien dengan kenyataan yang diterima. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan di RS X Madiun. Desain penelitian adalah fenomenologi deskriptif menurut Spiegelberg dengan teknik pengambilan sampel *convenience sampling* sejumlah 7 informan. Pengumpulan data menggunakan teknik *in depth-interview* dengan bentuk pertanyaan terbuka semi terstruktur. Hasil wawancara direkam dengan alat perekam kemudian ditranskrip verbatim dan dianalisis menggunakan metode Colaizzi. Penelitian menghasilkan 18 tema tentang persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan: alasan utama memilih rawat inap; alasan penunjang memilih rawat inap; puas pada pelayanan keperawatan; kecewa pada pelayanan keperawatan; toleran pada pelayanan keperawatan; sikap dalam merawat; atribut perawat; kemampuan kognitif; kemampuan teknis; pengelolaan tugas; pemenuhan gizi; pemeliharaan lingkungan; pelaksanaan program terapi; aktivitas perawat; perilaku perawat; penataan SDM keperawatan; pengembangan layanan keperawatan dan pengembangan strategis. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pelayanan keperawatan yang dilaksanakan di RS X Madiun belum memenuhi harapan pasien, penerapan prinsip *caring* oleh perawat belum optimal, disebabkan oleh terbatasnya perawat baik secara kuantitas maupun kualitas. Pemerintah kota Madiun sebagai pengambil kebijakan disarankan untuk membenahi SDM keperawatan dengan cara menambah jumlah perawat, seleksi tenaga perawat yang kompeten, evaluasi kinerja, pendidikan dan latihan, dan supervisi keperawatan.

Kata kunci: fenomenologi, pasien, pelayanan keperawatan, persepsi

Abstract

Nursing service quality is results of an ideal hope which could create the patient perception based on received reality. The objectives of this study was to explore the patient perception related to nursing services at RSUD Sogaten in Madiun District. This study used a descriptive phenomenology according to Spiegelberg by convenience sampling technique from 7 informants. Collecting data used in-depth interview technique in form of open-ended question by structural. Interview result recorded by tape recorder, and then it was transcribed by verbatim and it was analyzed by Colaizzi method. Study yield 18 themes concerning patient perception to nursing service: main reason to choose inpatient; reason of supporter choose taking care of to lodge; satisfied at service of treatment; satisfaction of nursing service; lenient of nursing service; attitude of nursing; nurse attribute; cognitive ability; technical ability; job management; nutrition accomplishment; environment maintenance; execution of therapy program; nursing activity; nurse behavior; settlement of nursing human resources; nursing service and strategic development. This conclusions of this study is nursing services at RS X Madiun did not fulfill patient hope yet, applying of caring principle by nurse is not optimal yet, because of limited of nurses both amounts and qualities. Government in Madiun District as policy maker was suggested to correct nursing human resources by the way of adding amount of nurse, select a competence nurse, performance evaluation, education, practice and nursing supervise.

Keywords: phenomenology, patient, nursing service, perception

Pendahuluan

Pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan salah satu pelayanan utama yang memiliki daya ungkit terbesar terhadap mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Perawat memiliki interaksi yang paling luas dengan pasien, karena keterlibatannya pada hampir seluruh aktivitas pelayanan di rumah sakit. Kontak

kekariban dalam aktivitas perawatan adalah elemen utama keunikan pelayanan keperawatan yang senantiasa dipersepsikan dan menjadi pengalaman berharga bagi pasien yang akan menentukan kualitas (Kirby & Slevin, 1992). Penampilan perawat sebagai personil penentu kualitas pelayanan kesehatan baik di negara maju maupun negara berkembang masih belum mampu memenuhi tuntutan harapan dari pelanggan.

Survei terhadap pelayanan keperawatan di rumah sakit di Kanada, Jerman, Skotlandia, Inggris, dan Amerika Serikat menemukan sekitar 17-44% perawat melakukan pelayanan keperawatan dengan kualitas memburuk dalam setahun terakhir (McLoughlin & Leatherman, 2003). Penelitian Suryawati, Dharminto, dan Shaluhiah (2006) menggambarkan ketidakpuasan yang dipersepsikan pasien di rumah sakit berhubungan dengan tutur kata, keacuhan, ketidakramahan, dan kesulitan memperoleh informasi dari perawat menduduki peringkat pertama.

Mutu pelayanan keperawatan, khususnya di rumah sakit umum pemerintah, belum memenuhi harapan pasien karena kurangnya tenaga keperawatan. Akibatnya rasio antara pasien dan perawat kurang memadai sehingga pekerjaan perawat melebihi kapasitasnya (Angsar, 2001 dalam Sudarma, 2008). Hal yang sama terjadi di RS X Madiun belum menunjukkan kinerja rawat inap yang optimal.

Pencapaian BOR berada di bawah standar Depkes (2003) yaitu 60-80% dalam 3 tahun masa berdirinya: tahun 2004, 11.39%; tahun 2005, 14.91%; dan tahun 2006, 47.13%. Kenaikan yang sangat signifikan pada 2007 yaitu sebesar 74.15% tidak diimbangi kebijakan penambahan tenaga oleh pemerintah kota Madiun. Akibatnya beban kerja perawat meningkat dan orientasi keperawatan lebih menekankan pada kegiatan yang bersifat pengobatan dibandingkan dengan kegiatan perawatan sebagai tugas pokoknya. Rumah sakit ini juga belum pernah melakukan evaluasi terhadap pelayanan keperawatan baik dengan pendekatan kuantitatif maupun kualitatif. Upaya untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan secara kualitatif dapat dilakukan dengan menilai persepsi pasien terhadap pelayanan dengan wawancara mendalam atau *focus group discussion*.

Metode

Metodologi riset yang digunakan adalah fenomenologi deskriptif. Pendekatan ini memungkinkan peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam tentang persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan di RS X Madiun. Fenomenologi deskriptif merupakan

cara mengeksplorasi dan mendeskripsikan suatu fenomena, dengan seoptimal mungkin membebaskan diri dari penilaian awal (Streubert & Carpenter, 1999). Metode ini memiliki tiga tahap yaitu intuisi, menganalisis, dan mendeskripsikan.

Tahap *intuiting*, menuntut peneliti memasuki secara total fenomena yang diteliti sehingga peneliti memahami secara mendalam fenomena sesuai deskripsi informan, tanpa kritik, atau melakukan penilaian serta memberikan pendapat terhadap fenomena tersebut. Data yang terkumpul melalui wawancara ditranskripsi dan dibaca berulang-ulang agar peneliti dapat mengkaji persepsi informan. Tahap *analyzing* dilakukan melalui identifikasi inti fenomena, memberikan kode terhadap informasi yang didapat, melakukan kategorisasi, menyatukannya ke dalam tema-tema dan melakukan analisis tema. Selanjutnya, tahap *describing*, dilakukan dengan membuat deskripsi naratif tentang tema-tema.

Penelitian ini dilakukan di ruang dewasa RS X Madiun. Penentuan informan dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling* jenis *convenience sampling*. Kriteria informan meliputi pasien dewasa yang bersedia mengikuti penelitian, dalam kondisi stabil, minimal telah dirawat selama tiga hari, diutamakan yang telah memiliki pengalaman rawat inap sebelumnya di rumah sakit ini dan yang akan pulang. Kriteria tersebut dimaksudkan agar pasien mampu melakukan proses persepsi yang akurat dan telah memiliki intensitas yang cukup terhadap objek persepsi yaitu pelayanan keperawatan.

Kegiatan pengumpulan data dilakukan selama empat minggu dan mendapatkan tujuh informan (lima laki-laki, dua perempuan). Menurut Polit dan Hugler (2001) jumlah partisipan sebanyak ini mencukupi untuk mendapatkan saturasi data.

Pengumpulan data menggunakan teknik *in-depth interview* dengan bentuk pertanyaan terbuka semi terstruktur. Hasil wawancara disimpan dalam bentuk rekaman, kemudian ditranskrip verbatim dan dianalisis menggunakan metode Colaizzi. Etika penelitian diperhatikan dengan menggunakan prinsip otonomi, kerahasiaan, serta perlindungan dari ketidaknyamanan.

Keabsahan data dijamin memenuhi prinsip kredibilitas, transferabilitas, dan ketergantungan.

Hasil

Karakteristik informan yang terlibat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: jumlah informan 7 orang (5 laki-laki dan 2 perempuan), usia berkisar antara 19-60 tahun, berasal dari suku Jawa 5 orang, Nias 1 orang, dan Palembang 1 orang. Latar belakang pendidikan informan meliputi lulus SD 1 orang, SLTA 4 orang, dan 2 orang masih berstatus mahasiswa.

Lama hari rawat berkisar antara 4-7 hari, 4 informan pernah dirawat sebelumnya dan 3 orang baru pertama dirawat. Lama hari rawat berkisar antara 3-7 hari dengan diagnosis medis utama sebagai berikut: DM 4 orang, DBD 1 orang, efusi pleura 1 orang, dan batu empedu 1 orang.

Sebanyak 18 tema dihasilkan melalui *content analysis* tentang persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan di RS X Madiun, yang ditampilkan dalam P1-P7 yang memiliki arti Partisipan ke-1 sampai ke-7. Penyajian tema dilakukan berdasarkan tujuan khusus penelitian dengan menampilkan contoh transkrip wawancara dengan informan.

Alasan Pasien Memilih RS X Madiun sebagai Tempat Rawat Inap

Dua tema meliputi alasan utama dan alasan penunjang memilih tempat rawat inap. Tema tersebut menggambarkan pemanfaatan rumah sakit yang masih terbatas pada masyarakat di sekitar rumah sakit, yang dilihat dari sosial ekonomi menengah ke bawah, serta derajat penyakit yang ringan saja.

"Alasan saya memilih disini itu ya tempatnya sederhana, maksudnya sederhana itu masalah biaya khan agak ringan" (P7).

"...karena dekat dengan tempat tinggal saya disitu jalan...dan juga dekat dari tempat dines saya..." (P2).

"Sebenarnya saya belum memilih rumah sakit ini...saya minta kamar kelas I di RS A nggak ada...terus mencari ke Merpati (ruang VIP RSU A) itu juga penuh" (P1).

"...kalau hanya demam-demam biasa saya lebih suka disini...tetapi kalau penyakitnya sudah menyangkut nyawa (mengacungkan jari telunjuk ke atas) saya akan pertimbangkan memilih rumah sakit lain". (P5)

Respon Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Respon pasien terhadap pelayanan di rumah sakit bervariasi yaitu, puas, kecewa, dan toleran. Adapun faktor-faktor yang mendasari respon tersebut meliputi sikap, ketrampilan, kemampuan komunikasi, dan keterbatasan dari rumah sakit.

"... saya suka, puas.. karena mereka masih muda itu sopan, selalu permisi, ketuk pintu ketika masuk kamar..dan permisi setiap melakukan apa-apa" (P1).

"...ini lihat (menunjukkan punggung tangan dan kedua lipat sikunnya) biru semua khan...ini karena ulah perawatnya yang nggak terampil.....gitu kok bisa jadi perawat ya?" (P4).

"...perawat yang kontrak itu gajinya cuma Rp. ... sebulan ...lho kok terus kita suruh melayani seperti diswasta ya terang saja nggak bisa...kalau pelayannya masih begini-begini ya kita terima saja" (P3).

Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Tema-tema yang tergal adalah sikap perawat bervariasi (baik dan tidak baik) meliputi aspek komunikasi, ketulusan, kesungguhan dan kepedulian. Sedangkan yang sudah baik adalah sikap adil dan menghibur.

Sikap dalam komunikasi yang tidak efektif seperti ditunjukkan dalam pernyataan berikut:

"Jadi saya lagi ngomong-ngomong rekan-nya masuk sêêt (menggerakkan telapak tangan pada posisi miring) pembicaraan saya diputus (mengacungkan telunjuk) terus dia ngomong dengan temanya...ini khan sikap yang nggak baik.." (P1).

Sikap kurang tulus dalam bekerja:

"...masnya (perawat: red) itu kok nggak bersih (merawat luka : red)terlihat agak jijik dan asal-asalan gitu lo mas... sakit hati saya, kelihatan khan dari wajahnya dia itu jijik..." (P2).

Sikap kurang peduli dari perawat:

“...kalau nggak lapor mereka nggak datang..ya datang sih datang tapi cuman kegiatan rutinya tensi, ngasih obat...kalau nggak ditanya nggak ngomong.... sprej ini kotor kalau nggak minta diganti ya tidak diganti” (P4).

Sikap yang adil dari perawat:

“...perawatnya disini itu ya tidak membedakan ini yang askes, ini yang bayar sendiri...” (P7).

Sikap menghibur :

“masnya itu yang gemuk waktu kontrol itu ya saya ajak bercanda ya biasa, bisa mengimbangi (tertawa dengan suara serak) . Itu yang menyebabkan kerasan dan senang” (P7).

Makna kedua berhubungan dengan atribut perawat yaitu cara berpakaian yang tidak sesuai, dan dandanan yang sudah baik.

“... kadang ada yang memakai sandal jepit, padahal bajunya putih-putih dan dimasuk-kan rapi tapi kok pakai sandal jepit.. (tersenyum)” (P2).

“....nggak dandan berlebihan atau pakai perhiasan berlebihan kemrompyong (gemercing suara perhiasan : Jawa)” (P6).

Makna ketiga kemampuan kognitif dan teknikal juga bervariasi. Kemampuan kognitif yang baik.

“....semua dijawab dengan jelas oleh perawat, kemarin itu khan begini 2 hari itu saya melihat nasi saja kok sudah mual-mual to mas... kalau bapak mual coba pakek diabetasol...biar daya tahan tubuhnya kuat.... ternyata sarannya itu kok ya masuk akal..kenyataannya kondisi saya membaik setelah diberi itu” (P2).

Kemampuan teknikal yang kurang baik:

“Ngambil darah saja ndak bisa...dah dicoblos nggak ketemu..ya udah nggak apa-apa..saya bilang begitu..tapi dalam hati saya bilang kok bisa ya?” (P4).

Makna keempat berhubungan dengan manajemen pelayanan keperawatan yang belum optimal (pengelolaan tugas, pemeliharaan lingkungan, pemenuhan gizi, dan pelaksanaan program terapi).

“...yang bagian obat ya cuma ngasih suntikan doang udah terus keluar atau kalau ada dokternya visite itu diem aja...nggak ngasih laporan gimana pasiennya gitu...(tertawa)...ya jadinya dokternya harus nanyanya lagi” (P4).

“.... kebersihan itu..(menunjuk ke kanan dan ke kiri serta kamar mandi) ini (menarik sprej), pasien sebelah tadi yang pulang 25 hari itu tidak diganti sama sekali... saya disini selama 3 hari sprej juga belum diganti” (P6).

“...yang berurusan dengan soal medis itu sudah cukup memadai misal, obat yang diberikan dokter itu diberikan perawatnya semuanya dengan cukup bagus” (P3).

Harapan terhadap Pelayanan Keperawatan

Beberapa harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan meliputi, 1) aktivitas perawatan yang jelas, 2) perilaku perawat yang baik, 3) pengelolaan SDM keperawatan, 4) pengembangan pelayanan, dan 5) Penyusunan rencana strategis.

Harapan pertama adalah aktivitas perawatan yang jelas, berupa adanya jadwal kerja dalam perawatan:

“...jadi pasien jam berapa harus dikontrol atau ini bagiannya siapa yang harus melihat pasien, dan kalau malem itu ruangan jangan ditinggal jadi harus ada suster jaganya” (P5).

Harapan kedua pada perbaikan perilaku perawat dalam memberikan pelayanan pasien mencakup sikap, keterampilan, dan kemampuan kognitif.

“...dia harus berperilaku ramah, ada diterap-kan berapa S gitu senyum, sopan, santun, sapa ..nah itu bagus itu...jadi sebelum diobati itu sudah tersentuh...” (P1).

“Agak serius gitu..kalau kerja ke pasien itu tidak main-main....mestinya cari dulu yang bener jangan langsung coblos..” (P4).

Harapan pasien ketiga adanya penataan SDM keperawatan melalui penambahan tenaga, proses seleksi, evaluasi kompetensi, pendidikan dan pelatihan serta supervisi keperawatan.

“... kalau perawatnya cukup tentu lebih banyak waktu melakukan hal-hal kecil seperti ngecek tensi atau lihat infus yang habis itu akan lebih terjamin..makanya ya kalau bisa ditambah perawatnya” (P6).

“...ketika masuknya mereka (perawat) dites saja..yang sudah bekerja juga bisa, jangan-jangan mereka bener-bener nggak bisa gitu. Kalau emang jelek ya diikutkan pela-tihan...dan mestinya disini ada yang mengecek perawatnya bisa nggak bekerja. Bagaimana melayani pasien, sering dibenci pasien nggak?” (P4).

Harapan keempat adalah pengembangan pelayanan berupa penambahan ruangan, perbaikan layanan, kualifikasi layanan dan tarif.

Penambahan ruangan dan kualifikasi tarif seperti diungkap informan berikut.

“Saya melihat kenapa ruangan ini kosong? Orang melihat kelas ini saja Rp.250.000,- dan yang itu Rp.50.000,-(menunjuk arah selatan), tapi kalau ada yang Rp.100.000,- khan ada alternatif lain. Jadi umpama VIP Rp.250.000,- kelas I Rp.100.000,- dan kelas I yang sekarang ini jadikan saja kelas II tarifnya Rp.50.000,- dan kelas I dibuat yang baru saja dengan tarif Rp.100.000,-...” (P1).

Upaya perbaikan dapat dilakukan dengan melihat rumah sakit yang lebih baik.

“...lihat rumah sakit lain yang memang perawat-perawatnya dan pelayanannya sudah baik gitu apa istilahnya..(menggaruk-garuk dahi) ...ya studi banding. Jadi studi banding ke RS lain misal RS B yang di Madiun itu kesannya sudah baik” (P6).

Harapan terakhir adalah penyusunan rencana strategis agar rumah sakit mampu bersaing dan diminati oleh masyarakat seperti terungkap berikut ini.

“...saya telah belajar bagaimana kemauan konsumen (partisipan adalah mantan Direktur Pemasaran Perusahaan Pupuk Nasional) , kalau kita nggak tanggap ya kita akan dijauhi konsumen, pesaing kita banyak, setahu saya sudah mulai banyak rumah sakit di Madiun ini, sini, RS A, RS B, RS C, RS D ada lagi itu yang masih membangun di sana (menunjuk ke arah selatan)..deket pabrik gula itu ...ya 6..” (P1).

Pembahasan

Pemilihan tempat rawat inap menurut Rosenstoch (1974) dan Becker dan Mainman (1975) dalam Potter dan Perry (1997) dipengaruhi oleh, 1) persepsi individu tentang kerentanannya terhadap suatu

penyakit, 2) persepsi individu tentang keseriusan penyakit yang diderita (derajat keparahan), dan 3) persepsi terhadap manfaat yang akan diperoleh dari fasilitas layanan kesehatan yang diperoleh. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat tersebut kecuali pada aspek kerentanan individu terhadap penyakit. Penelitian Riyarto dan Suprihanto (1999) memiliki kesamaan dengan penelitian ini yaitu faktor keterjangkauan harga (*affordable*) dan keterjangkauan jarak (*accessible*) pada kelompok masyarakat sosial ekonomi menengah ke bawah merupakan alasan utama dalam memilih tempat rawat inap.

Menurut Flaherty (1979) dalam DeWit (2005) pelayanan keperawatan memiliki sifat hakiki berupa: *humanistic caring, nurturing, comforting, dan supporting* dan karakteristik profesionalisme mencakup pendidikan, kode etik, penguasaan ketrampilan/ keahlian (*mastery of a craft*), keanggotaan dalam organisasi profesi dan akuntabilitas tindakan (*accountability for action*). Sifat hakiki dari pelayanan keperawatan harus dimiliki oleh setiap perawat dalam menjamin pelayanan yang memuaskan pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang memenuhi sifat tersebut mampu memberikan kepuasan pelayanan pada pasien, sebaliknya hilangnya salah satu sifat hakiki tersebut menyebabkan rasa tidak puas informan.

Dalam perspektif informan sifat *humanistic caring* dalam keperawatan dalam penelitian ini lebih utama dibandingkan aspek lain. Kondisi ini sejalan dengan pendapat Jacobalis (1995) sikap, perilaku, tutur kata perawat akan membentuk citra dalam diri pasien dan keluarganya. Tidak jarang walaupun pasien/keluarga merasa hasil perawatan (*outcome*) tidak sesuai dengan harapannya mereka tetap merasa cukup puas karena dilayani dengan sikap yang menghargai perasaan dan martabatnya.

Pelayanan rawat inap paling banyak melibatkan perawat dalam interaksinya dengan pasien dalam hubungan yang sensitif yang menyangkut kepuasan, mutu layanan keperawatan dan citra rumah sakit (Goodler, 1996). Perawat akan menjadi objek persepsi utama dalam setiap tingkah lakunya melayani pasien selama masa rawat inap.

Persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan dalam penelitian ini menggambarkan bahwa perawat 1) belum mampu berperilaku *caring* secara totalitas dalam memberikan asuhan keperawatan, 2) belum memiliki kompetensi (kognitif, teknis) yang memadai, 3) berpenampilan secara baik (penggunaan uniform), dan 4) mengelola pelayanan keperawatan secara baik (pemeliharaan lingkungan, pemenuhan gizi, pelaksanaan program terapi).

Tema-tema tentang persepsi pasien terhadap pelayanan tersebut sangat berbeda dengan hasil penelitian dari Hudachek (2008) 7 tema tentang persepsi pelayanan keperawatan yaitu: 1) kepedulian "*caring*", 2) kasih sayang, 3) kerohanian, 4) harapan yang melampaui target masyarakat, 5) memberikan kenyamanan, 6) intervensi krisis dan 7) pelayanan tanpa jarak. Dibandingkan dengan penelitian Hudachek (2008), penelitian ini hanya memenuhi aspek kepedulian, kasih sayang dan memberikan kenyamanan saja.

Belum terwujudnya aspek *caring* dalam pelayanan keperawatan di RS X Madiun, mengacu pada pendapat Marquis dan Houston (2000) dimungkinkan oleh 1) Visi, misi dan tujuan rumah sakit belum dijabarkan secara lokal pada tingkat ruangan, 2) Struktur kerja lokal, mekanisme kerja (standar-standar) yang diberlakukan di ruangan belum memadai, 3) sumberdaya manusia keperawatan yang belum memadai secara kualitas maupun kuantitas, 4) metode penugasan/ pemberian asuhan dan landasan model pendekatan kepada klien yang ditetapkan, 5) belum tersedianya sumber/ fasilitas yang mendukung pencapaian kualitas pelayanan yang diberikan, dan 6) kesadaran dan motivasi dari seluruh tenaga keperawatan.

Harapan informan terhadap pelayanan keperawatan di RS X Madiun menggambarkan kondisi ideal yang harus dilakukan pihak manajemen pelayanan rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan yang secara garis besar meliputi sistem pemberian asuhan keperawatan yang ideal, perilaku ideal perawat dalam pelayanan keperawatan, manajemen SDM keperawatan dan upaya yang harus dilakukan agar

rumah sakit ini dikenal serta dimanfaatkan oleh masyarakat.

Penelitian ini sesuai temuan Ani, Werdati dan Utarini (2001) tentang harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan oleh di RSUD Dharma Yadnya Bali tema-tema harapan pasien yang teridentifikasi adalah kenyamanan pelayanan keperawatan, kemampuan berkoordinasi perawat dalam bekerja, daya tanggap perawat terhadap kebutuhan pasien, profesional dalam pelayanan dan sikap empati dalam melayani pasien.

Kesimpulan

Persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan menggambarkan; pemanfaatan RSUD Sogaten kota Madiun terbatas pada masyarakat disekitar rumah sakit. Respon pasien terhadap pelayanan keperawatan menunjukkan bahwa kinerja perawat belum optimal akibat kurang kompeten. Perawat belum mampu berperilaku *caring* dalam memberikan asuhan keperawatan, belum memiliki kompetensi (kognitif, teknis) yang memadai, belum berpenampilan secara baik, dan manajemen pelayanan keperawatan belum optimal. Perawat dirumah sakit diharapkan tanggap terhadap kebutuhan pasien, terampil, pandai, serta menghargai klien, serta upaya-upaya yang harus dilakukan jajaran manajerial rumah sakit untuk memperbaiki pelayanan keperawatan (JF, ENN, DW).

Referensi

- Ani, S.L., Werdati, S., & Utarini, A. (2001). Harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan; penelitian kualitatif di RSUD Dharma Yadnya Denpasar Bali. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 4 (1), 13-18.
- Depkes RI. (2003). *Pusat data dan Informasi*. Diperoleh dari <http://www.yanmedik-depkes.or.id/kegPel/default.htmhome>.
- DeWit, S.C. (2005). *Fundamental concepts and skills for nursing* (Volume 1). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Goodler. (1996). *Quality in health care*. Makalah pada Kongres PERSI ke VII tanggal 25 – 28 November 1996, Jakarta.

- Hudachek., S.S. (2008) Dimension of caring: A qualitative analysis of nurse's stories, phenomenology. *Journal of Nursing Education*. 47 (3), 124-300.
- Jacobalis S. (1995). *Menjaga mutu pelayanan rumah sakit suatu pengantar*. Jakarta: Citra Windu Satria.
- Kirby, C., & Slevin, O. (1992). *A new curriculum for care*, in Slevin, O., & Buckenaham, M., Project (2000). *The teachers speak*. Eidenburgh: Campion Press.
- Marquis & Houston (2000) *Leadership roles and management function in nursing: Theory & application* (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mc.Loughlin, V. & Leatherman, S. (2003). *Quality or financing; What drives design of the design health care system? qualitatif safety health care*. Washington DC: National Academic Press.
- Murti, B. (2003). Mengembangkan indikator kualitas pelayanan kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 6 (2).
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. St. Louis: Mosby Year Book Inc.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (1997). *Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice*. St.Louis: Mosby Year Book. (diterjemahkan oleh Asih Y, dkk, diterbitkan Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC)
- Riyarto, S. & Suprihanto, J., (1999). Evaluasi implementasi strategi pemasaran di Rumah Sakit Islam Jakarta Pusat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2 (1), 31-41.
- Streuebert, H.J., & Carpenter, D.R., (1999). *Qualitative research in nursing advancing humanistic imperative* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott.
- Sudarma, M. (2008). *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Suryawati, C., Dharminto, & Shaluhayah, Z. (2006). Penyusunan indikator kepuasan pasien rawat inap rumah sakit di provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 9 (4), 177-184.

Pikiran kita ibarat parasut, hanya berfungsi ketika terbuka.

- Thomas Dewar -

Standar terbaik untuk mengukur keberhasilan Anda dalam kehidupan adalah dengan menghitung jumlah orang yang telah Anda buat bahagia.

- Robert J.Lumsden -

ANALISIS KONSEP KUALITAS HIDUP

Yati Afyanti^{1*}

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

*Email: lupinavalon@hotmail.com, yatikris@ui.ac.id

Abstrak

Konsep kualitas hidup mulai digunakan dalam literatur kesehatan setelah perang dunia kedua. Saat ini konsep ini menjadi penting untuk dibahas dalam mengevaluasi hasil akhir kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para profesional kesehatan sejalan dengan tumbuhnya kesadaran bahwa kesejahteraan pasien menjadi pertimbangan yang penting dalam memilih terapi pengobatan dan untuk mempertahankan kehidupan. Kualitas hidup menjadi pertimbangan bermakna untuk masyarakat pada umumnya, dan pelayanan kesehatan pada khususnya. Namun, saat ini belum ada konsensus tentang definisi tepat dan spesifik serta alat ukur kualitas hidup. Ketiadaan konsensus ini menjadikan konsep kualitas hidup tetap meragukan. Analisis simultan terhadap konsep tersebut diharapkan dapat menghasilkan suatu konsensus definisi atribut dan alat ukur yang spesifik dan tepat dalam merumuskan konsep kualitas hidup secara operasional melalui pengembangan lebih lanjut berbagai indikator yang telah banyak digunakan dalam mengukur suatu kualitas hidup seorang individu.

Kata kunci: analisis konsep dan kualitas hidup

Abstract

The quality of life concept was first used in the health literatures after the World War II. Today this concept has become important to address in evaluating the outcome of the quality of health services provided by health professionals in line with the growing awareness that the welfare of patients becomes an important consideration when they choose medical therapy and to maintain life. Quality of life becomes meaningful to the community considerations, particularly to the health services. However, the quality of life concept currently has no consensus about the appropriate specific definition and measuring tool of quality of life. The absence of consensus leads the quality of life concepts remains ambiguous. Simultaneous analysis of the concept is expected to produce a consensus definition and measurement attribute specific and precise in formulating an operational concept of quality of life through the further development of the various indicators that have been widely used in measuring the quality of life of an individual.

Key words: concept analysis and quality of life

Pendahuluan

Konsep kualitas hidup (*quality of life*) telah banyak digunakan dan dilaporkan dalam berbagai literatur kesehatan (biomedik) dan keperawatan dalam sepuluh tahun terakhir. Tepatnya setelah perang dunia kedua, prase kualitas hidup muncul dalam merespon pesatnya perkembangan inovasi teknologi pelayanan kesehatan dalam memperpanjang kualitas hidup individu (Haas 1999; Meeberg, 1993).

Saat ini bahasan kualitas hidup menjadi suatu pertimbangan penting untuk mengevaluasi berbagai hasil akhir efektifitas pelayanan kesehatan yang diberikan para profesional kesehatan dalam menentukan berbagai manfaat dari macam opsi/ pilihan tindakan medis yang akan diberikan kepada para

pasiennya. Sebagai contoh, Anderson dan Lutgendorf (2001) mengevaluasi konsep kualitas hidup untuk menilai kualitas hidup para pasien kanker, Kleinpell (1991) menggunakan evaluasi konsep kualitas hidup para pasien di unit perawatan intensif, dan Felce (1997) menggunakan konsep ini untuk mengevaluasi kualitas hidup para pasiennya yang mengalami ketidakmampuan intelektual.

Beberapa hasil analisis konsep para ahli memberikan berbagai definisi tentang kualitas hidup. Kualitas hidup didefinisikan sebagai istilah kepuasan hidup (Ferrans, 1996; Zhan, 1992), kualitas hidup didefinisikan sebagai pengalaman hidup, kepuasan hidup, dan kesejahteraan (Meeberg, 1993, Hass, 1999). Feinstein (1987) menyatakan konsep kualitas hidup sebagai suatu payung yang memayungi variasi konsep fungsional,

status kesehatan, persepsi, kondisi kehidupan, gaya hidup, dan kebahagiaan. Namun, sampai saat ini belum terdapat suatu konsensus tentang definisi kualitas hidup yang tepat dan spesifik. Selain itu, belum juga terdapat konsensus tentang suatu alat ukur untuk menentukan/mengukur kualitas hidup individu atau apakah kualitas hidup individu dapat atau seharusnya diukur? Belum adanya konsensus-konsensus tersebut menyebabkan kualitas hidup masih menjadi suatu konsep yang ambigu.

Makalah ini akan memberikan batasan pada pembahasan analisis konsep kualitas hidup dalam mengklarifikasi berbagai arti dari kualitas hidup, terutama dihubungkan dengan kehidupan seorang individu, mengidentifikasi berbagai penggunaan konsep kualitas hidup, mengidentifikasi karakteristik esensial dari definisi atributif konsep kualitas hidup, dan mempresentasikan berbagai konstruksi model kasus dan kasus-kasus tambahan lainnya. Penjelasan tentang antecedent, berbagai konsekuensi dan referensi empirik dari konsep kualitas hidup juga dibahas untuk melengkapi bahasan analisis konsep kualitas hidup dalam makalah ini.

Klarifikasi Berbagai Arti Konsep Kualitas Hidup

Konsep kualitas hidup pertama kali dijelaskan dalam budaya China yang memberi definisi pertama tentang kualitas hidup umumnya dikaitkan dengan nilai atau nilai tertinggi dari hidup, gambaran esensial dari suatu kehidupan, kualitas hidup sering kali dihubungkan dengan kesejahteraan. Selanjutnya WHO pada tahun 1947 mulai memperkenalkan istilah kualitas hidup dalam konteks definisi tentang sehat, yaitu suatu kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial individu terbebas dari berbagai kelemahan dan penyakit.

Sejalan dengan eksponensial waktu, konsep kualitas hidup mengalami perkembangan istilah. Berbagai indikator untuk menentukan definisi kualitas hidup dibahas dalam berbagai literatur. Frank-Stormberg (1988) mendefinisikan kualitas hidup individu secara murni dengan mengukur melalui ukuran indikator obyektif dari pendapatan, pekerjaan, edukasi, dan fungsi fisik individu.

Campbell (1976) menggunakan indikator lain, yaitu indikator sosial, dalam memberi definisi tentang kualitas hidup. Campbell menjelaskan bahwa kualitas hidup individu merupakan suatu kondisi kehidupan seseorang yang mempengaruhi kualitas hidupnya namun kondisi tersebut tidak menentukan pengalaman aktual dari seluruh kehidupannya. Di sisi lain, Pearlman dan Uhlmann (1988) menjelaskan definisi kualitas hidup dari indikator subyektif individu, yaitu persepsi seorang individu terhadap perasaan kesejahteraannya secara subyektif.

Istilah kualitas hidup juga didefinisikan menurut kamus Webster (1986) yang menyebutkan konsep kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya dari individu tersebut di kemudian hari, status sosial yang tinggi dan gambaran karakteristik tipikal dari kehidupan seorang individu.

Sejalan dengan perkembangan literatur yang secara kontinyu membahas pencarian arti konsep kualitas hidup dan berbagai indikator untuk menentukan definisi atributif kualitas hidup telah banyak diargumentasikan oleh para ahli. Namun definisi kualitas hidup masih sukar dipahami.

Berbagai variasi definisi atribut lain yang sama atau hampir sama dengan definisi kualitas hidup, seperti konsep kepuasan hidup, kesejahteraan, kebahagiaan, self-esteem, dan nilai-nilai hidup, masih perlu dibedakan dengan karakteristik definisi atributif konsep kualitas hidup itu sendiri. Sebagai konsekuensinya, konsep kualitas hidup memiliki variasi dimensi dari satu studi ke studi lainnya. Dalam beberapa studi, kualitas hidup merupakan suatu konsep yang unidimensi, sementara dalam studi lainnya, konsep kualitas hidup merupakan suatu konsep yang multidimensi.

Penggunaan Konsep Kualitas Hidup

Penggunaan konsep kualitas hidup telah banyak dibahas dalam berbagai studi yang mempelajari secara khusus penggunaan konsep kualitas hidup dalam berbagai disiplin ilmu. Pernyataan Campbell (1981),

bahwa istilah kualitas hidup pertama kali digunakan di USA setelah perang dunia kedua untuk menggambarkan bahwa saat itu di USA terdapat kehidupan yang lebih baik daripada sekedar jaminan secara financial.

Sejalan dengan perkembangan studi-studi yang mempelajari konsep kualitas hidup, penggunaan konsep ini terus menerus digunakan untuk mengukur/menentukan kualitas hidup individu yang dapat ditentukan dari berbagai macam indikator, yaitu indikator obyektif, subjektif, dan sosial. Melalui perkembangannya, indikator-indikator ini secara terus menerus digunakan untuk mengukur/menentukan kualitas hidup seseorang. Indikator subjektif berkaitan langsung dengan berbagai pengalaman individu menjalani kehidupan sementara indikator objektifnya dikaitkan dengan ujud kepemilikan berbagai material/benda yang mempengaruhi berbagai pengalaman individu menjalani kehidupannya.

Sebagai contoh, dampak kepemilikan suatu benda, seperti pemilikan keadaan rumah seringkali menjadi ukuran status kesejahteraan seseorang dalam indikator obyektif. Hornquist (1982) dan Campbell, Converse, dan Rodgers (1976) menggunakan konsep hidup dalam menentukan kualitas hidup individu dari indikator subyektif dan sosial yang mencakup istilah domain/ranah kepuasan dari berbagai pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial.

Sudut lainnya dari Goodinson dan Singleton (1989) menggunakan konsep kualitas hidup melalui pencapaian pemenuhan berbagai perencanaan hidup. Di lain pihak, suatu ide komprehensif dari Moons, Budts, dan De Geest (2006) juga membahas tentang penggunaan konseptualisasi kualitas hidup sebagai suatu multi konstruksi yang membahas perilaku individu dengan berbagai kapasitas kognitif, kesejahteraan emosi, dan berbagai kemampuannya dalam menjalankan peran domestik, vokasional, dan peran-peran sosialnya. Selanjutnya, penggunaan konsep kualitas hidup menjadi bagian penting dalam pelayanan kesehatan sejalan dengan makin berkembangnya realisasi bahwa kesejahteraan pasien menjadi pertimbangan yang penting ketika mereka memilih terapi pengobatan dan untuk mempertahankan

kehidupannya. Kualitas hidup menjadi pertimbangan bermakna untuk masyarakat pada umumnya, dan pelayanan kesehatan pada khususnya. Konteks pengobatan pasien diasumsikan sebagai suatu cara pengobatan untuk memperpanjang dan mempertahankan kehidupannya. Saat ini, penggunaan konsep kualitas hidup juga digunakan para akademisi dalam membahas pendekatan kualitas hidup untuk mempertimbangkan kesejahteraan spiritual sebagai bagian dari konsep kualitas hidup.

Definisi Atributif Karakteristik Konsep Kualitas Hidup

Definisi atribut dari kriteria suatu konsep adalah berbagai karakteristik konsep yang seringkali muncul/disebutkan ketika konsep tersebut didefinisikan (Walker & Avant, 1988). Sebagai contoh, identifikasi dari beberapa atribut konsep kualitas hidup dapat membantu dalam membedakan konsep kualitas hidup dengan konsep-konsep lain yang saling berhubungan dengan konsep itu sendiri. Berdasarkan hasil pencarian dan penelusuran literatur, terdapat empat karakteristik atribut dari konsep kualitas hidup, yaitu:

1. Pernyataan rasa puas seseorang/ individu terhadap kehidupannya secara umum
2. Kapasitas mental individu untuk mengevaluasi kehidupannya sendiri sebagai suatu kepuasan atau sebaliknya
3. Suatu status fisik, mental, sosial, dan kesehatan emosi seseorang yang ditentukan oleh individu itu sendiri berdasarkan referensinya sendiri
4. Pengkajian/pengukuran objektif dari seseorang bahwa kondisi hidup seseorang adalah adekuat dan terbebas dari ancaman

Konstruksi Model Kasus dan Berbagai Model Kasus Lainnya dalam Konteks Konsep Kualitas Hidup

Penggunaan konstruksi berbagai kasus ketika melakukan analisis suatu konsep dapat memberi kemudahan dalam memahami secara tepat suatu konsep yang sedang dianalisis. Walker dan Avant (1988) menjelaskan konstruksi berbagai kasus terkait dengan suatu konsep dapat membedakan secara tepat,

dan menjelaskan penggunaan suatu konsep dari konsep lainnya.

Berikut penjelasan menurut Walker dan Avant (1988) mengenai beberapa konstruksi kasus berupa kasus model dan kasus-kasus tambahan (kasus yang berhubungan, kasus *borderline*, kasus kontrari, dan kasus *illegitimate*).

Kasus Model

Kasus model adalah suatu konstruksi kasus yang menggambarkan kasus nyata dari kehidupan seorang individu dalam penggunaan konsep tersebut. Dalam konstruksinya, kasus tersebut memiliki semua atribut kritis dari suatu konsep dan tidak mencakup atribut lainnya di luar atribut konsep tersebut.

Kasus yang Berhubungan

Kasus yang berhubungan mengilustrasikan suatu contoh kasus yang sama dengan konsep yang sedang dianalisis, namun kasus tersebut tidak memiliki kesamaan atributif penting dari konsep yang sedang dianalisis.

Kasus *Borderline*

Kasus *borderline* merupakan contoh konstruksi kasus yang memiliki atributif penting dari suatu konsep yang dianalisis, namun tidak semua atributif penting konsep tersebut diilustrasikan dalam konstruksi kasus tersebut.

Kasus *Contrary*

Kasus *contrary* memberikan ilustrasi yang lebih kuat dari konstruksi kasus *borderline*, bahkan tidak, dalam konstruksi kasus ini tidak sama sekali terkandung definisi atributif kritis dari konsep yang dianalisis.

Kasus *Illegitimate*

Konstruksi kasus *illegitimate* memberikan suatu contoh kasus, yaitu penggunaan definisi atribut yang tidak semestinya digunakan atau penggunaan definisi atribut yang salah dalam mengkonstruksikan definisi atribut ke dalam konstruksi kasus tersebut. Dengan kata lain, konstruksi kasus tersebut menggunakan definisi atributif yang salah dari konsep tersebut.

Anteseden dan Berbagai Konsekuensi Konsep Kualitas Hidup

Anteseden dan konsekuensi dari suatu konsep berfungsi memperhalus karakteristik-karakteristik penting dan dapat memberikan pencerahan terhadap definisi konsep tersebut. Anteseden adalah suatu kriteria yang harus dirumuskan sebelum suatu konsep didefinisikan. Dalam analisis konsep kualitas hidup, yang menjadi antecedent dari konsep kualitas hidup seperti yang dijelaskan oleh Walker dan Avant (1988) antara lain: untuk memiliki kualitas hidup, maka harus ada kehidupan, bukan makhluk hidup berarti tidak memiliki kualitas hidup dan keadaan sadar harus mendahului kualitas hidup (ketika seorang tidak dalam keadaan sadar, maka dirinya tidak memiliki kualitas hidup). Di sisi lain, terkait dengan berbagai konsekuensi dari analisis konsep kualitas hidup adalah segala hal yang dihasilkan/merupakan suatu konsekuensi yang berasal dari konsep tersebut. Konsep kualitas hidup memiliki berbagai konsekuensi sebagai berikut: kepuasan merupakan salah satu konsekuensi, kebahagiaan, kesejahteraan merupakan konsekuensi lainnya dan memiliki harga diri dan bangga dengan apa yang sudah dijalani dalam kehidupannya (Walker & Avant, 1988).

Referensi Empiris

Menurut Walker dan Avant (1988), referensi empiris adalah suatu pengklasifikasian kategori/klas tentang suatu fenomena yang nyata yang keberadaannya menunjukkan kejadian dari konsep itu sendiri. Konsep kualitas hidup secara umum belum memiliki suatu standar referensi empiris yang baku, dengan kata lain konsep kualitas hidup belum dapat distandarisasi. Permasalahannya karena konsep kualitas hidup bukan merupakan suatu konsep yang absolute, tapi merupakan suatu konsep yang bersifat *continuum* atau berkelanjutan. Kualitas hidup tidak dapat dipertimbangkan sebagai suatu keadaan yang statis (tetap) dan setiap individu mungkin dapat menyatakan kualitas hidupnya secara berbeda dari waktu ke waktu (Carr, et al., 2001). Hal ini sejalan dengan penjelasan Peplau (1952) yang dalam teorinya menyatakan bahwa konsep kualitas hidup disamakan dengan istilah target/konsep yang bergerak terus menerus.

Walaupun demikian, beberapa peneliti telah mempelajari dan berusaha menyatakan berbagai argumentasi mereka dalam mengklasifikasikan tingkatan variasi dari referensi empirik konsep kualitas hidup, diantaranya Andrew dan Whitey (1974) menjelaskan referensi empirik dari konsep kualitas hidup dari tingkatan variasi indikator sosial. Andrew menjelaskan bahwa berbagai indikator subyektif konsep kualitas hidup (perasaan kepuasan, kebahagiaan, dan kesejahteraan) dapat menentukan atau mengukur secara langsung tentang tingkatan perasaan kesejahteraan seseorang. Di lain pihak, Dale (1980) menjelaskan referensi empirik konsep kualitas hidup menurut variasi indikator obyektif dan indikator subyektif.

Kesimpulan

Dasar analisis konsep kualitas hidup diawali dengan melakukan klarifikasi dari berbagai definisi konsep kualitas hidup. Secara umum, kualitas hidup adalah perasaan dan pernyataan rasa puas seorang individu akan kehidupan secara menyeluruh dan secara status mental orang lain di sekitarnya harus mengakui bahwa individu tersebut hidup dalam menjalani kehidupannya dalam kondisi yang nyaman, jauh dari ancaman, dan secara adekuat memenuhi kebutuhan dasarnya. Namun, melalui penelusuran literatur yang masih terbatas ini disimpulkan belum ada suatu consensus yang dapat memberi definisi universal/umum dari konsep kualitas hidup secara tepat dan spesifik. Setiap individu dapat memberi definisi khusus tentang kualitas hidupnya sesuai dengan referensi dan indikator (subyektif, obyektif, dan sosial) yang digunakannya (SS, INR, HR).

Referensi

- Anderson, B., & Lutgendort, S. (2001). Quality of life as an outcomes measure in gynaecologic malignancies. *Current Opinion in Obstetric & Gynaecology*, 12(1), 21-26.
- Andrew, F.M., & Whitey, S.B. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). The quality of life (in Meeberg, G.A., 1(993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1), 32-38).
- Campbell, A., (1981). The sense of well-being in America (Meeberg, G.A., 1(993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1), 32-38).
- Carr, A.J., et al. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectation or experience? *British Medical Journal*, 322.
- Dale, B. (1980). Subjective and objective indicators in studies of regional well-being. *Regional Studies*, 14, 503-515.
- Ferrans, C.E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10 (3). 293-304.
- Feinsteins, C.E. (1987). Clinical perspectives. *Journal of Chronic Disease*, 40 (6), 635-640.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 126-135.
- Frank-Stromberg, M. (1988). *Instruments for clinical nursing research*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Goodison, S., & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 26 (4), 327-41.
- Haas, B.K., (1999). A multidiscipline concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (6), 728-724.
- Hornquist, J.O (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(2), 57-61.
- Kleinpell, R.M. (1991). *Quality of life of critically ill elderly patients*. Chicago: University of Illinois.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1), 32-38.

- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Pearlman, R.A., & Uhlmann, R.F. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology*, 43 (2), M25-M30.
- Peplau, H.E. (1952). The psychiatric nurse's family group. *The American Journal of Nursing*, 52 (12), 1475-1477.
- Plummer, M., & Molzahn, A.E. (2009). Quality of life in contemporary nursing theory: A concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22, 142-140.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (7), 795-800.
- Walker, L.O. & Avant K.C. (1988). Strategies for theory Construction in Nursing 2nd. (dalam Meeberg (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38).
- Webster. (1986). *Webster's New International Dictionary*. Springfield, Mass.: Merriam-Webster Inc.

Orang-orang hebat di bidang apapun bukan baru bekerja karena mereka terinspirasi,
namun mereka menjadi terinspirasi karena mereka lebih suka bekerja.

Mereka tidak menyalah-nyakan waktu untuk menunggu inspirasi.

- Ernest Newman -

Merasa bersyukur dan menghargai seseorang atau sesuatu dalam kehidupan Anda
akan menarik lebih banyak hal yang Anda hargai dan syukuri dalam hidup Anda

- Christiane Northrup -

Cara memulai adalah dengan berhenti berbicara dan mulai melakukan.

- Walt Disney -

Tidak seorang pun akan mengikuti Anda,
jika Anda tidak tahu kemana harus melangkah.

- Jack Trout -

DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN SKIZOFRENIA: APLIKASI TEORI KEPERAWATAN OREM

Herni Susanti^{1*}

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

*Email: hernisusanti@yahoo.com

Abstrak

Defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak boleh dipandang remeh. Perawat yang terlibat dalam upaya rehabilitasi psikososial perlu memberikan pelayanan kepada klien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri secara profesional. Salah satu caranya dengan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kerangka teori yang dikembangkan oleh ahli-ahli di bidang keperawatan. Teori *self-care* (perawatan diri) oleh Orem memiliki penjelasan yang lengkap tentang konsep perawatan diri, defisit perawatan diri, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Dalam konteks rehabilitasi, teori Orem sangat sesuai dengan tujuan rehabilitasi yaitu membantu klien untuk memandirikan klien seoptimal mungkin.

Kata kunci: defisit perawatan diri, model Orem, skizofrenia

Abstract

Mental health nurses should professionally address the self-care deficit problem in schizophrenic patients, especially in the psychosocial rehabilitation phase. The nursing intervention of the self-care deficit patients can be delivered based on the nursing theoretical framework. The Orem's self-care theory elucidates the concept of self-care, self-care deficit, and its nursing care. In the rehabilitation context, the Orem's theory is relevant to the aim of rehabilitation – optimizing the client's own daily functional capacities.

Key words: self-care deficit, Orem's model, schizophrenia

Pendahuluan

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan munculnya gangguan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku (Videbeck, 2008). Gangguan ini merupakan masalah kesehatan jiwa yang paling serius di dunia. Jumlah penderita skizofrenia di seluruh dunia dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah sekitar 29 juta orang. Dari angka ini, sekitar 20 juta diantaranya diperkirakan berasal dari negara-negara miskin dan berkembang (Barbato, 1998). Di Indonesia, penderita schizophrenia menempati urutan terbesar dalam kelompok pasien gangguan jiwa (Departemen Kesehatan RI, 2008). Kelompok skizofrenia juga menempati 90% pasien di rumah sakit Jiwa di seluruh Indonesia (Jalil, 2006).

Penanganan penderita skizofrenia harus mencakup aspek rehabilitasi untuk mengembalikan kemampuan mereka dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Meskipun gejala utama skizofrenia, seperti halusinasi dan waham, dapat berkurang dengan terapi medikasi dan psikoterapi, klien masih tetap menderita gejala-gejala lanjutan yang mengiringi gangguan jiwa tersebut. Gejala yang dimaksud meliputi kurangnya keinginan melakukan kegiatan sehari-hari, kemampuan bekerja, melakukan hubungan sosial, dan melakukan hal-hal yang menyenangkan (Barbato, 1998; WHO, 2001).

Salah satu aspek penting dalam pelaksanaan rehabilitasi pada klien dengan skizofrenia adalah memulihkan kemampuan klien dalam perawatan diri. Sebuah penelitian melaporkan bahwa upaya perawatan diri yang adekuat sangat dibutuhkan bagi klien yang mengalami gangguan jiwa untuk memenuhi keinginan mereka dalam mencapai kehidupan yang 'normal' (Moore & Pichler, 1999). Selanjutnya, Dittmar (1989) menegaskan bahwa penampilan klien yang adekuat dalam perawatan diri merupakan indikasi utama keberhasilan kegiatan rehabilitasi psikososial.

Namun demikian, sangatlah sulit bagi klien dengan skizofrenia melaksanakan perawatan diri secara mandiri. Adanya gangguan fungsi kognitif yang ditandai dengan buruknya orientasi realitas mengakibatkan menurunnya tingkat kesadaran klien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, mandi, berpakaian, istirahat, dan upaya lain untuk keselamatan diri (Johnson, 1997).

Masalah kurangnya perawatan diri pada klien skizofrenia ini menjadi lebih kompleks lagi bila dikaitkan dengan besarnya stigma yang melekat kuat pada individu dengan gangguan jiwa. Katchnig (2000) menegaskan bahwa klien dengan gangguan jiwa umumnya tidak menyukai stigma yang melekat di dirinya, sehingga menurunkan minat untuk meminta bantuan dari profesional untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari termasuk perawatan diri.

Uraian tersebut menunjukkan masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak boleh dipandang remeh. Untuk itu, perawat yang terlibat dalam upaya rehabilitasi psikososial perlu memberikan pelayanan kepada klien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri secara profesional. Salah satu caranya yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kerangka teori yang dikembangkan oleh ahli-ahli di bidang keperawatan. Bagaimanapun aplikasi teori keperawatan ini dapat mendorong diterimanya keperawatan sebagai tenaga kesehatan yang lebih profesional (Kozier, Erb, & Blaiz, 1997).

Teori *self-care* (perawatan diri) oleh Orem memiliki penjelasan yang lengkap tentang konsep perawatan diri, defisit perawatan diri, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul (Orem, 1991). Dalam konteks rehabilitasi, teori Orem sangat sesuai dengan tujuan rehabilitasi yaitu membantu memandirikan klien seoptimal mungkin (Destine, 1992). Berdasarkan alasan ini, masalah defisit perawatan diri pada skizofrenia akan dianalisis dalam tulisan ini dengan menggunakan pendekatan teori perawatan diri oleh Orem. Tulisan ini diharapkan dapat memberikan pembahasan yang lengkap, khususnya mengenai peran

perawat profesional (dalam hal ini direpresentasikan oleh perawat spesialis).

Defisit Perawatan Diri pada Klien dengan Skizofrenia: Teori Keperawatan Orem

Orem mendefinisikan perawatan diri sebagai kegiatan-kegiatan, yaitu individu memulai dan melaksanakannya untuk diri sendiri, dalam hal mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan (Orem, 1991). Orem menyatakan bahwa upaya perawatan diri dilakukan untuk memenuhi tiga macam kebutuhan perawatan diri: universal, perkembangan, dan deviasi kesehatan.

Kebutuhan universal meliputi aktivitas dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti udara, air, dan makanan; eliminasi; istirahat dan aktivitas; mencari ketenangan (*solitude*) dan interaksi sosial; mendapat kesempatan untuk hidup dan sejahtera; dan kebutuhan untuk merasa normal. Sedangkan kebutuhan perawatan diri secara perkembangan berfokus pada proses dan kejadian perkembangan manusia, seperti kehamilan atau kehilangan anggota keluarga. Terakhir, deviasi kesehatan meliputi kegiatan yang muncul akibat adanya kecacapan pada struktur tubuh manusia akibat penyakit atau tindakan medik (Orem, 1991).

Orem (1991) menyatakan bahwa masalah defisit perawatan diri terjadi apabila seseorang tidak mampu merawat dirinya sendiri atau bergantung pada orang lain (anggota keluarga yang lain). Defisit perawatan diri terjadi apabila kebutuhan perawatan diri yang terapeutik (total aktivitas keseluruhan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan universal, perkembangan, dan deviasi kesehatan) melampaui kemampuan *self-care* (kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri).

Kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, sistem keluarga, faktor lingkungan, sosial dan budaya, serta tersedianya sumber-sumber/fasilitas. Kebutuhan perawatan diri pada klien skizofrenia lebih besar dari kemampuannya melakukan aktivitas perawatan diri.

Hal ini terjadi karena klien menderita gejala yang disebabkan penyakit skizofrenia tersebut yaitu gangguan pada fungsi kognitif, afektif, dan perilaku (lihat skema 1). Masing-masing gangguan fungsi pada skema 1 akan diuraikan lebih lanjut untuk memberikan gambaran yang lebih jelas dalam penggunaan pendekatan teori Orem untuk klien skizofrenia.

Pertama, gangguan pada fungsi kognitif meliputi ketidakmampuan klien dalam berpikir dan memiliki persepsi yang realistis. Gejala ini umumnya dikenal dengan sebutan halusinasi dan waham. Ketika klien dengan skizofrenia menderita gejala ini, umumnya dia tidak mampu berespon dengan baik terhadap kebutuhan perawatan dirinya (Johnson, 1997). Klien tersebut hanya berkonsentrasi pada pikirannya sendiri dan memberikan perhatian yang minimal dalam hal makanan, istirahat, kebersihan, dan berpenampilan rapi. Di samping itu, keselamatan klien tersebut juga bisa lebih buruk, karena dia tidak mampu mengontrol pikiran atau persepsinya yang membahayakan.

Gejala berikutnya adalah gangguan afek. Gangguan afek umumnya ditandai dengan hilangnya afek, munculnya afek datar atau afek yang tidak sesuai (Stuart & Laraia, 2005; Videbeck, 2008). Hilangnya afek dan afek datar terjadi karena klien selalu

disibukkan oleh pikiran dan fantasinya sendiri. Sama halnya dengan gangguan kognitif, klien dengan gangguan afek umumnya menunjukkan perasaan yang tidak sesuai (misalnya gembira dalam suasana duka). Kondisi ini menyebabkan munculnya anggapan bahwa individu tersebut apatis dan tidak peduli terhadap dirinya sendiri, termasuk dalam perawatan diri.

Gejala terakhir adalah gangguan perilaku. Salah satu gangguan perilaku yang sering dialami klien adalah berkurangnya kemampuan dalam berkomunikasi dengan orang lain. Masalah ini terjadi karena rasa takut berinteraksi dengan lingkungan luar, atau karena pengaruh pikiran/persepsi yang salah yang dimiliki klien (Johnson, 1997).

Bagi klien skizofrenia, pikiran internal lebih penting untuk diberikan respon dari pada melakukan hubungan dengan orang lain. Demikian juga dengan perawatan dirinya sendiri yang umumnya sering diabaikan. Gangguan perilaku lain yang sering diderita klien skizofrenia adalah munculnya agitasi tak terduga. Johnson (1997) menyatakan bahwa masalah agitasi ini sangat mempengaruhi kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sebagai contoh, klien yang sangat agitasi dapat berpakaian yang 'aneh' di depan umum.

Skema 1. Masalah Defisit Perawat Diri pada Klien Skizofrenia Berdasarkan Teori Orem



Manifestasi defisit perawatan diri pada klien skizofrenia dapat didefinisikan sebagai ketidakmampuan klien dalam melakukan kegiatan sehari-hari, seperti makan, kebersihan (mandi, Buang Air Kecil/BAK dan Buang Air Besar/BAB), berpakaian, dandan, dan tidur (Ackley & Ladwig, 2002, Fortinash & Holoday Worret, 1991; Townsend, 2005). Beberapa penulis menyatakan bahwa kegiatan-kegiatan tersebut dapat disatukan menjadi satu sebutan yaitu kegiatan sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*) (McFarland & McFarlane, 1997; Carpenito, 1999).

Manifestasi defisit perawatan diri dapat dihubungkan dengan ketidakmampuan klien memenuhi kebutuhan universal seperti yang telah dijelaskan Orem (1991). Tetapi, bila ditinjau lebih dalam, kebutuhan perawatan diri sebenarnya tidak hanya terbatas pada kegiatan mandi, BAK, BAB, berpakaian, dandan, dan tidur. Defisit perawatan diri juga dapat muncul apabila individu tidak mampu berinteraksi sosial, melakukan tindakan untuk keselamatan diri (*safety*).

Beberapa penulis seperti More dan Pichler (1999) serta Jhonson (1997) juga menyatakan bahwa perawatan diri termasuk membina hubungan sosial dan melakukan tindakan *safety*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kebutuhan perawatan diri, bila mengacu kepada kebutuhan universal menurut Orem berarti mencakup aspek yang luas, tidak hanya terbatas pada aktivitas secara biologis namun juga psikososial.

Salah satu pertanyaan penting terkait manifestasi defisit perawatan diri pada klien skizofrenia adalah: Apakah pemenuhan kebutuhan universal sejalan dengan konsep rehabilitasi (dimana rehabilitasi umumnya berfokus pada kondisi klien yang cacat atau memiliki penyakit kronik). Penulis berpendapat bahwa membicarakan tentang kebutuhan universal pada klien skizofrenia dalam konteks rehabilitasi masih sangat relevan.

Alasannya, penderita skizofrenia umum tetap mengalami gejala-gejala sisa yang kronik, meskipun ia telah terbebas dari gejala-gejala berat penyakit tersebut (delusi, halusinasi, gangguan komunikasi verbal, atau perilaku kataton). Gejala sisa tersebut meliputi kurangnya motivasi melakukan kegiatan sehari-hari,

atau menurunnya kemampuan membina hubungan dengan orang lain (Gournay, 2000). Berdasarkan hal tersebut, skizofrenia sering disebut sebagai gangguan jiwa kronik, bahkan abadi (Gournay, 2000).

Pembahasan tentang masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak hanya terbatas pada pengertian, manifestasi, dan kaitannya dengan konsep rehabilitasi. Pengertian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan klien dengan skizofrenia dalam perawatan diri juga perlu dimiliki oleh setiap perawat profesional, dalam hal ini pemahaman menggunakan pendekatan teori Orem (1991). Berikut diuraikan faktor-faktor tersebut.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri pada Klien Skizofrenia

Orem (1991) menyatakan bahwa perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang disebut sebagai faktor kondisi dasar (*basic functioning factors*). Faktor ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat perkembangan, sistem pelayanan kesehatan, sosial budaya, sistem keluarga dan ketersediaan sumber-sumber pendukung. Lebih detail, aplikasi teori Orem ini dijelaskan sebagai berikut

Umur

Menurut Orem (1991), jumlah dan bentuk bantuan perawat diri seseorang sangat ditentukan oleh umur. Terkait dengan klien skizofrenia, beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang tidak konsisten antara faktor usia dan kemampuan individu melakukan perawatan diri. Sebagai contoh, hasil sebuah studi kuantitatif melaporkan bahwa klien dengan skizofrenia

Gender/ Jenis Kelamin

Meskipun jumlah kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan hampir sama, perempuan memiliki kemungkinan untuk sembuh yang lebih besar (WHO, 2001). Hal ini didukung oleh beberapa penelitian terkait hubungan antara jenis kelamin dan skizofrenia (Andia, et al., 1995; Glashan & Bardenstein, 1990). Penelitian tersebut melaporkan bahwa perempuan dengan riwayat skizofrenia dapat menjalankan fungsi sosial yang lebih baik dibanding laki-laki dengan skizofrenia.

Meskipun para peneliti tidak secara tertulis menjelaskan bahwa fungsi sosial yang dimaksud adalah termasuk aktivitas perawatan diri, peneliti lain menjelaskan bahwa yang termasuk dalam area gangguan fungsi sosial pada individu dengan skizofrenia diantaranya adalah defisit perawatan diri yang merujuk pada kebersihan diri, berhias, dan nutrisi (Janca, dkk, 1996 dalam Barbato, 1998).

Tahap Perkembangan

Tahap perkembangan secara umum diartikan pada kondisi individu dalam fase tertentu dalam kehidupannya, dan memiliki tugas perkembangan yang unik untuk tiap tahapannya, dalam hal fisik, psikologis, maupun sosial. Orem (1991) menjelaskan tahap perkembangan individu dikelompokkan berdasarkan tahapan usia, seperti bayi, anak-anak, dan dewasa.

Namun demikian, ketika kelompok usia ini digunakan untuk mendeskripsikan tahap perkembangan sebagai dasar dari faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan perawatan diri, akan terjadi *overlapping* dengan faktor usia. Sehingga cukup sulit, untuk mencari literatur yang mendeskripsikan hubungan antara faktor tahap perkembangan dan defisit perawatan diri pada individu dengan skizofrenia. Terlebih lagi, berdasarkan 35 penelitian mengenai faktor yang berpengaruh pada defisit perawatan diri dalam teori Orem, Moore dan Pichler (2002) menemukan bahwa faktor yang paling tidak dapat diukur adalah tahap perkembangan. Sebaliknya, faktor usia dilaporkan sebagai faktor ukur yang paling sering digunakan dan akurat.

Secara umum, hubungan antara faktor tahap perkembangan dan defisit perawatan diri pada individu dengan skizofrenia dapat dijelaskan melalui pemahaman akan kebutuhan khusus masing-masing usia. Contohnya, individu dengan skizofrenia yang berusia lanjut lebih lebih bergantung kepada pemberi perawatannya dalam melakukan aktivitas perawatan diri mereka daripada individu dengan usia dewasa. Alasannya adalah kondisi fisik dan psikologis lansia yang mengalami penurunan tentunya mempengaruhi keseriusan masalah perawatan diri yang mereka hadapi. Lebih jauh lagi, biasanya penyakit fisik lain seperti kerusakan sistem metabolik, gangguan aktivitas, dan

gangguan fungsi eliminasi juga muncul bersamaan dengan gejala-gejala yang muncul akibat skizofrenia.

Sistem Pelayanan Kesehatan

Orem (1991) menjelaskan bahwa faktor sistem pelayanan kesehatan meliputi deskripsi tentang diagnosa medis atau diagnosa keperawatan; dan tipe perawatan sebelum dan yang sedang dijalani klien. Dalam hubungannya dengan individu dengan skizofrenia, tipe/cara perawatan sangat penting dalam membantu mengembalikan kemampuan mereka sebelumnya. Walaupun terapi farmakologi telah terbukti efektif untuk menurunkan gejala skizofrenia, terapi yang paling efektif untuk klien dengan skizofrenia adalah gabungan dari obat-obatan dan terapi psikososial (Barbato, 1998; Bustillo, et al., 2001; Gournay, 2000). Terapi psikososial termasuk terapi keluarga untuk mendorong keterlibatan keluarga, pelatihan keterampilan sosial untuk membantu klien mandiri dalam menghidupi dirinya, terapi perilaku kognitif untuk mengurangi gejala gangguan pola pikir dan persepsi, dan terapi vokasional untuk membantu klien menjadi lebih berarti dalam komunitas.

Orientasi Sosial Budaya

World Health Organization (2001) menjelaskan bahwa tingkat keparahan (*severity*) skizofrenia berbeda antara di negara maju dan negara berkembang. Individu dengan skizofrenia di negara berkembang dilaporkan memiliki tingkat keparahan yang rendah, dan jumlah yang dapat sembuh total cukup tinggi. Walaupun alasan yang pasti untuk penemuan ini masih belum jelas, Kruger (2000) mencoba mengidentifikasi penyebab fenomena tersebut. Alasan pertama adalah individu dengan skizofrenia tidak terstigma seperti yang dialami di negara maju. Kedua, masyarakat di negara berkembang memberikan lebih banyak kesempatan pada individu dengan gangguan jiwa melakukan berbagai pekerjaan, seperti bekerja di ladang, menggali untuk irigasi, atau menjaga anak-anak.

Dalam hubungannya dengan aktivitas perawatan diri individu dengan skizofrenia, yang juga merupakan tujuan dari rehabilitasi, pencapaian dalam bidang sosial budaya (pekerjaan) menguntungkan klien,

yaitu meningkatkan fungsi mereka dalam kehidupan sehari-hari (Katschnig, 2000). Sebagai tambahan, bantuan pendidikan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan imej diri klien sehingga memotivasi mereka melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Bahkan sejak dulu, Frankie, et al. (1996) menegaskan bahwa pendidikan sangat penting untuk individu dengan kelainan jiwa untuk dapat merasa bagian normal dari komunitas, dan mengubah imej diri mereka dari pasien menjadi siswa.

Sistem Keluarga

Orem (1991) mencetuskan faktor sistem keluarga, yang meliputi posisi klien dalam keluarga, dan hubungan klien dengan anggota keluarga lain. Terdapat hubungan tidak langsung antara posisi individu dengan skizofrenia dalam keluarga dengan kemampuan individu tersebut dalam melakukan perawatan diri (teridentifikasi sebagai faktor genetik skizofrenia). Birchwood dan Jackson (2001) menyebutkan bahwa ada hipotesa genetik skizofrenia yang telah dikembangkan sejak berabad-abad yang lalu, yang berkesimpulan bahwa resiko anggota keluarga “tertular” skizofrenia dari anggota keluarga lain ditentukan oleh faktor hubungan darah. Sebagai ilustrasi, terdapat resiko yang lebih besar untuk menderita skizofrenia jika sebelumnya orang tua, saudara laki-laki, atau saudara perempuan pernah mengalami skizofrenia; dibandingkan dengan jika yang mengalami skizofrenia sebelumnya adalah bibi, paman, atau keponakan. Informasi ini sangat berguna untuk memahami bahwa kemampuan menjalankan fungsi sehari-hari pada individu dengan skizofrenia bergantung pada faktor genetik.

Faktor lain dalam sistem keluarga yang disebutkan oleh Orem (1991) adalah hubungan klien dengan anggota keluarga lain. Untuk individu dengan skizofrenia, dukungan dari keluarga merupakan hal yang penting dalam upaya membantu individu mencapai kesembuhan (Birchwood & Jackson, 2001; Kruger, 2000). Bentuk dari hubungan keluarga yang dapat membantu kesembuhan klien dapat berupa keterlibatan klien melakukan tugas rumah tangga, melatih kemampuan klien menjalankan aktivitas sehari-hari, dan menyediakan dukungan finansial dan emosional untuk

mendorong klien meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri. Perlu diingat bahwa individu dengan skizofrenia yang tinggal di tempat rehabilitasi dalam waktu yang lama, contohnya di pusat perawatan (rumah sakit jiwa/panti) mungkin tidak akan dapat menemukan hubungan kekeluargaan ini. Sehingga, petugas kesehatan mental dapat berperan menggantikan fungsi pemberi dukungan keluarga (Kruger, 2000).

Ketersediaan dan Keadekuatan Sumber

Ketidakadekuatan dan ketidaktersediaan sumber yang relevan dalam proses rehabilitasi individu dengan skizofrenia menyebabkan degradasi fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada individu tersebut (Katschnig, 2000). Idealnya, sumber dukungan ini tersedia dalam berbagai bentuk di komunitas, seperti perawatan berbasis komunitas, dukungan vokasional dan edukasional, atau kelompok terapi. Namun, WHO (2001) mengatakan bahwa saat ini fasilitas untuk gangguan jiwa kronik di masyarakat belum mencukupi. Hanya terdapat 37% negara di dunia yang menyediakan fasilitas perawatan kesehatan mental di komunitas.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian individu dengan skizofrenia dalam melakukan perawatan dirinya. Berikutnya, penulis akan membahas tentang bagaimana program perawatan rehabilitasi individu dengan skizofrenia yang memiliki masalah deficit perawatan diri.

Perawatan Rehabilitasi untuk Individu dengan Skizofrenia yang Memiliki Masalah Defisit Perawatan Diri

Tujuan dari pembahasan ini adalah untuk menguji beberapa prinsip umum perawatan bagi klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri dari segi rehabilitasi; seperti perkembangan kemandirian, komunikasi terapeutik, dan kolaborasi. Dalam hal ini, penulis tidak akan menganalisa secara spesifik intervensi keperawatan pada tiap area perawatan diri (nutrisi, kebersihan diri, berhias, toileting, istirahat, interaksi sosial, dan keselamatan).

Perkembangan Kemandirian

Menurut Orem (1991), asuhan keperawatan untuk klien skizofrenia sangat beragam, bergantung pada tingkat ketergantungan klien apakah mereka memerlukan perawatan total, perawatan sebagian, atau hanya pemberian dukungan-edukasi. Situasi yang berbeda ini menentukan metode intervensi keperawatan. Contohnya, klien dalam perawatan total mengharuskan perawat memberikan bantuan yang menyeluruh: melakukan, memandu, mendukung secara fisik ataupun psikologis, menyediakan lingkungan yang mendukung, dan memberikan pendidikan kesehatan. Berbeda dengan klien dalam perawatan parsial, dalam hal ini perawat memberikan asuhan keperawatan seperti halnya terhadap klien dengan perawatan total, namun ada unsur keterlibatan klien. Terakhir, klien dalam perawatan pemberian dukungan – edukasi hanya memfokuskan pada memandu dan memberikan pendidikan kesehatan.

Paradigma rehabilitasi menekankan pentingnya status kemandirian klien, oleh karenanya perawatan rehabilitasi untuk klien skizofrenia dengan ketidakmampuan perawatan diri harus ditingkatkan, dari ketergantungan total, ketergantungan sebagian, dan kebutuhan akan dukungan dan edukasi. Dittmar (1989) menyebutkan bahwa dua kategori terakhir menentukan pusat rehabilitasi hanyalah untuk individu dengan ketidakmampuan. Namun, harus diingat bahwa proses perkembangan individu dengan skizofrenia dapat fluktuatif pada beberapa klien sehubungan dengan episode skizofrenia yang dialami.

Kekambuhan pada individu dengan skizofrenia dapat diakibatkan oleh ketidakpatuhan dalam pengobatan atau stresor lingkungan (Gournay, 2000; Johnson, 1997). Sangat mungkin terjadi, klien akan memperlihatkan gejala skizofrenia tingkat lanjut, walaupun mereka sedang berada di pusat rehabilitasi, baik itu di masyarakat ataupun di rumah sakit. Untuk itu, penting bagi perawat spesialis di pusat rehabilitasi psikososial bersikap fleksibel dalam menurunkan tingkat ketergantungan klien. Perawat perlu mengetahui waktu yang tepat ketika klien tidak lagi membutuhkan panduan yang intensif dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka. Meskipun demikian, perawat harus

sensitif dalam memberi intervensi darurat saat dibutuhkan untuk meyakinkan klien sudah mampu mencapai syarat minimal melakukan perawatan diri.

Sebagai gambaran, ketika klien memperlihatkan gejala waham serius yang berakibat adanya penolakan untuk makan karena kecurigaan bahwa makanan tersebut beracun, perawat sebaiknya tidak menawarkan makanan yang biasa dimasak oleh staf pusat rehabilitasi. Akan lebih tepat untuk memberi mereka makanan kalengan dan memberi kesempatan pada klien untuk membuka sendiri makanan tersebut (Townsend, 2005). Intervensi penting lain yang dapat dilakukan selama periode kritis adalah memonitor hasil laboratorium, seperti elektrolit dan jumlah sel darah putih, karena kekurangan nutrisi dapat berakibat dalam ketidakseimbangan fungsi tubuh (Johnson, 1997).

Selain fleksibel, perawat spesialis jiwa juga harus mampu memutuskan sumber yang dapat mempengaruhi keberhasilan dari intervensi keperawatan yang dipersiapkan. Idealnya, fasilitas rehabilitasi harus siap untuk membantu klien dalam kondisi kritis, terlebih bagi pusat rehabilitasi di daerah perkotaan. Namun, Lucca, Allen, dan George (2001) mengkritik bahwa fasilitas kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit dengan peraturan tradisional hanya mampu untuk memaksimalkan komunikasi interdisiplin, dan hal ini tidak sesuai dengan filosofi rehabilitasi psikososial yang mendorong integritas klien dalam komunitas. Sehingga mereka menyarankan untuk mengembangkan tempat rehabilitasi sesuai dengan situasi nyata di masyarakat.

Selain itu, perawat spesialis jiwa yang bekerja di pusat rehabilitasi berbasis komunitas perlu memiliki kemampuan untuk mengobservasi tanda dan gejala awal dari kekambuhan, dan merujuk klien ke unit akut secepatnya. Sebagai alternatif, perawat perlu mengembangkan peran manajerialnya untuk bernegosiasi dengan pembuat kebijakan untuk menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk memastikan klien dapat memenuhi kebutuhan dasarnya. Ruang observasi sangat penting untuk mencegah klien mencederai dirinya sendiri atau orang lain dan melakukan supervisi atas pemenuhan kebutuhan dasarnya, sebelum ditransfer ke unit akut.

Pertimbangan penting lain dalam membuat klien skizofrenia untuk mandiri secepatnya adalah dengan menyediakan kesempatan untuk berhasil (Johnson, 1997; Townsend, 2005). Pengalaman berhasil, walaupun kecil, secara signifikan akan meningkatkan harga diri klien.

Untuk mencapai kondisi ini, perawat spesialis tidak seharusnya mendorong klien untuk melakukan aktivitas perawatan diri di luar kemampuan mereka. Karena mereka menderita gangguan atensi dan memori, mereka hanya akan memperlihatkan perkembangan kecil setiap harinya (Gournay, 2000). Namun, seharusnya hal ini tidak menyebabkan perawat merasa frustrasi, dan kemudian menelantarkan perkembangan kecil yang ada. Sebaliknya, sudah sewajarnya perawat bersikap sensitif terhadap setiap perkembangan, dan memberikan *reinforcement* positif pada usaha klien (Fortinash & Holoday – Worret, 1991; Johnson, 1997; Townsend, 2005).

Komunikasi Terapeutik

Indikator kesuksesan asuhan keperawatan dalam mengurangi masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia bukan hanya mengacu pada kemampuan klien memenuhi perawatan dirinya. Perawat psikiatri harus mempertimbangkan bagaimana intervensinya dapat berguna mengurangi masalah utama dari skizofrenia yaitu kurangnya orientasi realita. Komunikasi terapeutik, sebagai salah satu perawatan yang efektif, sangat penting dilakukan untuk membantu klien dalam melakukan ADL yang adekuat, dan juga mengurangi kerusakan kognitif.

Beberapa penulis telah menganjurkan bagaimana komunikasi terapeutik disampaikan kepada klien skizofrenia dalam kaitannya dengan manajemen perawatan diri (Johnson, 1997; Townsend, 2005). Intervensi pertama ialah dengan menunjukkan klien bagaimana melakukan aktivitas pada saat klien memiliki kesulitan dalam orientasi realita. Townsend (2005) mengusulkan satu teknik: “apabila pasien tidak makan, letakkan sendok di tangannya, sendokkan makanan di atasnya, dan katakan: “Sekarang, makanlah sesuap kentang tumbuk (atau makanan lain)”” (Townsend, 2005). Metode lain ialah dengan menghindari

perselisihan tentang delusi/waham klien (Johnson, 1997). Alasannya adalah ketidaksetujuan dengan klien hanya akan menguatkan keyakinannya.

Satu hambatan yang sering muncul dalam melakukan komunikasi terapeutik ialah kurangnya pemahaman yang baik diantara perawat kesehatan jiwa tentang strategi komunikasi yang tepat. Bekerja dengan klien dengan skizofrenia yang memiliki orientasi realita yang inadkuat umumnya menjengkelkan dan menakutkan bagi perawat kesehatan jiwa, sehingga mengaplikasikan keterampilan terapeutik untuk klien dapat menjadi “aliran tugas yang luar biasa banyak dan emosional” (Johnson, 1997).

Selain itu, penelitian menunjukkan stres di antara para perawat kesehatan jiwa berhubungan dengan kompetensi emosional mereka, dan seimbang dengan penampilan mereka di dalam menyediakan perawatan (Humpel & Caputy, 2001). Untuk itu, penting sekali untuk perawat spesialis jiwa untuk memvalidasi perasaan dan perilaku mereka terlebih dahulu sebelum memberikan perawatan kepada klien. Keikutsertaan dalam kelompok pendukung dengan kolega juga dapat menjadi solusi yang membantu (Johnson, 1997).

Kolaborasi

Sejak dulu sudah ada kesepakatan di antara penulis untuk mengintegrasikan intervensi keperawatan mandiri dan kolaboratif dalam kaitannya dengan defisit perawatan diri pada klien Skizofrenia (Fortinash & Holoday-Worret, 1991; Johnson, 1997, Reighley, 1998; Townsend, 2005). Aktivitas keperawatan bervariasi termasuk mendukung dan memonitor obat yang diberikan dan terapi psikologis, mengobservasi kondisi fisik klien dan melaporkan masalah kepada dokter, dan mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk memilih menu yang sesuai untuk klien. Bagaimanapun, kewajiban ini dapat diaplikasikan untuk tujuan umum, namun belum ada penjelasan yang spesifik untuk pelayanan rehabilitasi.

Pilihan lain, Dittmar (1989) mengusulkan tim intervensi rehabilitasi spesifik untuk semua klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri. Menurutnya, partner perawat yang bekerja dekat dengan klien dan keluarga,

terdiri dari dokter terkait dengan resep obat, dokter gigi terkait dengan perawatan masalah mulut, terapis okupasi terkait dengan pelatihan dan mendesain alat bantu, terapis fisik terkait dengan supervisi latihan penyembuhan, pekerja sosial terkait dengan mencari pertolongan sumber dana klien dan keluarga untuk alat-alat dan modifikasi rumah, prostesis terkait dengan penyediaan tungkai buatan bagi klien yang diamputasi, dan ortotis terkait dengan penyediaan alat penahan untuk memperbaiki fungsi ekstremitas yang diamputasi.

Kolaborasi yang paling signifikan dalam solusi defisit perawatan diri diantara klien Skizofrenia dapat ditunjukkan dengan obat antipsikosis diantara psikiater dan perawat psikiatri. Klien yang mendapatkan obat antipsikotik secara teratur dapat memenuhi terapi sosial, rekreasional, dan rehabilitasi (Johnson, 1997). Selain itu, obat psikotropik juga bermanfaat untuk mencegah klien dengan skizofren menjadi kambuh dan kembali ke rumah sakit (Gournay, 2000; Johnson, 1997).

Berdasarkan uraian diatas, perawat ahli di bidang psikiatri perlu mengoptimalkan peran mereka di area kolaborasi ini. Kontribusi perawat harus didasari dengan pemahaman yang luas tentang medikasi: kerja obat, penggunaan, dosis, efek terapeutik yang diharapkan, rute pemberian, efek samping, dan kontraindikasi (Johnson, 1997). Pengetahuan ini sangat dibutuhkan ketika perawat berdiskusi dengan anggota tim lainnya. Pengetahuan ini harus juga didukung oleh keterampilan pemberian obat. Tambahan lagi, kemampuan mengajar klien dan keluarganya terkait terapi yang diberikan sangatlah penting (Gournay, 2000).

Bagaimanapun, kemampuan ini dapat tidak sesuai ketika perawat menemukan kesulitan dalam menjalankan peran kolaborasinya. Pertama-tama, perawat ahli mungkin saja ahli dalam pemberian obat, tetapi mereka kurang baik dalam menggunakan komunikasi yang efektif kepada klien, keluarga, atau profesi kesehatan lainnya. Masalah ini harus dimasukkan ke dalam pertimbangan, mengingat komunikasi efektif sangat penting untuk menghubungkan perawat dan klien, memungkinkan klien untuk berpartisipasi dalam mencapai tujuan intervensi,

dan memuaskan hubungan antara profesi kesehatan (Oermann, 1992).

Satu penelitian kualitatif melaporkan bahwa walaupun beberapa perawat kesehatan jiwa komunitas berpengalaman dalam pemberian injeksi untuk klien gangguan jiwa, mereka harus meningkatkan keterampilan interpersonal agar fungsi terapeutik perawat dapat memberikan efek bagi klien dan keluarga (Muir-Cochrane, 1998). Oleh karena itu, ikut serta dalam pelatihan komunikasi efektif yang intensif dan berkesinambungan dapat menjadi solusi yang baik.

Walaupun seorang perawat ahli sudah kompeten dalam komunikasi efektif, ia dapat saja tidak mampu menggunakan kemampuannya dalam praktik karena pembatasan dari organisasi. Contohnya, waktu yang dialokasikan terbatas dalam memberikan obat antipsikosis bagi klien skizofrenia yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi rawat jalan. Beberapa perawat jiwa komunitas di Australia melaporkan kesulitan mereka membina hubungan yang baik, memberikan injeksi, dan hanya mampu melakukan pengkajian jiwa yang superfisial kepada klien mereka dalam waktu selama 15 menit (Muir-Cochrane, 1998). Untuk memecahkan masalah ini, perawat ahli harus bernegosiasi dengan pihak yang berwenang dalam kebijakan untuk memperpanjang durasi waktu interaksi dengan klien.

Kesimpulan

Masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia harus dipertimbangkan sebagai area penting dalam rehabilitasi psikososial. Untuk itu sangatlah penting untuk perawat praktisi dan perawat ahli yang bekerja di rehabilitasi psikososial memberikan tindakan keperawatan profesional untuk mengurangi masalah tersebut.

Perawatan diri model Orem dapat dikerjakan di unit rehabilitasi klien dengan skizofrenia yang memiliki defisit perawatan diri. Untuk kelompok klien ini, kebutuhan perawatan diri lebih besar sebagai efek dari penyakit contohnya kerusakan kognitif, afek, dan perilaku.

Manifestasi dari defisit perawatan diri terkait dengan ketidakmampuan untuk melakukan satu dari kebutuhan dasar dari ADL seperti makan, *personal hygiene*, berpakaian, *toileting*, tidur, interaksi sosial, atau keamanan. Apapun tingkat defisit klien skizofrenia, perawat spesialis jiwa dapat memberikan praktik profesional kepada kelompok spesifik ini dengan menggunakan beberapa prinsip dasar; yaitu pengembangan kemandirian, komunikasi terapeutik, dan kolaborasi. Untuk meningkatkan level kemandirian klien skizofrenia, fleksibilitas perawat dan menyediakan kesempatan bagi klien untuk berhasil adalah penting.

Komunikasi terapeutik diharapkan dapat membawa dampak positif kepada klien untuk memperbaiki orientasi realita mereka. Kolaborasi dengan anggota tim, terutama perawatan medis, merupakan tantangan bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuannya dalam pemberian obat, begitu juga kemampuan interpersonal.

Sebagai tambahan, perawat harus mampu memberikan kontribusi untuk memecahkan masalah dalam melaksanakan peran kolaborator, baik dalam tingkat organisasi, profesional, ataupun edukasional. Komunikasi terapeutik kepada klien dan komunikasi efektif kepada klien dan disiplin lain dalam kolaborasi menjadi perhatian utama dalam tulisan ini. Selanjutnya, penelitian mengenai keefektifan komunikasi dalam memandirikan klien dalam perawatan diri perlu dilakukan untuk mengembangkan praktik keperawatan yang *evidence-based* (HDW, AY, HR).

Referensi

- Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2002). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (5th ed). Missouri: Mosby.
- Andia, A.M., Zisook, S., Heaton, R.K., Hesselink, J., Jernigon, T., Kuck, J., & Moranville, B.D.L. (1995). *Gender differences in Schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Health Disease*, 183 (8), 522-528.
- Barbato, A. (1998). Schizophrenia and public health. Diperoleh dari www.who.int/mental_health/media/end/55.pdf.
- Birchwood, M., & Jackson, C. (2001). *Schizophrenia: Clinical psychology a modular course*. Philadelphia: Taylor & Francis Inc.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, P.W., & Keith, S.J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 163-175.
- Carpenito, L.J. (1999). *Handbook of Nursing diagnosis* (8th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Diperoleh dari www.depkes.go.id/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%2008.pdf.
- Destine, J.B. (1992). Theory-based advanced rehabilitation nursing: Is it a reality? *Holistic Nursing Practice*, 6 (2), 1-6.
- Dittmar, S (1989). *Rehabilitation nursing: Process dan Application*. St. Louise: Mosby Company.
- Fortinash, K.M, & Holloday-Worret, P.A. (1991). *Psychiatric Nursing care plans*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Frankie, P.A., Levine, P., Moerbray, C.T., Shriner, W., Conklin, C., & Thomas, E.R. (1996). Supported education for persons with psychiatric disabilities: Implementation in an urban settings. *The Journal of Behavioural Health Services and Research*, 23 (4), 406-417.
- Glashan, T.H., & Bardenstein, K.K. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 319-329.
- Gournay, K. (2000). Schizophrenia. In R. Newell & K. Gournay (Ed), *Mental health nursing: an evidence-based approach* (147-162). London: Churchill Livingstone.
- Humpel, N., & Caputy, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 399-403.
- Jalil, M. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizofrenia di RSJ Prof.*

- Dr. Soeroyo Magelang. (Skripsi, Tidak dipublikasikan).
- Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric-mental Health Nursing: Adaptation and Growth* (4th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407), 33-37.
- Kozier, B., Erb, G., & Blais, K. (1997). *Professional nursing practice: Concepts & perspectives* (3rd ed). California: Addison Wesley Longman Inc.
- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (1), 29-38.
- Lucca, A.M., & Allen, G.J. (2001). A statewide assessment of psychosocial rehabilitation programs: General characteristics and services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 205-213.
- McFarland, G.K., & McFarlane, E.A. (1997). *Nursing diagnosis & intervention: Planning for patient care*. Missouri: Mosby Year Book.
- Moore, J.B., & Pichler, V.H. (1999). Measurement of Orem's basic conditioning factors: A review of published research. *Nursing Science Quarterly*, 13 (2), 137-142.
- Muir-Cochrane, E.C. (1998). The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'Not just the needle nurse!'. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 254-260.
- Oermann, M.H. (1992). *Professional nursing practice: A conceptual approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed). Missouri: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed). St. Louis: Mosby.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing* (3th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2001). *The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Diperoleh dari www.who.int/whr/2001/en.

Sikap bersyukur adalah cara mutlak
untuk mendapat hal-hal baik lebih banyak lagi bagi kehidupanmu.
- Marci shimoff -

Sepuluh kehidupan adalah nasib baik,
sebagian lainnya adalah disiplin dan inilah sebagian yang penting,
karena tanpa disiplin Anda tidak akan mengetahui apa yang harus dilakukan dengan keberuntungan itu.
- Carl Zuckmeyer -

DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN SKIZOFRENIA: APLIKASI TEORI KEPERAWATAN OREM

Herni Susanti^{1*}

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

*Email: hernisusanti@yahoo.com

Abstrak

Defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak boleh dipandang remeh. Perawat yang terlibat dalam upaya rehabilitasi psikososial perlu memberikan pelayanan kepada klien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri secara profesional. Salah satu caranya dengan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kerangka teori yang dikembangkan oleh ahli-ahli di bidang keperawatan. Teori *self-care* (perawatan diri) oleh Orem memiliki penjelasan yang lengkap tentang konsep perawatan diri, defisit perawatan diri, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Dalam konteks rehabilitasi, teori Orem sangat sesuai dengan tujuan rehabilitasi yaitu membantu klien untuk memandirikan klien seoptimal mungkin.

Kata kunci: defisit perawatan diri, model Orem, skizofrenia

Abstract

Mental health nurses should professionally address the self-care deficit problem in schizophrenic patients, especially in the psychosocial rehabilitation phase. The nursing intervention of the self-care deficit patients can be delivered based on the nursing theoretical framework. The Orem's self-care theory elucidates the concept of self-care, self-care deficit, and its nursing care. In the rehabilitation context, the Orem's theory is relevant to the aim of rehabilitation – optimizing the client's own daily functional capacities.

Key words: self-care deficit, Orem's model, schizophrenia

Pendahuluan

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan munculnya gangguan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku (Videbeck, 2008). Gangguan ini merupakan masalah kesehatan jiwa yang paling serius di dunia. Jumlah penderita skizofrenia di seluruh dunia dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah sekitar 29 juta orang. Dari angka ini, sekitar 20 juta diantaranya diperkirakan berasal dari negara-negara miskin dan berkembang (Barbato, 1998). Di Indonesia, penderita schizophrenia menempati urutan terbesar dalam kelompok pasien gangguan jiwa (Departemen Kesehatan RI, 2008). Kelompok skizofrenia juga menempati 90% pasien di rumah sakit Jiwa di seluruh Indonesia (Jalil, 2006).

Penanganan penderita skizofrenia harus mencakup aspek rehabilitasi untuk mengembalikan kemampuan mereka dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Meskipun gejala utama skizofrenia, seperti halusinasi dan waham, dapat berkurang dengan terapi medikasi dan psikoterapi, klien masih tetap menderita gejala-gejala lanjutan yang mengiringi gangguan jiwa tersebut. Gejala yang dimaksud meliputi kurangnya keinginan melakukan kegiatan sehari-hari, kemampuan bekerja, melakukan hubungan sosial, dan melakukan hal-hal yang menyenangkan (Barbato, 1998; WHO, 2001).

Salah satu aspek penting dalam pelaksanaan rehabilitasi pada klien dengan skizofrenia adalah memulihkan kemampuan klien dalam perawatan diri. Sebuah penelitian melaporkan bahwa upaya perawatan diri yang adekuat sangat dibutuhkan bagi klien yang mengalami gangguan jiwa untuk memenuhi keinginan mereka dalam mencapai kehidupan yang 'normal' (Moore & Pichler, 1999). Selanjutnya, Dittmar (1989) menegaskan bahwa penampilan klien yang adekuat dalam perawatan diri merupakan indikasi utama keberhasilan kegiatan rehabilitasi psikososial.

Namun demikian, sangatlah sulit bagi klien dengan skizofrenia melaksanakan perawatan diri secara mandiri. Adanya gangguan fungsi kognitif yang ditandai dengan buruknya orientasi realitas mengakibatkan menurunnya tingkat kesadaran klien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, mandi, berpakaian, istirahat, dan upaya lain untuk keselamatan diri (Johnson, 1997).

Masalah kurangnya perawatan diri pada klien skizofrenia ini menjadi lebih kompleks lagi bila dikaitkan dengan besarnya stigma yang melekat kuat pada individu dengan gangguan jiwa. Katchnig (2000) menegaskan bahwa klien dengan gangguan jiwa umumnya tidak menyukai stigma yang melekat di dirinya, sehingga menurunkan minat untuk meminta bantuan dari profesional untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari termasuk perawatan diri.

Uraian tersebut menunjukkan masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak boleh dipandang remeh. Untuk itu, perawat yang terlibat dalam upaya rehabilitasi psikososial perlu memberikan pelayanan kepada klien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri secara profesional. Salah satu caranya yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kerangka teori yang dikembangkan oleh ahli-ahli di bidang keperawatan. Bagaimanapun aplikasi teori keperawatan ini dapat mendorong diterimanya keperawatan sebagai tenaga kesehatan yang lebih profesional (Kozier, Erb, & Blaiz, 1997).

Teori *self-care* (perawatan diri) oleh Orem memiliki penjelasan yang lengkap tentang konsep perawatan diri, defisit perawatan diri, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul (Orem, 1991). Dalam konteks rehabilitasi, teori Orem sangat sesuai dengan tujuan rehabilitasi yaitu membantu memandirikan klien seoptimal mungkin (Destine, 1992). Berdasarkan alasan ini, masalah defisit perawatan diri pada skizofrenia akan dianalisis dalam tulisan ini dengan menggunakan pendekatan teori perawatan diri oleh Orem. Tulisan ini diharapkan dapat memberikan pembahasan yang lengkap, khususnya mengenai peran

perawat profesional (dalam hal ini direpresentasikan oleh perawat spesialis).

Defisit Perawatan Diri pada Klien dengan Skizofrenia: Teori Keperawatan Orem

Orem mendefinisikan perawatan diri sebagai kegiatan-kegiatan, yaitu individu memulai dan melaksanakannya untuk diri sendiri, dalam hal mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan (Orem, 1991). Orem menyatakan bahwa upaya perawatan diri dilakukan untuk memenuhi tiga macam kebutuhan perawatan diri: universal, perkembangan, dan deviasi kesehatan.

Kebutuhan universal meliputi aktivitas dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti udara, air, dan makanan; eliminasi; istirahat dan aktivitas; mencari ketenangan (*solitude*) dan interaksi sosial; mendapat kesempatan untuk hidup dan sejahtera; dan kebutuhan untuk merasa normal. Sedangkan kebutuhan perawatan diri secara perkembangan berfokus pada proses dan kejadian perkembangan manusia, seperti kehamilan atau kehilangan anggota keluarga. Terakhir, deviasi kesehatan meliputi kegiatan yang muncul akibat adanya kecacapan pada struktur tubuh manusia akibat penyakit atau tindakan medik (Orem, 1991).

Orem (1991) menyatakan bahwa masalah defisit perawatan diri terjadi apabila seseorang tidak mampu merawat dirinya sendiri atau bergantung pada orang lain (anggota keluarga yang lain). Defisit perawatan diri terjadi apabila kebutuhan perawatan diri yang terapeutik (total aktivitas keseluruhan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan universal, perkembangan, dan deviasi kesehatan) melampaui kemampuan *self-care* (kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri).

Kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, sistem keluarga, faktor lingkungan, sosial dan budaya, serta tersedianya sumber-sumber/fasilitas. Kebutuhan perawatan diri pada klien skizofrenia lebih besar dari kemampuannya melakukan aktivitas perawatan diri.

Hal ini terjadi karena klien menderita gejala yang disebabkan penyakit skizofrenia tersebut yaitu gangguan pada fungsi kognitif, afektif, dan perilaku (lihat skema 1). Masing-masing gangguan fungsi pada skema 1 akan diuraikan lebih lanjut untuk memberikan gambaran yang lebih jelas dalam penggunaan pendekatan teori Orem untuk klien skizofrenia.

Pertama, gangguan pada fungsi kognitif meliputi ketidakmampuan klien dalam berpikir dan memiliki persepsi yang realistik. Gejala ini umumnya dikenal dengan sebutan halusinasi dan waham. Ketika klien dengan skizofrenia menderita gejala ini, umumnya dia tidak mampu berespon dengan baik terhadap kebutuhan perawatan dirinya (Johnson, 1997). Klien tersebut hanya berkonsentrasi pada pikirannya sendiri dan memberikan perhatian yang minimal dalam hal makanan, istirahat, kebersihan, dan berpenampilan rapi. Di samping itu, keselamatan klien tersebut juga bisa lebih buruk, karena dia tidak mampu mengontrol pikiran atau persepsinya yang membahayakan.

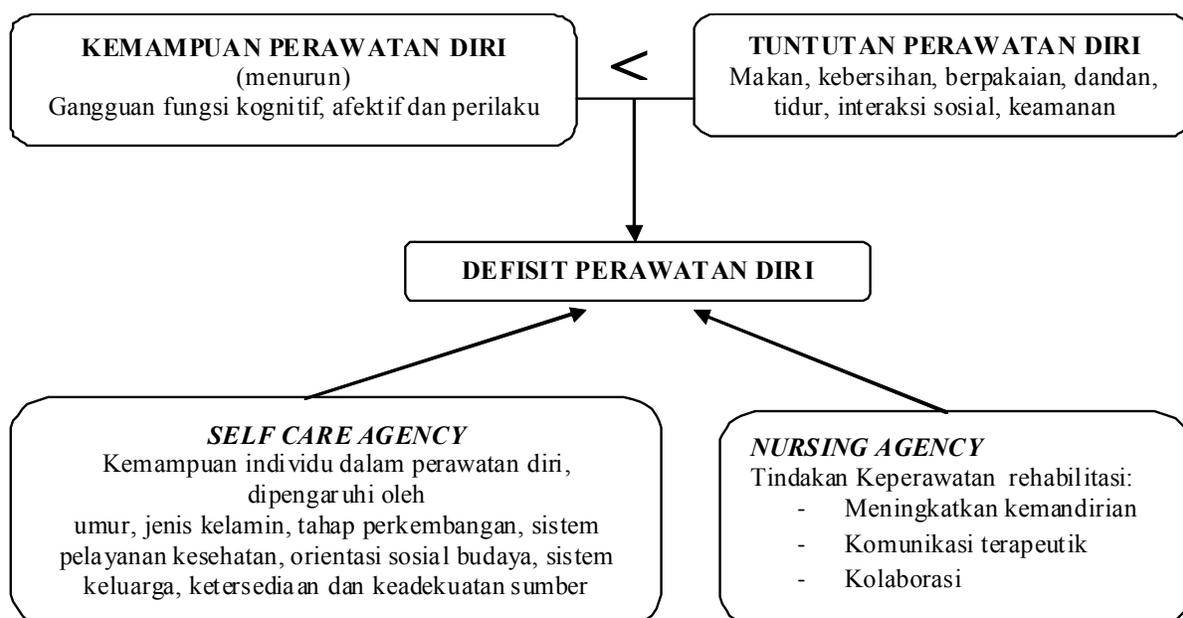
Gejala berikutnya adalah gangguan afek. Gangguan afek umumnya ditandai dengan hilangnya afek, munculnya afek datar atau afek yang tidak sesuai (Stuart & Laraia, 2005; Videbeck, 2008). Hilangnya afek dan afek datar terjadi karena klien selalu

disibukkan oleh pikiran dan fantasinya sendiri. Sama halnya dengan gangguan kognitif, klien dengan gangguan afek umumnya menunjukkan perasaan yang tidak sesuai (misalnya gembira dalam suasana duka). Kondisi ini menyebabkan munculnya anggapan bahwa individu tersebut apatis dan tidak peduli terhadap dirinya sendiri, termasuk dalam perawatan diri.

Gejala terakhir adalah gangguan perilaku. Salah satu gangguan perilaku yang sering dialami klien adalah berkurangnya kemampuan dalam berkomunikasi dengan orang lain. Masalah ini terjadi karena rasa takut berinteraksi dengan lingkungan luar, atau karena pengaruh pikiran/persepsi yang salah yang dimiliki klien (Johnson, 1997).

Bagi klien skizofrenia, pikiran internal lebih penting untuk diberikan respon dari pada melakukan hubungan dengan orang lain. Demikian juga dengan perawatan dirinya sendiri yang umumnya sering diabaikan. Gangguan perilaku lain yang sering diderita klien skizofrenia adalah munculnya agitasi tak terduga. Johnson (1997) menyatakan bahwa masalah agitasi ini sangat mempengaruhi kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sebagai contoh, klien yang sangat agitasi dapat berpakaian yang 'aneh' di depan umum.

Skema 1. Masalah Defisit Perawat Diri pada Klien Skizofrenia Berdasarkan Teori Orem



Manifestasi defisit perawatan diri pada klien skizofrenia dapat didefinisikan sebagai ketidakmampuan klien dalam melakukan kegiatan sehari-hari, seperti makan, kebersihan (mandi, Buang Air Kecil/BAK dan Buang Air Besar/BAB), berpakaian, dandan, dan tidur (Ackley & Ladwig, 2002, Fortinash & Holoday Worret, 1991; Townsend, 2005). Beberapa penulis menyatakan bahwa kegiatan-kegiatan tersebut dapat disatukan menjadi satu sebutan yaitu kegiatan sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*) (McFarland & McFarlane, 1997; Carpenito, 1999).

Manifestasi defisit perawatan diri dapat dihubungkan dengan ketidakmampuan klien memenuhi kebutuhan universal seperti yang telah dijelaskan Orem (1991). Tetapi, bila ditinjau lebih dalam, kebutuhan perawatan diri sebenarnya tidak hanya terbatas pada kegiatan mandi, BAK, BAB, berpakaian, dandan, dan tidur. Defisit perawatan diri juga dapat muncul apabila individu tidak mampu berinteraksi sosial, melakukan tindakan untuk keselamatan diri (*safety*).

Beberapa penulis seperti More dan Pichler (1999) serta Jhonson (1997) juga menyatakan bahwa perawatan diri termasuk membina hubungan sosial dan melakukan tindakan *safety*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kebutuhan perawatan diri, bila mengacu kepada kebutuhan universal menurut Orem berarti mencakup aspek yang luas, tidak hanya terbatas pada aktivitas secara biologis namun juga psikososial.

Salah satu pertanyaan penting terkait manifestasi defisit perawatan diri pada klien skizofrenia adalah: Apakah pemenuhan kebutuhan universal sejalan dengan konsep rehabilitasi (dimana rehabilitasi umumnya berfokus pada kondisi klien yang cacat atau memiliki penyakit kronik). Penulis berpendapat bahwa membicarakan tentang kebutuhan universal pada klien skizofrenia dalam konteks rehabilitasi masih sangat relevan.

Alasannya, penderita skizofrenia umum tetap mengalami gejala-gejala sisa yang kronik, meskipun ia telah terbebas dari gejala-gejala berat penyakit tersebut (delusi, halusinasi, gangguan komunikasi verbal, atau perilaku kataton). Gejala sisa tersebut meliputi kurangnya motivasi melakukan kegiatan sehari-hari,

atau menurunnya kemampuan membina hubungan dengan orang lain (Gournay, 2000). Berdasarkan hal tersebut, skizofrenia sering disebut sebagai gangguan jiwa kronik, bahkan abadi (Gournay, 2000).

Pembahasan tentang masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak hanya terbatas pada pengertian, manifestasi, dan kaitannya dengan konsep rehabilitasi. Pengertian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan klien dengan skizofrenia dalam perawatan diri juga perlu dimiliki oleh setiap perawat profesional, dalam hal ini pemahaman menggunakan pendekatan teori Orem (1991). Berikut diuraikan faktor-faktor tersebut.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri pada Klien Skizofrenia

Orem (1991) menyatakan bahwa perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang disebut sebagai faktor kondisi dasar (*basic functioning factors*). Faktor ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat perkembangan, sistem pelayanan kesehatan, sosial budaya, sistem keluarga dan ketersediaan sumber-sumber pendukung. Lebih detail, aplikasi teori Orem ini dijelaskan sebagai berikut

Umur

Menurut Orem (1991), jumlah dan bentuk bantuan perawat diri seseorang sangat ditentukan oleh umur. Terkait dengan klien skizofrenia, beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang tidak konsisten antara faktor usia dan kemampuan individu melakukan perawatan diri. Sebagai contoh, hasil sebuah studi kuantitatif melaporkan bahwa klien dengan skizofrenia

Gender/ Jenis Kelamin

Meskipun jumlah kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan hampir sama, perempuan memiliki kemungkinan untuk sembuh yang lebih besar (WHO, 2001). Hal ini didukung oleh beberapa penelitian terkait hubungan antara jenis kelamin dan skizofrenia (Andia, et al., 1995; Glashan & Bardenstein, 1990). Penelitian tersebut melaporkan bahwa perempuan dengan riwayat skizofrenia dapat menjalankan fungsi sosial yang lebih baik dibanding laki-laki dengan skizofrenia.

Meskipun para peneliti tidak secara tertulis menjelaskan bahwa fungsi sosial yang dimaksud adalah termasuk aktivitas perawatan diri, peneliti lain menjelaskan bahwa yang termasuk dalam area gangguan fungsi sosial pada individu dengan skizofrenia diantaranya adalah defisit perawatan diri yang merujuk pada kebersihan diri, berhias, dan nutrisi (Janca, dkk, 1996 dalam Barbato, 1998).

Tahap Perkembangan

Tahap perkembangan secara umum diartikan pada kondisi individu dalam fase tertentu dalam kehidupannya, dan memiliki tugas perkembangan yang unik untuk tiap tahapannya, dalam hal fisik, psikologis, maupun sosial. Orem (1991) menjelaskan tahap perkembangan individu dikelompokkan berdasarkan tahapan usia, seperti bayi, anak-anak, dan dewasa.

Namun demikian, ketika kelompok usia ini digunakan untuk mendeskripsikan tahap perkembangan sebagai dasar dari faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan perawatan diri, akan terjadi *overlapping* dengan faktor usia. Sehingga cukup sulit, untuk mencari literatur yang mendeskripsikan hubungan antara faktor tahap perkembangan dan defisit perawatan diri pada individu dengan skizofrenia. Terlebih lagi, berdasarkan 35 penelitian mengenai faktor yang berpengaruh pada defisit perawatan diri dalam teori Orem, Moore dan Pichler (2002) menemukan bahwa faktor yang paling tidak dapat diukur adalah tahap perkembangan. Sebaliknya, faktor usia dilaporkan sebagai faktor ukur yang paling sering digunakan dan akurat.

Secara umum, hubungan antara faktor tahap perkembangan dan defisit perawatan diri pada individu dengan skizofrenia dapat dijelaskan melalui pemahaman akan kebutuhan khusus masing-masing usia. Contohnya, individu dengan skizofrenia yang berusia lanjut lebih lebih bergantung kepada pemberi perawatannya dalam melakukan aktivitas perawatan diri mereka daripada individu dengan usia dewasa. Alasannya adalah kondisi fisik dan psikologis lansia yang mengalami penurunan tentunya mempengaruhi keseriusan masalah perawatan diri yang mereka hadapi. Lebih jauh lagi, biasanya penyakit fisik lain seperti kerusakan sistem metabolik, gangguan aktivitas, dan

gangguan fungsi eliminasi juga muncul bersamaan dengan gejala-gejala yang muncul akibat skizofrenia.

Sistem Pelayanan Kesehatan

Orem (1991) menjelaskan bahwa faktor sistem pelayanan kesehatan meliputi deskripsi tentang diagnosa medis atau diagnosa keperawatan; dan tipe perawatan sebelum dan yang sedang dijalani klien. Dalam hubungannya dengan individu dengan skizofrenia, tipe/cara perawatan sangat penting dalam membantu mengembalikan kemampuan mereka sebelumnya. Walaupun terapi farmakologi telah terbukti efektif untuk menurunkan gejala skizofrenia, terapi yang paling efektif untuk klien dengan skizofrenia adalah gabungan dari obat-obatan dan terapi psikososial (Barbato, 1998; Bustillo, et al., 2001; Gournay, 2000). Terapi psikososial termasuk terapi keluarga untuk mendorong keterlibatan keluarga, pelatihan keterampilan sosial untuk membantu klien mandiri dalam menghidupi dirinya, terapi perilaku kognitif untuk mengurangi gejala gangguan pola pikir dan persepsi, dan terapi vokasional untuk membantu klien menjadi lebih berarti dalam komunitas.

Orientasi Sosial Budaya

World Health Organization (2001) menjelaskan bahwa tingkat keparahan (*severity*) skizofrenia berbeda antara di negara maju dan negara berkembang. Individu dengan skizofrenia di negara berkembang dilaporkan memiliki tingkat keparahan yang rendah, dan jumlah yang dapat sembuh total cukup tinggi. Walaupun alasan yang pasti untuk penemuan ini masih belum jelas, Kruger (2000) mencoba mengidentifikasi penyebab fenomena tersebut. Alasan pertama adalah individu dengan skizofrenia tidak terstigma seperti yang dialami di negara maju. Kedua, masyarakat di negara berkembang memberikan lebih banyak kesempatan pada individu dengan gangguan jiwa melakukan berbagai pekerjaan, seperti bekerja di ladang, menggali untuk irigasi, atau menjaga anak-anak.

Dalam hubungannya dengan aktivitas perawatan diri individu dengan skizofrenia, yang juga merupakan tujuan dari rehabilitasi, pencapaian dalam bidang sosial budaya (pekerjaan) menguntungkan klien,

yaitu meningkatkan fungsi mereka dalam kehidupan sehari-hari (Katschnig, 2000). Sebagai tambahan, bantuan pendidikan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan imej diri klien sehingga memotivasi mereka melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Bahkan sejak dulu, Frankie, et al. (1996) menegaskan bahwa pendidikan sangat penting untuk individu dengan kelainan jiwa untuk dapat merasa bagian normal dari komunitas, dan mengubah imej diri mereka dari pasien menjadi siswa.

Sistem Keluarga

Orem (1991) mencetuskan faktor sistem keluarga, yang meliputi posisi klien dalam keluarga, dan hubungan klien dengan anggota keluarga lain. Terdapat hubungan tidak langsung antara posisi individu dengan skizofrenia dalam keluarga dengan kemampuan individu tersebut dalam melakukan perawatan diri (teridentifikasi sebagai faktor genetik skizofrenia). Birchwood dan Jackson (2001) menyebutkan bahwa ada hipotesa genetik skizofrenia yang telah dikembangkan sejak berabad-abad yang lalu, yang berkesimpulan bahwa resiko anggota keluarga “tertular” skizofrenia dari anggota keluarga lain ditentukan oleh faktor hubungan darah. Sebagai ilustrasi, terdapat resiko yang lebih besar untuk menderita skizofrenia jika sebelumnya orang tua, saudara laki-laki, atau saudara perempuan pernah mengalami skizofrenia; dibandingkan dengan jika yang mengalami skizofrenia sebelumnya adalah bibi, paman, atau keponakan. Informasi ini sangat berguna untuk memahami bahwa kemampuan menjalankan fungsi sehari-hari pada individu dengan skizofrenia bergantung pada faktor genetik.

Faktor lain dalam sistem keluarga yang disebutkan oleh Orem (1991) adalah hubungan klien dengan anggota keluarga lain. Untuk individu dengan skizofrenia, dukungan dari keluarga merupakan hal yang penting dalam upaya membantu individu mencapai kesembuhan (Birchwood & Jackson, 2001; Kruger, 2000). Bentuk dari hubungan keluarga yang dapat membantu kesembuhan klien dapat berupa keterlibatan klien melakukan tugas rumah tangga, melatih kemampuan klien menjalankan aktivitas sehari-hari, dan menyediakan dukungan finansial dan emosional untuk

mendorong klien meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri. Perlu diingat bahwa individu dengan skizofrenia yang tinggal di tempat rehabilitasi dalam waktu yang lama, contohnya di pusat perawatan (rumah sakit jiwa/panti) mungkin tidak akan dapat menemukan hubungan kekeluargaan ini. Sehingga, petugas kesehatan mental dapat berperan menggantikan fungsi pemberi dukungan keluarga (Kruger, 2000).

Ketersediaan dan Keadekuatan Sumber

Ketidakadekuatan dan ketidaktersediaan sumber yang relevan dalam proses rehabilitasi individu dengan skizofrenia menyebabkan degradasi fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada individu tersebut (Katschnig, 2000). Idealnya, sumber dukungan ini tersedia dalam berbagai bentuk di komunitas, seperti perawatan berbasis komunitas, dukungan vokasional dan edukasional, atau kelompok terapi. Namun, WHO (2001) mengatakan bahwa saat ini fasilitas untuk gangguan jiwa kronik di masyarakat belum mencukupi. Hanya terdapat 37% negara di dunia yang menyediakan fasilitas perawatan kesehatan mental di komunitas.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian individu dengan skizofrenia dalam melakukan perawatan dirinya. Berikutnya, penulis akan membahas tentang bagaimana program perawatan rehabilitasi individu dengan skizofrenia yang memiliki masalah deficit perawatan diri.

Perawatan Rehabilitasi untuk Individu dengan Skizofrenia yang Memiliki Masalah Defisit Perawatan Diri

Tujuan dari pembahasan ini adalah untuk menguji beberapa prinsip umum perawatan bagi klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri dari segi rehabilitasi; seperti perkembangan kemandirian, komunikasi terapeutik, dan kolaborasi. Dalam hal ini, penulis tidak akan menganalisa secara spesifik intervensi keperawatan pada tiap area perawatan diri (nutrisi, kebersihan diri, berhias, toileting, istirahat, interaksi sosial, dan keselamatan).

Perkembangan Kemandirian

Menurut Orem (1991), asuhan keperawatan untuk klien skizofrenia sangat beragam, bergantung pada tingkat ketergantungan klien apakah mereka memerlukan perawatan total, perawatan sebagian, atau hanya pemberian dukungan-edukasi. Situasi yang berbeda ini menentukan metode intervensi keperawatan. Contohnya, klien dalam perawatan total mengharuskan perawat memberikan bantuan yang menyeluruh: melakukan, memandu, mendukung secara fisik ataupun psikologis, menyediakan lingkungan yang mendukung, dan memberikan pendidikan kesehatan. Berbeda dengan klien dalam perawatan parsial, dalam hal ini perawat memberikan asuhan keperawatan seperti halnya terhadap klien dengan perawatan total, namun ada unsur keterlibatan klien. Terakhir, klien dalam perawatan pemberian dukungan – edukasi hanya memfokuskan pada memandu dan memberikan pendidikan kesehatan.

Paradigma rehabilitasi menekankan pentingnya status kemandirian klien, oleh karenanya perawatan rehabilitasi untuk klien skizofrenia dengan ketidakmampuan perawatan diri harus ditingkatkan, dari ketergantungan total, ketergantungan sebagian, dan kebutuhan akan dukungan dan edukasi. Dittmar (1989) menyebutkan bahwa dua kategori terakhir menentukan pusat rehabilitasi hanyalah untuk individu dengan ketidakmampuan. Namun, harus diingat bahwa proses perkembangan individu dengan skizofrenia dapat fluktuatif pada beberapa klien sehubungan dengan episode skizofrenia yang dialami.

Kekambuhan pada individu dengan skizofrenia dapat diakibatkan oleh ketidakpatuhan dalam pengobatan atau stresor lingkungan (Gournay, 2000; Johnson, 1997). Sangat mungkin terjadi, klien akan memperlihatkan gejala skizofrenia tingkat lanjut, walaupun mereka sedang berada di pusat rehabilitasi, baik itu di masyarakat ataupun di rumah sakit. Untuk itu, penting bagi perawat spesialis di pusat rehabilitasi psikososial bersikap fleksibel dalam menurunkan tingkat ketergantungan klien. Perawat perlu mengetahui waktu yang tepat ketika klien tidak lagi membutuhkan panduan yang intensif dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka. Meskipun demikian, perawat harus

sensitif dalam memberi intervensi darurat saat dibutuhkan untuk meyakinkan klien sudah mampu mencapai syarat minimal melakukan perawatan diri.

Sebagai gambaran, ketika klien memperlihatkan gejala waham serius yang berakibat adanya penolakan untuk makan karena kecurigaan bahwa makanan tersebut beracun, perawat sebaiknya tidak menawarkan makanan yang biasa dimasak oleh staf pusat rehabilitasi. Akan lebih tepat untuk memberi mereka makanan kalengan dan memberi kesempatan pada klien untuk membuka sendiri makanan tersebut (Townsend, 2005). Intervensi penting lain yang dapat dilakukan selama periode kritis adalah memonitor hasil laboratorium, seperti elektrolit dan jumlah sel darah putih, karena kekurangan nutrisi dapat berakibat dalam ketidakseimbangan fungsi tubuh (Johnson, 1997).

Selain fleksibel, perawat spesialis jiwa juga harus mampu memutuskan sumber yang dapat mempengaruhi keberhasilan dari intervensi keperawatan yang dipersiapkan. Idealnya, fasilitas rehabilitasi harus siap untuk membantu klien dalam kondisi kritis, terlebih bagi pusat rehabilitasi di daerah perkotaan. Namun, Lucca, Allen, dan George (2001) mengkritik bahwa fasilitas kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit dengan peraturan tradisional hanya mampu untuk memaksimalkan komunikasi interdisiplin, dan hal ini tidak sesuai dengan filosofi rehabilitasi psikososial yang mendorong integritas klien dalam komunitas. Sehingga mereka menyarankan untuk mengembangkan tempat rehabilitasi sesuai dengan situasi nyata di masyarakat.

Selain itu, perawat spesialis jiwa yang bekerja di pusat rehabilitasi berbasis komunitas perlu memiliki kemampuan untuk mengobservasi tanda dan gejala awal dari kekambuhan, dan merujuk klien ke unit akut secepatnya. Sebagai alternatif, perawat perlu mengembangkan peran manajerialnya untuk bernegosiasi dengan pembuat kebijakan untuk menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk memastikan klien dapat memenuhi kebutuhan dasarnya. Ruang observasi sangat penting untuk mencegah klien mencederai dirinya sendiri atau orang lain dan melakukan supervisi atas pemenuhan kebutuhan dasarnya, sebelum ditransfer ke unit akut.

Pertimbangan penting lain dalam membuat klien skizofrenia untuk mandiri secepatnya adalah dengan menyediakan kesempatan untuk berhasil (Johnson, 1997; Townsend, 2005). Pengalaman berhasil, walaupun kecil, secara signifikan akan meningkatkan harga diri klien.

Untuk mencapai kondisi ini, perawat spesialis tidak seharusnya mendorong klien untuk melakukan aktivitas perawatan diri di luar kemampuan mereka. Karena mereka menderita gangguan atensi dan memori, mereka hanya akan memperlihatkan perkembangan kecil setiap harinya (Gournay, 2000). Namun, seharusnya hal ini tidak menyebabkan perawat merasa frustrasi, dan kemudian menelantarkan perkembangan kecil yang ada. Sebaliknya, sudah sewajarnya perawat bersikap sensitif terhadap setiap perkembangan, dan memberikan *reinforcement* positif pada usaha klien (Fortinash & Holoday – Worret, 1991; Johnson, 1997; Townsend, 2005).

Komunikasi Terapeutik

Indikator kesuksesan asuhan keperawatan dalam mengurangi masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia bukan hanya mengacu pada kemampuan klien memenuhi perawatan dirinya. Perawat psikiatri harus mempertimbangkan bagaimana intervensinya dapat berguna mengurangi masalah utama dari skizofrenia yaitu kurangnya orientasi realita. Komunikasi terapeutik, sebagai salah satu perawatan yang efektif, sangat penting dilakukan untuk membantu klien dalam melakukan ADL yang adekuat, dan juga mengurangi kerusakan kognitif.

Beberapa penulis telah menganjurkan bagaimana komunikasi terapeutik disampaikan kepada klien skizofrenia dalam kaitannya dengan manajemen perawatan diri (Johnson, 1997; Townsend, 2005). Intervensi pertama ialah dengan menunjukkan klien bagaimana melakukan aktivitas pada saat klien memiliki kesulitan dalam orientasi realita. Townsend (2005) mengusulkan satu teknik: “apabila pasien tidak makan, letakkan sendok di tangannya, sendokkan makanan di atasnya, dan katakan: “Sekarang, makanlah sesuap kentang tumbuk (atau makanan lain)”” (Townsend, 2005). Metode lain ialah dengan menghindari

perselisihan tentang delusi/waham klien (Johnson, 1997). Alasannya adalah ketidaksetujuan dengan klien hanya akan menguatkan keyakinannya.

Satu hambatan yang sering muncul dalam melakukan komunikasi terapeutik ialah kurangnya pemahaman yang baik diantara perawat kesehatan jiwa tentang strategi komunikasi yang tepat. Bekerja dengan klien dengan skizofrenia yang memiliki orientasi realita yang inadkuat umumnya menjengkelkan dan menakutkan bagi perawat kesehatan jiwa, sehingga mengaplikasikan keterampilan terapeutik untuk klien dapat menjadi “aliran tugas yang luar biasa banyak dan emosional” (Johnson, 1997).

Selain itu, penelitian menunjukkan stres di antara para perawat kesehatan jiwa berhubungan dengan kompetensi emosional mereka, dan seimbang dengan penampilan mereka di dalam menyediakan perawatan (Humpel & Caputy, 2001). Untuk itu, penting sekali untuk perawat spesialis jiwa untuk memvalidasi perasaan dan perilaku mereka terlebih dahulu sebelum memberikan perawatan kepada klien. Keikutsertaan dalam kelompok pendukung dengan kolega juga dapat menjadi solusi yang membantu (Johnson, 1997).

Kolaborasi

Sejak dulu sudah ada kesepakatan di antara penulis untuk mengintegrasikan intervensi keperawatan mandiri dan kolaboratif dalam kaitannya dengan defisit perawatan diri pada klien Skizofrenia (Fortinash & Holoday-Worret, 1991; Johnson, 1997, Reighley, 1998; Townsend, 2005). Aktivitas keperawatan bervariasi termasuk mendukung dan memonitor obat yang diberikan dan terapi psikologis, mengobservasi kondisi fisik klien dan melaporkan masalah kepada dokter, dan mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk memilih menu yang sesuai untuk klien. Bagaimanapun, kewajiban ini dapat diaplikasikan untuk tujuan umum, namun belum ada penjelasan yang spesifik untuk pelayanan rehabilitasi.

Pilihan lain, Dittmar (1989) mengusulkan tim intervensi rehabilitasi spesifik untuk semua klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri. Menurutnya, partner perawat yang bekerja dekat dengan klien dan keluarga,

terdiri dari dokter terkait dengan resep obat, dokter gigi terkait dengan perawatan masalah mulut, terapis okupasi terkait dengan pelatihan dan mendesain alat bantu, terapis fisik terkait dengan supervisi latihan penyembuhan, pekerja sosial terkait dengan mencari pertolongan sumber dana klien dan keluarga untuk alat-alat dan modifikasi rumah, prostesis terkait dengan penyediaan tungkai buatan bagi klien yang diamputasi, dan ortotis terkait dengan penyediaan alat penahan untuk memperbaiki fungsi ekstremitas yang diamputasi.

Kolaborasi yang paling signifikan dalam solusi defisit perawatan diri diantara klien Skizofrenia dapat ditunjukkan dengan obat antipsikosis diantara psikiater dan perawat psikiatri. Klien yang mendapatkan obat antipsikotik secara teratur dapat memenuhi terapi sosial, rekreasional, dan rehabilitasi (Johnson, 1997). Selain itu, obat psikotropik juga bermanfaat untuk mencegah klien dengan skizofren menjadi kambuh dan kembali ke rumah sakit (Gournay, 2000; Johnson, 1997).

Berdasarkan uraian diatas, perawat ahli di bidang psikiatri perlu mengoptimalkan peran mereka di area kolaborasi ini. Kontribusi perawat harus didasari dengan pemahaman yang luas tentang medikasi: kerja obat, penggunaan, dosis, efek terapeutik yang diharapkan, rute pemberian, efek samping, dan kontraindikasi (Johnson, 1997). Pengetahuan ini sangat dibutuhkan ketika perawat berdiskusi dengan anggota tim lainnya. Pengetahuan ini harus juga didukung oleh keterampilan pemberian obat. Tambahan lagi, kemampuan mengajar klien dan keluarganya terkait terapi yang diberikan sangatlah penting (Gournay, 2000).

Bagaimanapun, kemampuan ini dapat tidak sesuai ketika perawat menemukan kesulitan dalam menjalankan peran kolaborasinya. Pertama-tama, perawat ahli mungkin saja ahli dalam pemberian obat, tetapi mereka kurang baik dalam menggunakan komunikasi yang efektif kepada klien, keluarga, atau profesi kesehatan lainnya. Masalah ini harus dimasukkan ke dalam pertimbangan, mengingat komunikasi efektif sangat penting untuk menghubungkan perawat dan klien, memungkinkan klien untuk berpartisipasi dalam mencapai tujuan intervensi,

dan memuaskan hubungan antara profesi kesehatan (Oermann, 1992).

Satu penelitian kualitatif melaporkan bahwa walaupun beberapa perawat kesehatan jiwa komunitas berpengalaman dalam pemberian injeksi untuk klien gangguan jiwa, mereka harus meningkatkan keterampilan interpersonal agar fungsi terapeutik perawat dapat memberikan efek bagi klien dan keluarga (Muir-Cochrane, 1998). Oleh karena itu, ikut serta dalam pelatihan komunikasi efektif yang intensif dan berkesinambungan dapat menjadi solusi yang baik.

Walaupun seorang perawat ahli sudah kompeten dalam komunikasi efektif, ia dapat saja tidak mampu menggunakan kemampuannya dalam praktik karena pembatasan dari organisasi. Contohnya, waktu yang dialokasikan terbatas dalam memberikan obat antipsikosis bagi klien skizofrenia yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi rawat jalan. Beberapa perawat jiwa komunitas di Australia melaporkan kesulitan mereka membina hubungan yang baik, memberikan injeksi, dan hanya mampu melakukan pengkajian jiwa yang superfisial kepada klien mereka dalam waktu selama 15 menit (Muir-Cochrane, 1998). Untuk memecahkan masalah ini, perawat ahli harus bernegosiasi dengan pihak yang berwenang dalam kebijakan untuk memperpanjang durasi waktu interaksi dengan klien.

Kesimpulan

Masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia harus dipertimbangkan sebagai area penting dalam rehabilitasi psikososial. Untuk itu sangatlah penting untuk perawat praktisi dan perawat ahli yang bekerja di rehabilitasi psikososial memberikan tindakan keperawatan profesional untuk mengurangi masalah tersebut.

Perawatan diri model Orem dapat dikerjakan di unit rehabilitasi klien dengan skizofrenia yang memiliki defisit perawatan diri. Untuk kelompok klien ini, kebutuhan perawatan diri lebih besar sebagai efek dari penyakit contohnya kerusakan kognitif, afek, dan perilaku.

Manifestasi dari defisit perawatan diri terkait dengan ketidakmampuan untuk melakukan satu dari kebutuhan dasar dari ADL seperti makan, *personal hygiene*, berpakaian, *toileting*, tidur, interaksi sosial, atau keamanan. Apapun tingkat defisit klien skizofrenia, perawat spesialis jiwa dapat memberikan praktik profesional kepada kelompok spesifik ini dengan menggunakan beberapa prinsip dasar; yaitu pengembangan kemandirian, komunikasi terapeutik, dan kolaborasi. Untuk meningkatkan level kemandirian klien skizofrenia, fleksibilitas perawat dan menyediakan kesempatan bagi klien untuk berhasil adalah penting.

Komunikasi terapeutik diharapkan dapat membawa dampak positif kepada klien untuk memperbaiki orientasi realita mereka. Kolaborasi dengan anggota tim, terutama perawatan medis, merupakan tantangan bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuannya dalam pemberian obat, begitu juga kemampuan interpersonal.

Sebagai tambahan, perawat harus mampu memberikan kontribusi untuk memecahkan masalah dalam melaksanakan peran kolaborator, baik dalam tingkat organisasi, profesional, ataupun edukasional. Komunikasi terapeutik kepada klien dan komunikasi efektif kepada klien dan disiplin lain dalam kolaborasi menjadi perhatian utama dalam tulisan ini. Selanjutnya, penelitian mengenai keefektifan komunikasi dalam memandirikan klien dalam perawatan diri perlu dilakukan untuk mengembangkan praktik keperawatan yang *evidence-based* (HDW, AY, HR).

Referensi

- Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2002). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (5th ed). Missouri: Mosby.
- Andia, A.M., Zisook, S., Heaton, R.K., Hesselink, J., Jernigon, T., Kuck, J., & Moranville, B.D.L. (1995). *Gender differences in Schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Health Disease*, 183 (8), 522-528.
- Barbato, A. (1998). Schizophrenia and public health. Diperoleh dari www.who.int/mental_health/media/end/55.pdf.
- Birchwood, M., & Jackson, C. (2001). *Schizophrenia: Clinical psychology a modular course*. Philadelphia: Taylor & Francis Inc.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, P.W., & Keith, S.J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 163-175.
- Carpenito, L.J. (1999). *Handbook of Nursing diagnosis* (8th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Diperoleh dari www.depkes.go.id/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%2008.pdf.
- Destine, J.B. (1992). Theory-based advanced rehabilitation nursing: Is it a reality? *Holistic Nursing Practice*, 6 (2), 1-6.
- Dittmar, S (1989). *Rehabilitation nursing: Process dan Application*. St. Louise: Mosby Company.
- Fortinash, K.M, & Holloday-Worret, P.A. (1991). *Psychiatric Nursing care plans*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Frankie, P.A., Levine, P., Moerbray, C.T., Shriner, W., Conklin, C., & Thomas, E.R. (1996). Supported education for persons with psychiatric disabilities: Implementation in an urban settings. *The Journal of Behavioural Health Services and Research*, 23 (4), 406-417.
- Glashan, T.H., & Bardenstein, K.K. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 319-329.
- Gournay, K. (2000). Schizophrenia. In R. Newell & K. Gournay (Ed), *Mental health nursing: an evidence-based approach* (147-162). London: Churchill Livingstone.
- Humpel, N., & Caputy, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 399-403.
- Jalil, M. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizofrenia di RSJ Prof.*

- Dr. Soeroyo Magelang. (Skripsi, Tidak dipublikasikan).
- Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric-mental Health Nursing: Adaptation and Growth* (4th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407), 33-37.
- Kozier, B., Erb, G., & Blais, K. (1997). *Professional nursing practice: Concepts & perspectives* (3rd ed). California: Addison Wesley Longman Inc.
- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (1), 29-38.
- Lucca, A.M., & Allen, G.J. (2001). A statewide assessment of psychosocial rehabilitation programs: General characteristics and services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 205-213.
- McFarland, G.K., & McFarlane, E.A. (1997). *Nursing diagnosis & intervention: Planning for patient care*. Missouri: Mosby Year Book.
- Moore, J.B., & Pichler, V.H. (1999). Measurement of Orem's basic conditioning factors: A review of published research. *Nursing Science Quarterly*, 13 (2), 137-142.
- Muir-Cochrane, E.C. (1998). The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'Not just the needle nurse!'. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 254-260.
- Oermann, M.H. (1992). *Professional nursing practice: A conceptual approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed). Missouri: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed). St. Louis: Mosby.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing* (3th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2001). *The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Diperoleh dari www.who.int/whr/2001/en.

Sikap bersyukur adalah cara mutlak
untuk mendapat hal-hal baik lebih banyak lagi bagi kehidupanmu.
- Marci shimoff -

Sepuluh kehidupan adalah nasib baik,
sebagian lainnya adalah disiplin dan inilah sebagian yang penting,
karena tanpa disiplin Anda tidak akan mengetahui apa yang harus dilakukan dengan keberuntungan itu.
- Carl Zuckmeyer -

KESELAMATAN PEMBERIAN MEDIKASI

Agustin Indracahyani^{1*}

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

*Email: a.indracahyani@ui.ac.id

Abstrak

Kesalahan medikasi merupakan masalah yang sangat serius di pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Masalah tersebut mengakibatkan cedera dan kematian bagi pasien, serta meningkatkan biaya yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit. Kesalahan medikasi dapat terjadi di setiap tahapan proses manajemen dan penggunaan medikasi dan berakibat pada keselamatan pasien. Kesalahan medikasi dapat terjadi akibat kondisi laten, kondisi yang menyebabkan kesalahan, dan kegagalan aktif. Perawat sebagai pihak yang paling banyak terlibat dalam proses pemberian medikasi memiliki peran penting dalam mencegah, mengenali, dan mengatasi terjadinya kesalahan untuk meningkatkan keselamatan pemberian medikasi. Upaya meningkatkan keselamatan pemberian medikasi dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan sejak pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasi.

Kata kunci: kesalahan medikasi, keselamatan pemberian medikasi, manajemen dan penggunaan medikasi, perawat

Abstract

Medication errors are a very serious problem in health care services around the world. These problems lead to morbidity and mortality for patients, as well as increase the costs to be incurred by the hospital. Medication errors may occur at any stages of medication management and use process and result in patient safety. These may occur due to latent conditions, error producing conditions, and active failures. Nurses who are primarily involved in the process of medication administration have important role in preventing, recognizing, and addressing errors in order to enhance safety medication administration. Efforts to enhance safety medication administration may be done through nursing process approach from assessment to evaluation and documentation.

Keywords: medication errors, medication management and use, safety medication administration, nurses

Pendahuluan

Kesalahan medikasi dapat mengancam keselamatan pasien. Masalah tersebut menjadi penyebab utama cedera dan kematian di *United States of America* (USA) dan negara industri lain di seluruh dunia (Baker dan Norton, 2004, dan *National Audit Office*, 2005 dalam *World Health Organization Collaborating Center for Patient Safety Solutions*, 2007).

Kesalahan medikasi menyebabkan 1,5 juta pasien mengalami cedera di *United States of America* (USA) dan menyebabkan 7,000 kematian setiap tahunnya (*Institute of Medicine*, 2006 dalam *World Health Organization Collaborating Center for Patient Safety Solutions*, 2007, dan *Executive Safety News*, 1997 dalam Kohn et al., 2000).

Kesalahan medikasi tidak hanya menyebabkan cedera dan kematian namun juga meningkatkan biaya yang

harus dikeluarkan oleh Rumah Sakit. Berdasarkan sebuah studi yang dilakukan di dua Rumah Sakit Pendidikan terkemuka di Amerika menemukan bahwa dua dari 100 pasien mengalami kesalahan pemberian medikasi yang dapat dicegah, yang menyebabkan peningkatan biaya Rumah Sakit rata-rata sebesar \$4,700 per pasien atau sekitar \$2,8 juta per tahun untuk Rumah Sakit Pendidikan dengan kapasitas 700 tempat tidur (Alcoa, 1997 dalam Kohn et al., 2000).

Peningkatan biaya Rumah Sakit di *United States of America* (USA) akibat kesalahan medikasi mencapai \$3,5 milyar per tahun (*Institute of Medicine*, 2006 dalam *World Health Organization Collaborating Center for Patient Safety Solutions*, 2007).

Di Indonesia, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) akibat kesalahan pemberian medikasi merupakan kasus yang paling sering terjadi (Depkes, 2006).

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien Komite Keselamatan Pasien – Rumah Sakit (KKP-RS) pada 2010, insiden akibat kesalahan medikasi pada kuartal I (Januari – April 2010) mencapai 16.67% atau menempati peringkat ketiga insiden setelah insiden akibat kesalahan proses/prosedur klinis dan dokumentasi (KKP-RS, 2010). Pada kuartal II (Mei- Agustus 2010), insiden akibat kesalahan medikasi mencapai 11.11% atau menempati urutan ketiga insiden setelah insiden akibat kesalahan proses/prosedur klinis dan pasien jatuh (KKP-RS, 2010). Dapat disimpulkan bahwa insiden akibat kesalahan medikasi di Indonesia antara Januari – Agustus 2010 rata-rata sekitar 13.89%.

Tingginya insiden keselamatan pasien akibat kesalahan medikasi perlu mendapat perhatian tenaga kesehatan yang terlibat termasuk perawat yang memiliki peran dalam pemberian medikasi (*medical administration*). Kesalahan medikasi dapat terjadi dalam organisasi/manajemen, seleksi dan pembelian (*selection and procurement*), penyimpanan (*storage*), pemesanan dan penyalinan (*ordering and transcribing*), persiapan dan penyaluran (*preparing and dispensing*), pemberian (*administration*), pemantauan dan pelaporan (*monitoring and reporting*). Namun kesalahan sering kali terjadi saat diresepkan dan diberikan (*Joint Commission International, 2007, dan Institute of Medicine, 2006 dalam World Health Organization Collaborating Center for Patient Safety Solutions, 2007*).

Dalam sebuah studi mengenai Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) akibat kesalahan medikasi yang dilaksanakan di beberapa rumah sakit di *United States of America (USA)* ditemukan fakta bahwa 34% kesalahan medikasi terjadi akibat kesalahan pemberian medikasi yang merupakan salah satu peran perawat. Dalam studi serupa yang dilaksanakan di dua rumah sakit tersier menunjukkan bahwa 38% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) terjadi akibat kesalahan pemberian medikasi yang dilakukan oleh staf keperawatan (Bates et al., 1995, & Pepper, 1995 dalam Page, 2004). Dari data tersebut, dapat disimpulkan perawat memiliki peran penting dalam mencegah terjadinya kesalahan medikasi akibat kesalahan pemberian medikasi.

Umumnya perawat telah mengetahui prinsip dan Standar Prosedur Operasional pemberian medikasi. Namun, insiden akibat kesalahan pemberian medikasi, baik yang bersifat kejadian nyaris cedera (KNC) ataupun kejadian tidak diharapkan (KTD) masih tetap tinggi. Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk meningkatkan keselamatan pemberian medikasi.

Kesalahan Medikasi

Kesalahan medikasi merupakan masalah yang sering kali terjadi di rumah sakit (Kohn et al., 2000). Kesalahan medikasi adalah setiap kejadian yang dapat dicegah, yang dapat mengakibatkan penggunaan medikasi yang tidak seharusnya atau menimbulkan cedera terhadap pasien saat medikasi berada dalam kontrol tenaga kesehatan, pasien, dan konsumen. Kejadian tersebut berhubungan dengan praktik tenaga kesehatan, produk pelayanan kesehatan, prosedur, dan sistem, termasuk pada saat manajemen dan penggunaan medikasi.

Kesalahan medikasi mencakup kesalahan karena melakukan (*commission*) atau tidak melakukan (*omission*) tindakan dan meliputi tiap tahapan manajemen dan penggunaan medikasi (*medication management and use*), yaitu organisasi/manajemen, seleksi dan pembelian (*selection and procurement*), penyimpanan (*storage*), pemesanan dan penyalinan (*ordering and transcribing*), persiapan dan penyaluran (*preparing and dispensing*), pemberian (*administration*), pemantauan dan pelaporan (*monitoring and reporting*). Kesalahan medikasi dapat menyebabkan terjadinya kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD).

Faktor yang Berkontribusi terhadap Kesalahan Medikasi

Faktor yang dapat memicu terjadinya kesalahan medikasi berdasarkan model Reason terdiri dari kondisi laten (*latent conditions*), kondisi yang menyebabkan kesalahan (*error producing conditions*), dan kegagalan aktif (*active failures*) (Hughes, 2008, & Page, 2004). Kondisi laten terjadi akibat proses organisasi, keputusan/ kebijakan manajemen, dan elemen yang ada di dalam sistem.

Contoh dari kondisi tersebut antara lain keterbatasan tenaga perawat, beban kerja, terjadinya *turnover*. Selain itu, contoh lain dari kondisi laten adalah iklim organisasi, kurangnya kebijakan, prosedur, dan protokol berdasar bukti (*evidence based protocols*).

Kondisi yang menyebabkan kesalahan (*error producing conditions*) terjadi akibat faktor lingkungan, tim, individual, atau tugas yang mempengaruhi penampilan kerja. Contoh dari kondisi tersebut antara lain stress lingkungan (distraksi, interupsi, kelelahan, dan miskomunikasi), kurangnya pendokumentasian mengenai informasi tentang efek terapi dan efek samping obat, kurang memadainya peralatan yang menunjang untuk pemberian obat, obat-obatan yang memiliki tampilan dan nama yang *mirip* (*look- a-like, sound a-like*), obat yang tidak umum digunakan atau diresepkan, bertambahnya jumlah obat- obatan baru, dan obat yang secara umum digunakan namun seringkali menimbulkan reaksi alergi. Contoh obat- obatan yang sering menimbulkan alergi antara lain antibiotik, opiat, dan *Non Steroid Anti Inflammation Drugs* (NSAID).

Kegagalan aktif (*active failures*) terjadi akibat salah pengenalan/ pemilihan obat (*slips*), salah memori/ perhatian (*lapses*), ketidaktepatan penetapan tujuan atau cara untuk mencapai tujuan (*mistakes*), dan pelanggaran peraturan/ protokol (*violation*). Contoh dari kondisi tersebut antara lain inadkuatnya pengetahuan tentang medikasi, kurangnya keterampilan matematika dan kalkulasi dosis obat, kurangnya keterampilan dan pengalaman dalam pemberian obat.

Sebuah studi membuktikan bahwa inadkuatnya pengetahuan mengenai medikasi yang digunakan merupakan penyebab umum terjadinya kejadian tidak diharapkan akibat medikasi (*Adverse Drug Event/ ADE*) di antara dokter dan perawat. Kurangnya kewaspadaan terhadap interaksi obat dan dosis yang tepat merupakan masalah yang seringkali terjadi pada level order yang dibuat oleh dokter. Sedangkan overdosis antiemetik, pencampuran obat secara tidak tepat, dan kecepatan tetesan obat dalam cairan infus merupakan masalah yang seringkali terjadi pada level pemberian obat yang dilakukan oleh perawat.

Keselamatan Pemberian Medikasi

Pemberian medikasi merupakan proses yang kontinyu dan memerlukan pengetahuan tentang klien dan medikasi saat melakukan proses keperawatan, yaitu pengkajian, perencanaan, pemberian/ administrasi medikasi, evaluasi, dan dokumentasi (College of Nurses of Ontario, 2008). Prinsip pemberian medikasi terdiri dari 10 prinsip, yaitu Benar Obat, Benar Dosis, Benar Pasien, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Edukasi Klien, Benar Dokumentasi, Benar untuk Menolak Edukasi, Benar Pengkajian, dan Benar Evaluasi (Berman et al., 2008). Prinsip tersebut akan dijelaskan secara terperinci sesuai dengan proses keperawatan.

Pada tahap pengkajian, Prinsip Benar Pengkajian yang harus diperhatikan oleh perawat adalah penerimaan resep hanya dari yang berwenang membuat resep. Perawat harus mengecek kelengkapan order pemberian medikasi, termasuk tanggal order, nama klien, nama obat, unit dosis, rute, frekuensi, dan tujuan pemberian obat. Pengecekan kelengkapan order juga perlu dilakukan dalam setting komunitas dan rawat jalan, termasuk informasi jumlah yang harus diulang. Perawat perlu menanggapi medikasi dan melakukan *follow up* dengan pemberi resep apabila order medikasi tidak lengkap, tidak jelas, tidak sesuai, dan tidak dipahami.

Order tertulis harus diminta saat pemberi resep hadir. Perawat hanya menerima order elektronik melalui sistem sekuriti (fax atau email), dan order verbal hanya dalam situasi emergensi atau ketika pemberi resep tidak dapat menuliskan resepnya (misal: saat berada di ruang operasi). Order melalui telepon hanya terbatas pada situasi dimana pasien memerlukan memerlukan pengobatan dan pemberi resep tidak hadir. Selain itu, perawat perlu memastikan bahwa order verbal atau telepon diulang secara menyeluruh untuk akurasi dan mendokumentasikannya, termasuk nama pemberi resep dan yang terkait dengan *record* klien.

Hal lain yang termasuk Prinsip Benar Pengkajian adalah mengkaji pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan diri untuk melakukan administrasi medikasi,

menggunakan peralatan yang diperlukan saat administrasi medikasi, dan melakukan tindakan yang diperlukan apabila terjadi reaksi yang tidak diharapkan. Selain itu, perawat perlu melakukan verifikasi bahwa *informed consent* telah didapatkan dari klien atau dari kerabat klien yang merupakan pembuat keputusan.

Pengkajian kepatutan medikasi yang diresepkan untuk klien perlu dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi klien, termasuk usia, berat badan, patofisiologi, hasil laboratorium, tanda- tanda vital, pengetahuan dan pemilihan konsumsi obat. Selain itu, perawat harus mengkaji adanya alergi, sensitivitas, dan efek samping pada pengobatan sebelumnya serta kepatutan medikasi yang diresepkan untuk klien pada situasi tertentu. Perawat pun perlu memperhatikan efek terapi, efek samping, interaksi obat, dan makanan yang dapat menjadi kontraindikasi dan menurunkan absorpsi obat.

Pada tahap perencanaan, perawat harus menyalin order medikasi secara tertulis atau memvalidasi akurasi atau kelengkapan resep, membuat jadwal waktu pemberian obat, mempertimbangkan efek diet klien terhadap absorpsi obat, kontraindikasi, intervensi yang diperlukan sebelum, selama, dan setelah pemberian medikasi (misal: tekanan darah), dan pilihan konsumsi obat. Order harus dikomunikasikan dengan individu dalam siklus pelayanan (dokter, klien, keluarga/ kerabat).

Selain itu, pada tahap perencanaan, perawat harus menahan untuk tidak menerima informasi order medikasi dari pihak non-farmakologi, serta mendemonstrasikan rasional yang jelas dan berdasar pada bukti (*evidence based*) untuk mengambil keputusan dan tindakan yang tepat. Hal ini bertujuan untuk mengatasi isu terkait pemberian/ administrasi medikasi. Untuk sistem penyedia resolusi perlu dilakukan tindakan advokasi, ketika terjadi ketidaksepahaman antara pemberi pelayanan kesehatan.

Pada tahap implementasi, perawat harus memastikan bahwa klien menerima edukasi yang tepat mengenai perencanaan asuhan dan pengobatan saat ini, memastikan bahwa klien atau kerabat klien pembuat

keputusan telah menerima *consent* pemberian/ administrasi obat, menyiapkan dan memberikan medikasi menurut rasional berdasar pada bukti (*evidence based rationale*), mendapatkan suplai baru obat (jika ada kekhawatiran mengenai bagaimana cara mempertahankan obat), mengaplikasikan prinsip pencegahan dan pengontrolan infeksi saat memberikan obat, dan melakukan verifikasi mengenai prinsip 10 benar pemberian obat, dan memastikan bahwa klien menerima perawatan yang etis, efektif, dan berfokus pada keselamatan klien. Pada tahap ini, prinsip pemberian obat yang harus diterapkan adalah Benar Obat, Benar Dosis, Benar Pasien, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Edukasi Klien, Benar untuk Menolak Edukasi (Berman et al., 2008).

Prinsip Benar Obat mencakup tiga kali pengecekan untuk keselamatan pemberian obat. Pengecekan pertama dilakukan saat membaca *Medication administration record* (MAR) dengan membandingkan label dan obat yang tercantum dalam MAR. Selain itu, perawat mengecek tanggal kadaluwarsa obat dan menentukan apakah perlu melakukan kalkulasi dosis obat jika dosis tidak sesuai dengan MAR. Pengecekan kedua dilakukan saat melakukan persiapan obat dengan melihat label obat dan mencocokkan dengan MAR. Pengecekan ketiga dilakukan sebelum menyimpan kembali persediaan obat. Prinsip Benar Dosis mencakup perhatian khusus pada pemberian pil/ tablet secara multipel atau dosis tinggi obat cair. Hal tersebut dapat menjadi petunjuk bahwa dosis yang diberikan mungkin tidak tepat/ sesuai.

Penghitungan kembali dosis obat pada dosis yang dipertanyakan dapat mengurangi risiko kesalahan pemberian obat. Formula untuk dosis obat cair yang harus diberikan adalah hasil bagi antara dosis yang diinginkan dan volume di tangan dengan dosis di tangan.

Dosis medikasi yang harus diberikan:

$\frac{\text{Dosis yang diinginkan} \times \text{volume di tangan}}{\text{Dosis di tangan}}$
--

Prinsip Benar Pasien mencakup ketepatan dalam mengidentifikasi klien saat pemberian medikasi.

Joint Commission International (2007) menetapkan dalam Sasaran keselamatan pasien bahwa perawat perlu menggunakan paling tidak dua identitas klien saat memberikan obat. Identifikasi tidak dapat berupa nomor kamar klien. Identitas yang dapat digunakan adalah nama klien, nomor *medical record*, foto, atau identitas lain yang spesifik. Perawat perlu mengecek ID band klien setiap kali memberikan obat dan mewaspadaai saat terdapat pasien dengan nama belakang yang sama di ruang rawat.

Prinsip Benar Rute mencakup ketepatan dan keamanan rute pemberian medikasi bagi klien. Rute pemberian dapat berupa oral (pil, kapsul, cair), parenteral (dengan menggunakan jarum suntik), topical (dioleskan ke kulit atau membran mukosa), tetes (pada mata atau telinga), rectal (supositoria atau cairan). Klien mungkin perlu asistensi dalam memberikan posisi saat injeksi intramuskular.

Prinsip Benar Waktu mencakup ketepatan dan kesesuaian pemberian medikasi dengan waktu yang telah dijadwalkan. Obat yang diberikan 30 menit sebelum atau setelah waktu yang telah dijadwalkan dapat dianggap memenuhi standar waktu yang tepat. Perawat harus juga mempertimbangkan kebijakan rumah sakit terkait pemberian obat. Rumah sakit umumnya memiliki singkatan standar untuk proses penggunaan obat. Perawat perlu mengetahui dan mengingat singkatan- singkatan tersebut. Jadwal pemberian obat perlu direncanakan untuk mempertahankan kadar obat dalam darah secara konsisten dalam upaya meningkatkan efektifitas terapeutik. Beberapa obat (misal: insulin) diberikan dalam kondisi perut kosong sehingga perawat harus memberikan obat kepada klien 1 jam sebelum atau 2 jam setelah makan.

Di sisi lain, beberapa obat harus diberikan dengan makanan untuk meningkatkan absorpsi dan mengurangi iritasi. Antibiotik umumnya diberikan tiap 6, 8, 12 jam sepanjang siang dan malam untuk mempertahankan kadarnya di dalam tubuh. Diuretik umumnya diberikan pada siang hari dibandingkan malam hari untuk mencegah gangguan tidur akibat urinasi yang sering. Ada pula obat yang tidak boleh diberikan bersamaan

dengan antasida. Sebelum pemberian obat *Pro Re Nata* (PRN, jika perlu), perawat perlu mengecek jadwal dan dokumentasi pemberian obat untuk memastikan bahwa obat belum diberikan oleh orang lain, atau telah melewati interval waktu yang ditetapkan setelah pemberian obat sebelumnya.

Prinsip Benar Edukasi Klien mencakup seluruh informasi yang dibutuhkan klien terkait dengan pengobatannya. Klien membutuhkan panduan mengenai pengobatannya. Beberapa klien khawatir terkait dengan pengobatan yang didapatnya. Perawat dapat menenangkan klien dan mengoreksi informasi yang dipahami oleh klien.

Prinsip Benar untuk Menolak Medikasi mencakup penolakan terhadap medikasi yang dilakukan oleh klien dewasa. Perawat perlu mengkonfirmasi alasan penolakan pemberian medikasi. Jika defisit pengetahuan yang mendasari alasan penolakan klien, perawat perlu menyediakan informasi yang tepat terkait alasan pemberian medikasi. Dokumentasi harus dilakukan apabila klien tetap menolak dan alasannya. Perawat berperan untuk memastikan bahwa klien telah mendapat informasi yang adekuat dan konsekuensi yang mungkin terjadi akibat tidak mendapatkan medikasi.

Pada tahap evaluasi, Prinsip Benar Evaluasi yang harus diperhatikan oleh perawat mencakup kegiatan pada tahapan evaluasi yaitu pemantauan terhadap medikasi yang diberikan, seperti mengenali hasil pemberian medikasi termasuk efektifitas, efek samping, tanda-tanda terjadinya reaksi yang tidak diharapkan, dan atau interaksi obat. Selain itu, pada tahapan evaluasi, perawat juga perlu melakukan follow up dengan pemberi resep terkait pertanyaan seputar medikasi, merujuk klien kepada penyedia layanan kesehatan terkait untuk pengkajian dan *follow up* lebih lanjut apabila terjadi masalah dan belum dapat tertangani, mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan tipe asistensi jika klien melakukan sendiri pemberian medikasi.

Pada tahap dokumentasi, Prinsip Benar Dokumentasi mencakup pendokumentasian nama obat, dosis,

metode administrasi, dan data spesifik yang relevan, seperti nadi, dan informasi lain yang berkaitan. Hal lain yang perlu didokumentasikan adalah waktu pemberian obat dan tanda tangan perawat yang memberikan. Dokumentasi dilakukan setelah perawat memberikan medikasi, bukan sebelum memberikan medikasi. Jika waktu pemberian obat berbeda dengan waktu yang diresepkan, perawat harus mencatat waktu pemberian yang sebenarnya dan menjelaskan alasannya (misal: farmasi menyatakan bahwa medikasi akan tersedia dalam waktu 2 jam) dalam catatan keperawatan. Jika medikasi tidak diberikan, perawat perlu mengikuti kebijakan Rumah sakit untuk mendokumentasikan alasannya.

Upaya Meningkatkan Keselamatan Pemberian Medikasi

Perawat dan professional lain yang terlibat dalam Manajemen dan Penggunaan Medikasi (*Medication Management and Use/ MMU*) memiliki tanggung jawab bersama untuk menciptakan lingkungan dan praktik kerja yang mengutamakan keselamatan, termasuk dalam pemberian medikasi. Strategi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pemberian medikasi antara lain upaya secara nasional, pendidikan dan pelatihan untuk perawat, dan perubahan sistem.

Upaya secara nasional bertujuan untuk mengurangi kejadian tidak diharapkan akibat medikasi (*Adverse Drug Event/ ADE*) melalui beberapa strategi termasuk dokumentasi adanya alergi, sistem pelaporan tanpa diberlakukannya hukuman, dan standarisasi waktu pemberian medikasi. Pendidikan dan pelatihan perawat bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pemberian medikasi dan mengurangi kesalahan medikasi.

Sebuah studi membuktikan bahwa pendekatan pembelajaran berbasis masalah (*problem based learning approach*) membuat perawat mampu untuk menggunakan temuan dari riset dengan topic spesifik dan mengaplikasikan solusi untuk masalah klinis (Hughes, 2008). Strategi lain yang direkomendasikan adalah penggunaan simulasi pemberian medikasi dan kesalahan melalui lingkungan yang telah diatur untuk

meningkatkan keselamatan medikasi, melakukan duplikasi kompleksitas interaksi perawat- pasien dan pemikiran kognitif terkait. Simulasi berguna untuk menyiapkan perawat agar mengenali dan melakukan penanganan jika terjadi kesalahan medikasi. Perubahan sistem terkait peningkatan kualitas pelayanan yang menekankan pada faktor sistem, tidak pada kesalahan individual, budaya pelaporan, dan penggunaan teknologi.

Sebuah studi membuktikan bahwa terjadi penurunan kesalahan pemberian medikasi dari 8.6% menjadi 4.4% saat sistem baru diimplementasikan di rumah sakit pendidikan di Inggris. Sistem tersebut termasuk sistem pemberian medikasi dengan barcode (*Bar coded medication administration*), *Computerized order entry*, *Automated dispensing*, dan *Electronic Medication Administration Record* (Hughes, 2008).

Kesimpulan

Kesalahan medikasi terjadi akibat melakukan atau tidak melakukan tindakan dalam proses manajemen dan penggunaan medikasi yang meliputi organisasi/ manajemen, seleksi dan pembelian, penyimpanan, pemesanan dan penyalinan, persiapan dan penyaluran, pemberian, pemantauan dan pelaporan. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD). Faktor yang berkontribusi terhadap kesalahan medikasi antara lain kondisi laten, kondisi yang menyebabkan kesalahan, dan kegagalan aktif (Hughes, 2008, dan Page, 2004).

Perawat memiliki peran dalam mengurangi risiko kesalahan medikasi dengan menerapkan pengetahuan terkait medikasi dan pasien dalam praktik pemberian medikasi. Selain itu, perawat juga harus menerapkan prinsip pemberian medikasi yang terdiri dari Benar Obat, Benar Dosis, Benar Pasien, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Edukasi Klien, Benar Dokumentasi, Benar untuk Menolak Edukasi, Benar Pengkajian, dan Benar Evaluasi (Berman et al., 2008). Prinsip tersebut diterapkan sesuai dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi (TG, RS, YA).

Referensi

- Berman, A.J., Shirlee, S., Barbara, J., Kozier, & Glenora, E. (2008). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (8th Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- College of Nurses of Ontario. (2008). *Practice standard: Medication revised 2008*. Toronto: College of Nurses of Ontario.
- Depkes RI. (2006). *Panduan nasional keselamatan pasien. Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Depkes RI.
- Hughes, R.G. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality Publication No. 08-0043.
- Joint Commission International. (2007). *Accreditation standards for hospitals* (3rd Ed.). Illinois: Joint Commission Resources.
- KKP-RS. (2010). *Laporan insiden keselamatan pasien: Periode Januari- April 2010 (Kuartal I)*. Diperoleh dari http://www.inapatsafety-persi.or.id/?show=data/triwulan12011/lap_ikp12010.
- KKP-RS. (2010). *Laporan insiden keselamatan pasien: Periode Mei- Agustus 2010 (Kuartal II)*. Diperoleh dari http://www.inapatsafety-persi.or.id/?show=data/triwulan12011/lap_ikp22010.
- Kohn, L.T., Janet M. C., & Molla, S.D. (Ed.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: National Academies Press.
- Page, A. (Ed.). (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington DC: National Academies Press.
- World Health Organization Collaborating Center for Patient Safety Solutions. (2007). *Patient Safety Solutions Preamble- May 2007*. Geneva: WHO Press.

Sahabat yang sejati adalah orang yang dapat berkata benar kepada Anda,
bukan orang yang hanya membenarkan kata-kata Anda.

- Anonim -

Bukan kecerdasan Anda,
melainkan sikap Anda-lah yang akan mengangkat Anda dalam kehidupan.

- Anonim -

Apabila di dalam diri seseorang masih ada rasa malu dan takut
untuk berbuat suatu kebaikan,
maka jaminan bagi orang tersebut adalah tidak akan bertemunya
ia dengan kemajuan selangkah pun.

- Bung Karno -

TINJAUAN TEORI KEPERAWATAN KESEHATAN KERJA

Henny Permatasari^{1*}

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

*Email: henny@ui.ac.id

Abstrak

Populasi pekerja adalah salah satu kelompok dalam masyarakat yang sangat rentan mengalami penurunan derajat kesehatan akibat sakit atau mengalami kecelakaan kerja. Tempat kerja memiliki faktor *health hazards* yang berdampak terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian bagi pekerja. Upaya meningkatkan derajat kesehatan dan perlindungan terhadap pekerja dilakukan oleh perawat kesehatan kerja melalui upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier yang dilakukan dengan menggunakan strategi intervensi keperawatan komunitas dengan berbagai pendekatan. Tulisan ini bertujuan memberikan pemahaman terhadap konsep Keperawatan Komunitas pada *Agregate* Pekerja, meliputi antara lain; Pengertian dan Tujuan Keperawatan Kesehatan Kerja, Pekerja Sebagai *Aggregates*, Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Kerja, Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Pekerja, Strategi Intervensi Keperawatan Kesehatan Kerja, Level dan Bentuk Intervensi Keperawatan Kesehatan Kerja, serta, Teori dan Model yang dapat diaplikasikan dalam Pelayanan Keperawatan Kesehatan Kerja.

Kata kunci: *health hazards*, model keperawatan kesehatan kerja, pekerja, perawat kesehatan kerja, tempat kerja

Abstract

Workers was a population aggregate who were being exposed to work related health hazards. Maintaining the health of the workers was an important role of occupational health nursing. The nurse work cooperatively with the worker, the worker's family, the workplaces and the community as well. The practice of occupational health nursing is focused on the promotion of health in the workplaces by used variety strategies of primary, secondary and tertiary level of preventions. The purpose of this scientific paper work were to give a deep understanding in conceptual, theoretical on Occupational Health Nursing and the worker aggregates as well. This paper also contain the whole topics such as: worker as population aggregate, nursing role in occupational health, types of occupational hazards and associated health effects, level of prevention, use the Occupational Health Nursing Model to explain work- health interactions.

Key words: *health hazards, occupational health nursing model, worker, occupational health nursing, workplace*

Pendahuluan

Jumlah tenaga kerja di seluruh penjuru dunia meningkat secara global. Menurut Organisasi Perburuhan Dunia/*International Labour Organisation* (ILO) saat ini terdapat sekitar 2,6 milyar angkatan kerja (ILO, 2005).

Peningkatan jumlah tenaga kerja terjadi sebagai akibat meningkatnya jumlah penduduk di dunia dan kebutuhan pekerjaan yang layak bagi masyarakat. Indonesia sebagai salah satu negara yang sedang berkembang juga mengalami peningkatan jumlah tenaga kerja yang signifikan. Berdasarkan data dari Biro Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2005, terdapat 101,5 juta pekerja, dengan jumlah perusahaan atau institusi kerja berjumlah 120.000.

Pekerja merupakan salah satu kelompok dalam masyarakat yang berisiko mengalami berbagai masalah kesehatan. Menurut ILO (2005), terdapat lebih dari 2 juta kasus kematian tiap tahunnya karena kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK) yang fatal. Di Indonesia, angka kesakitan pekerja pada tahun 2005 adalah 92.783. Angka kecelakaan pekerja pada tahun yang sama adalah 8904. Sedangkan angka kematian pekerja adalah 1699 (Jamsostek, 2005).

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan dan keselamatan, pekerja mendapatkan perhatian dari seluruh dunia dengan diprioritaskannya *occupational health/* kesehatan kerja dalam kebijakan *Healthy People 2000*. Kebijakan yang bersifat global ini ditujukan untuk memperbaiki status kesehatan pekerja,

mengurangi faktor risiko di tempat kerja, memperbaiki dan meningkatkan pelayanan kesehatan kerja, serta mengurangi terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja (Eigsti, Guire, & Stone, 2002).

Keperawatan Komunitas pada Agregate Pekerja

Pengertian dan Tujuan Keperawatan Kesehatan Kerja

Keperawatan kesehatan kerja/ *occupational health nursing* (OHN) adalah cabang khusus dari keperawatan komunitas yang merupakan aplikasi dari konsep dan *frame work* dari berbagai disiplin ilmu (keperawatan, kedokteran, kesehatan masyarakat, ilmu sosial dan perilaku, prinsip-prinsip manajemen) yang bertujuan meningkatkan dan memelihara status kesehatan pekerja serta melindungi pekerja dari kecelakaan kerja dan faktor risiko bahaya di tempat kerja (*health hazards*) dalam konteks lingkungan kerja yang sehat dan aman (*American Asscociation of Occupational Health Nursing/ AAOHN* dalam Nies & Swansons, 2002; Stanhope & Lancaster, 2004).

Pekerja Sebagai Aggregates

Bekerja atau menjadi seorang pekerja adalah salah satu tugas perkembangan manusia dewasa (Duval & Miller, 2000, dalam Friedman, 2003). Bekerja adalah tuntutan peran sosial dalam kehidupan manusia yang harus dilaksanakan oleh semua orang, sehingga ketika memasuki usia dewasa, semua individu melaksanakan peran sebagai pekerja (Rogers, 1994, dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Rogers juga menyebutkan bahwa aktifitas kerja adalah sumber produktifitas dan sarana mengembangkan serta mengekspresikan diri. Arti pekerjaan menjadi sangat penting tidak hanya bagi individu tetapi mempengaruhi integritas sosial dan ekonomi keluarga pekerja.

Populasi pekerja adalah salah satu kelompok rentan mengalami penurunan derajat kesehatan akibat sakit atau mengalami kecelakaan kerja. Tempat kerja memiliki *health hazards* yang berdampak terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian pekerja (Oakley, 2002). Satu studi yang dilakukan oleh

National Institute of Safety and Health/ NIOSH (2006) menunjukkan, 137 pekerja meninggal setiap hari di Amerika sebagai pengaruh penyakit akibat kerja yang bersumber dari *health hazards*. Di Indonesia, angka kesakitan pekerja pada tahun 2005 adalah 92.783, angka kecelakaan pekerja adalah 8904, sedangkan angka kematian pekerja adalah 1699 (Jamsostek, 2005).

Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Kerja

Pada beberapa dekade sebelumnya peran dan fungsi OHN hanya terfokus pada penanganan kasus kegawatdaruratan dan penyakit akut yang dialami pekerja di tempat kerja maka, saat ini peran dan fungsi OHN menjadi lebih luas dan kompleks (Nies & Swansons, 2002). Lusk (1990, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) mengidentifikasi 8 peran OHN. Kedelapan peran tersebut adalah: (1) Pemberi pelayanan kesehatan; (2) Penemu kasus; (3) Pendidik kesehatan; (4) Perawat pendidik; (5) Pemberi layanan konseling; (6) Manajemen kasus; (7) Konsultan, serta (8) Peneliti.

Berdasarkan peran tersebut, maka fungsi OHN adalah: (1) Melakukan supervisi terhadap kesehatan pekerja; (2) Melakukan surveilens terhadap lingkungan kerja; (3) Mencegah terjadinya kecelakaan kerja; (4) Mencegah terjadinya penyakit akibat kerja; (5) Penatalaksanaan penyakit baik yang berhubungan maupun yang tidak berhubungan dengan pekerjaan, kecelakaan di tempat kerja, serta pelayanan kesehatan dasar; (6) Mengatur dan mengkoordinasikan upaya pertolongan pertama di tempat kerja; (7) Melakukan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di tempat kerja; (8) Melakukan konseling untuk pekerja; (9) Melakukan upaya rehabilitasi untuk pekerja yang kembali bekerja setelah mengalami kecelakaan atau dirawat di rumah sakit; (10) Melakukan pencatatan dan pelaporan kesehatan kerja; (11) Melakukan penatalaksanaan terhadap manajemen pelayanan kesehatan kerja termasuk menetapkan perencanaan, pengembangan kebijakan, pendanaan, staffing dan; (12) melakukan tugas administrasi di unit kesehatan atau klinik kesehatan yang tersedia serta; (13) melakukan riset keperawatan kesehatan kerja (AAOHN, 1994, dalam Nies & Swanson, 2002,

Dorward, 1993, dalam Oakley, 2004, Eigsti, Guire & Stone, 2002, Stanhope & Lancaster, 2004, *World Health Organisation*, 1982, dalam Oakley, 2002).

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Pekerja

Berdasarkan aplikasi model Epidemiologi, hubungan antara pekerja dan status kesehatan dilihat berdasarkan tiga faktor yang saling mempengaruhi, yaitu pekerja (*host*), lingkungan (*environment*) dan *health hazards* (Stanhope & Lancaster, 2004). Ketiga faktor yang saling berpengaruh tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

Pekerja (*Host*)

Pekerja merupakan *host* pada populasi pekerja. *Host* memiliki karakteristik yang berhubungan dengan meningkatnya risiko untuk terpapar *health hazards* di tempat kerja. Karakteristik tersebut meliputi: (1) usia; (2) Jenis kelamin; (3) Memiliki atau tidak memiliki penyakit kronis; (3) Aktifitas di tempat kerja; (4) Status imunologi; (5) Etnik; (6) Gaya hidup (Stanhope & Lancaster, 2004).

Sebagai contoh pekerja yang memiliki risiko tinggi mengalami kecelakaan di tempat kerja adalah laki-laki yang berusia antara 18-30 tahun, memiliki pengalaman kerja kurang dari 6 bulan. Karakteristik *host* seperti usia, jenis kelamin, dan pengalaman kerja, meningkatkan risiko untuk mengalami kecelakaan kerja akibat kurangnya pengetahuan dan kemampuan mengatasi risiko *health hazards* serta ketrampilan kerja yang masih rendah. Agregat pekerja ini juga berisiko mengalami penyakit kronis akibat gaya hidup yang kurang sehat seperti perokok, minum alkohol, kurang berolahraga (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2004; Oakley, 2002).

Faktor Risiko Bahaya di Tempat Kerja (*Health Hazards*)

Health hazards berupa faktor kimia, fisika, biologi, *enviromechanical* dan psikologi, terdapat pada hampir semua bentuk institusi kerja (Stanhope & Lancaster, 2004). Tanpa memandang jenis institusi kerja bersifat tradisional atau modern yang

menggunakan teknologi tinggi. Perusahaan yang mengelola jasa (bank, institusi pelayanan kesehatan, hotel dan restoran) juga tidak luput dari bahaya *health hazards* bagi pekerja (Depnakertrans RI, 2005).

AAOHN (1995 dalam Nies & Swanson, 2002) menyatakan *health hazards* kimia berupa debu, asbestos, merkuri, dan zat kimia berbahaya lainnya masuk ke tubuh manusia melalui saluran pernafasan, saluran pencernaan, absorpsi kulit, dan absorpsi sistem penglihatan. Pengaruh terhadap kesehatan manusia adalah gejala sakit kepala, gangguan sistem syaraf pusat, ataksia, luka bakar, gangguan sistem reproduksi serta, penyakit keganasan. *Health hazards* fisika berupa kebisingan, radiasi, getaran, suhu panas dan dingin, serta gelombang elektromagnetik. *Health hazards* fisika menimbulkan kerusakan pada sistem pendengaran, gangguan sistem reproduksi, penyakit keganasan, dehidrasi, serta serangan panas.

Health hazards biologi berupa bakteri patogen, jamur, dan virus masuk ke tubuh manusia melalui sistem pernafasan, kontak langsung dengan kulit, sistem pencernaan, penglihatan. Dampak terhadap kesehatan adalah mengalami penyakit infeksi virus, bakteri, jamur, seperti penyakit hepatitis B, kulit, infeksi yang menyerang sistem organ manusia.

Sedangkan *health hazards enviromechanical* adalah segala sesuatu yang berpotensi menimbulkan penyakit atau kecelakaan di tempat kerja. Faktor risiko bahaya ini berhubungan dengan proses kerja atau kondisi lingkungan kerja yang berpengaruh terhadap kesehatan ketika aktifitas kerja tertentu dilaksanakan secara berulang-ulang (Stanhope & Lancaster, 2004).

Kategori *health hazards enviromechanical* berisiko menimbulkan masalah gangguan tulang dan persendian, cedera punggung, serta gangguan tidur. Selain itu faktor psikologi di tempat kerja seperti stress kerja dan hubungan yang kurang harmonis dengan atasan dan sesama pekerja dapat menimbulkan *health hazards* psikososial. Kategori ini dapat menimbulkan masalah psikososial kecemasan, konflik di tempat kerja, stress kerja serta penyakit psikosomatik yang mengganggu produktifitas kerja.

Lingkungan

Faktor lingkungan adalah faktor-faktor yang mempengaruhi interaksi antara *host* dan *agent* dan dapat menjadi mediasi antara *host* dan *agent*. Lingkungan digolongkan menjadi fisik dan psikologis. Lingkungan fisik berupa panas, bau, ventilasi yang mempengaruhi interaksi *host* dan *agent*. (Stanhope & Lancaster, 2004). Lingkungan fisik yang kurang nyaman menimbulkan ketegangan bagi pekerja serta memperberat risiko interaksi negatif antara *host* dan *agent*. Misalnya pekerja yang terpapar *health hazards* kimia berada di lingkungan kerja panas dan kurang ventilasi maka akan memperberat risiko timbulnya masalah kesehatan pekerja tersebut. Adapun lingkungan psikologis berhubungan dengan karakteristik tempat kerja meliputi hubungan interpersonal dan karakteristik pekerjaan, berupa rendahnya otonomi, tingkat kepuasan kerja, serta pengawasan yang berlebihan (Eigsti, Guire & Stone, 2004; Oakley, 2002).

Penatalaksanaan Keperawatan Kesehatan Kerja di Masyarakat

Strategi Intervensi Keperawatan Kesehatan Kerja

Pendidikan Kesehatan

Menurut Anderson dan McFarlane (2000), OHN bertanggung jawab terhadap program pendidikan kesehatan di tempat kerja. Pendidikan kesehatan dirancang sejak awal untuk memberikan promosi kesehatan tidak hanya difokuskan pada pekerja tetapi juga diberikan kepada keluarga pekerja. Keluarga memberikan kontribusi besar terhadap status kesehatan pekerja (Oakley, 2002).

Anderson dan McFarlane (2000) menjelaskan, aktifitas pendidikan kesehatan di tempat kerja dimulai dari pengkajian kebutuhan pekerja dan pihak manajemen terhadap upaya pendidikan kesehatan. Langkah berikutnya menciptakan program pendidikan kesehatan yang efisien, efektif untuk diimplementasikan di tempat kerja.

Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pekerja difokuskan meningkatkan pengetahuan dan

kemampuan pekerja mengenali *health hazards* di tempat kerja serta upaya mengurangi dampak *health hazards* terhadap status kesehatan mereka (Eigsti, Guire & Stone, 2004; Oakley, 2004; Stanhope & Lancaster, 2004). Pekerja biasanya tidak menyadari ancaman *health hazards* yang tidak bisa dilihat dengan mata secara langsung (misalnya gas dan asbestos), sehingga mereka menjadi kurang waspada terhadap *health hazards* tersebut (Eigsti, Guire & Stone, 2002).

Salah satu tantangan yang dihadapi perawat kesehatan kerja untuk memberikan pendidikan kesehatan yang efektif di tempat kerja adalah minimnya waktu luang yang dimiliki pekerja untuk mengikuti pendidikan kesehatan. Waktu luang yang dimiliki pekerja hanya pada saat istirahat makan siang atau istirahat minum kopi, sehingga dibutuhkan strategi khusus untuk mensiasati permasalahan tersebut (Oakley, 2004).

Strategi yang dapat dilakukan adalah membagikan materi pendidikan kesehatan berupa leaflet, brosur berisi pesan kesehatan saat makan siang di ruang makan. Metode lain yang efektif dan efisien untuk memberikan pendidikan kesehatan di tempat kerja adalah dengan penempelan poster, pemutaran video berdurasi singkat (15- 20 menit) (Eigsti, Guire & Stone, 2002; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2004; Ervin, 2002).

Proses Kelompok

Proses pembentukan kelompok adalah gabungan dari individu atau organisasi yang saling bekerja sama untuk mencapai tujuan khusus tertentu atau kerjasama yang saling menguntungkan (American Association of University Woman/ AAUW, 1981, dalam Helvie, 1998). Kelompok pekerja yang berada di satu institusi kerja adalah kelompok yang dapat diberdayakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada melalui berbagai intervensi keperawatan yang sesuai untuk kelompok.

Kemitraan/ Partnership

Partnership adalah hubungan yang terjalin antara profesi kesehatan dan partnernya yaitu individu, keluarga, dan masyarakat yang memiliki kekuatan atau *power*, hubungan ini bersifat fleksibel,

mengutamakan negosiasi, saling menguntungkan dalam rangkaian proses berubah dan meningkatkan kapasitas dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat untuk mencapai dan atau memperbaiki kesehatan masyarakat (Schuster & Goepfing, 1995, dalam Helvie, 1998).

Berbagai pihak seperti pekerja, perwakilan manajemen perusahaan serta perawat kesehatan kerja dapat membentuk kemitraan atau partnership untuk melakukan upaya promosi kesehatan yang bertujuan meningkatkan, memelihara kesehatan pekerja, meningkatkan produktifitas kerja serta memberikan keuntungan perusahaan (Eigsti, Guire & Stone, 2002; Hitchcock, Schubert, Thomas, 2004; Ervin, 2002).

Pemberdayaan Masyarakat / *Community Empowerment*

Menurut Wallerstein (1992, dalam Helvie, 1998), pemberdayaan masyarakat adalah proses aksi sosial meningkatkan partisipasi individu, organisasi dan masyarakat mencapai tujuan peningkatan kemampuan individu dan masyarakat dalam rangka memperbaiki kualitas kehidupan dan peran sosial mereka dalam masyarakat.

Level dan Bentuk Intervensi Keperawatan Kesehatan Kerja

Semua bentuk intervensi keperawatan komunitas berdasarkan pada konsep pencegahan, demikian juga bentuk intervensi keperawatan kesehatan kerja (Travers & Doughall, 2000, dalam Nies & Swansons, 2002). Promosi kesehatan, proteksi, pemeliharaan dan rehabilitasi kesehatan pekerja adalah tujuan yang harus dicapai oleh perawat kesehatan kerja (AAOHN, 1995 dalam Nies & Swanson, 2002). Saat melaksanakan praktek keperawatan kesehatan kerja, perawat kesehatan kerja menggunakan tiga level strategi pencegahan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Penggunaan tiga level pencegahan ini dimaksudkan menjamin perawat lebih berfungsi melakukan pencegahan timbulnya penyakit, serta aktif melakukan promosi kesehatan terhadap pekerja. Level pencegahan tersebut dikategorikan menjadi tiga

bentuk, yaitu; (1) Pencegahan primer; (2) Pencegahan Sekunder; (3) Pencegahan Tersier. Lebih jelasnya akan diuraikan sebagai berikut:

Pencegahan Primer (*primary prevention*)

Pada level pencegahan primer, perawat kesehatan kerja melakukan *health promotion* dan pencegahan penyakit (Nies & Swansons, 2004). Menurut Patterson (1994, dalam Nies & Swansons, 2004), *health promotion* adalah proses meningkatkan kesadaran, mempengaruhi sikap, perilaku individu mencapai derajat kesehatan yang optimal baik dari segi fisik, mental dan sosial. Pencegahan timbulnya penyakit di tempat kerja diawali dengan meningkatkan pengetahuan pekerja mengenali risiko penyakit akibat *health hazards*. Saat melaksanakan praktek keperawatan kesehatan kerja, perawat menggunakan tiga level strategi pencegahan, yaitu primer, sekunder dan tersier (Stanhope & Lancaster, 2004).

Melalui area pencegahan primer, bentuk intervensi yang dilakukan perawat adalah melakukan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Perawat kesehatan kerja menggunakan berbagai metode pencegahan primer dengan metode "*One and One Interaction*" sebagai strategi mengevaluasi timbulnya risiko masalah kesehatan dari perilaku pekerja (Roger 2000, dalam Nies & Ewen, 2001). Strategi ini dilakukan karena perawat kesehatan kerja setiap hari berinteraksi dengan pekerja karena berbagai alasan, misalnya saat melakukan pengkajian, pelayanan terhadap pekerja yang sakit, mengalami kecelakaan, serta melakukan *surveillance*.

Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*)

Upaya pencegahan sekunder yang dilakukan OHN diberikan melalui berbagai strategi yaitu pelayanan keperawatan langsung (*direct care*) untuk kasus penyakit akut dan kecelakaan serta upaya untuk menemukan penyakit sejak awal, dan intervensi lebih dini untuk mengurangi risiko timbulnya kecacatan bagi pekerja.

Bentuk intervensi yang dilakukan oleh perawat kesehatan kerja adalah melakukan skreening kesehatan, pemeriksaan kesehatan secara berkala,

dengan cara yang relatif mudah dan biaya yang minimal. Skreening kesehatan berupa pemeriksaan kesehatan mata, deteksi dini penyakit kanker, tekanan darah tinggi serta, pemeriksaan gula darah untuk mendeteksi timbulnya penyakit diabetes mellitus. Pencegahan sekunder yang diberikan perawat kesehatan kerja juga berupa penempatan ulang atau evaluasi dan rotasi kerja terhadap pekerja dari satu unit kerja ke unit lain, sehingga pekerja memperoleh situasi yang baru, tidak merasa kejenuhan dengan situasi kerja yang lama (Nies & Ewen, 2001).

Upaya Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

Pada level pencegahan tersier, OHN berperan dalam upaya rehabilitasi status kesehatan pekerja setelah mengalami sakit yang berat atau masalah kesehatan serius lainnya. Upaya rehabilitasi ditujukan agar pekerja dapat kembali menjalankan tugasnya dengan kemampuan optimal yang dimiliki setelah melewati masa sakitnya.

Bentuk intervensinya mengevaluasi status kesehatan pekerja yang baru saja dirawat di rumah sakit karena menderita penyakit tertentu atau mengalami kecelakaan kerja. Perawat memonitor status kesehatan pekerja (paska di rawat di RS) saat pekerja tersebut kembali bekerja. Termasuk mengidentifikasi kebutuhan khusus pekerja tersebut. Sebagai contoh pekerja yang baru saja dirawat di RS karena *myocardial infarction* membutuhkan observasi tekanan darah secara teratur serta menghindari aktifitas kerja berat seperti mengangkat beban dan mendorong.

Teori dan Model yang dapat diaplikasikan dalam Pelayanan Keperawatan Kesehatan Kerja

Pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan kesehatan kerja dilakukan dengan mengaplikasikan teori dan model yang berhubungan dengan keperawatan kesehatan kerja. Teori dan model tersebut antara lain adalah: (1) Model Epidemiologi, (2) Model Keperawatan Kesehatan Kerja dari Rogers (1994), (3) Model Promosi Kesehatan untuk Pekerja dari Downie dan Tannahill (1996). Adapun Model Epidemiologi telah dijelaskan pada bagian awal dari

tulisan ini. Pada bagian ini penulis hanya akan membahas model “Model Keperawatan Kesehatan Kerja” dari Rogers (1994). Rogers (1994, dalam Stanhope & Lancaster, 2004), merancang model keperawatan kesehatan kerja dengan memfokuskan kesehatan pekerja yang dipengaruhi oleh lima faktor yang berhubungan langsung dengan kesehatan pekerja. Kelima faktor tersebut adalah:

1. Praktek pelayanan OHN yang terdiri dari 8 elemen. Kedelapan elemen tersebut merupakan gambaran peran dan tugas OHN, yaitu: menetapkan kebijakan yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan kesehatan kerja, menetapkan program perencanaan yang berhubungan dengan manajemen pelayanan keperawatan kesehatan kerja, melakukan pelayanan keperawatan langsung, melakukan surveillans terhadap *health hazards* di tempat kerja, melakukan kerja sama dengan sumber-sumber yang ada di masyarakat pada saat memberikan pelayanan, memberikan pelayanan keperawatan kesehatan kerja berdasarkan aspek etik dan legal, melakukan riset keperawatan kesehatan kerja;
2. Tim kesehatan dan keselamatan kerja yang terdiri dari dokter spesialis kesehatan kerja, dokter umum, ahli kesehatan lingkungan, konsultan gizi, fisioterapist, psikolog, *occupational hygienist*;
3. Faktor yang ketiga adalah Pekerjaan dan *health hazards* yang terdapat di lingkungan kerja;
4. Sumber-sumber yang ada di masyarakat, baik yang berupa pelayanan kesehatan rujukan pekerja seperti Rumah Sakit, organisasi pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang memberikan perhatian terhadap populasi pekerja; serta
5. Visi dan misi dari perusahaan atau institusi kerja yang mencakup tujuan, kebijakan dan peraturan yang ditetapkan perusahaan baik yang berhubungan dengan aspek bisnis, ekonomi maupun yang berhubungan dengan kesehatan dan keselamatan kerja termasuk kebijakan perusahaan yang memfasilitasi maupun kurang memfasilitasi peningkatan dan pemeliharaan kesehatan pekerja.

Model Rogers juga menjelaskan praktek pelayanan OHN yang dipengaruhi oleh empat faktor utama yang berhubungan dengan situasi sosial, ekonomi,

serta perkembangan teknologi dalam masyarakat, yaitu: (1) Keadaan ekonomi; (2) Kecendrungan populasi/*trend* populasi; (3) Legislasi politik; serta (4) Faktor ilmu pengetahuan dan teknologi.

Kesimpulan

Indonesia sebagai salah satu negara yang sedang berkembang memiliki 101,5 juta pekerja, dengan jumlah perusahaan atau institusi kerja berjumlah 120.000 (BPS, 2005). Pekerja merupakan salah satu kelompok dalam masyarakat yang berisiko mengalami berbagai masalah kesehatan. Kebijakan *Healthy People 2000*, dengan salah satu prioritas meningkatkan derajat kesehatan pekerja memberikan dampak terhadap praktek keperawatan yang diberikan oleh perawat OHN. Perawat kesehatan kerja dituntut untuk memberikan pelayanan keperawatan kesehatan kerja berdasarkan konsep dasar keperawatan kesehatan komunitas di tempat kerja, dengan mengaplikasikan berbagai teori dan model keperawatan kesehatan kerja yang sesuai. Upaya tersebut diharapkan mampu meningkatkan dan memelihara kesehatan pekerja, meningkatkan produktifitas kerja serta memberikan keuntungan bagi institusi kerja (SS, SW, HR).

Referensi

- Anderson, & McFarlane. (2000). *Community as partner: Theory and practice in nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, USA.
- BPS. (2005). *Data statistik ketenagakerjaan*. Diperoleh dari <http://www.bps.go.id>.
- Depnakertrans RI. (2005). *Pengawasan ketenagakerjaan*. Diperoleh dari <http://www.depna-kertrans.go.id>.
- Ervin, N.F. (2002). *Advanced community health nursing practice: Population focused care*. Prentice Hall: New Jersey.
- Eugsti, C.S., Guire, L.S., & Stone C.S. (2002). *Comprehensive community health nursing family, aggregate, and community practice*. St. Louis: Mosby.
- Friedman, M.M. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Helvie, O.C. (1998). *Advance practice nursing in The community*. London: Sage Publications.
- Hitchcock, J.E. Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (2004) *Community health nursing: Caring in action*. Albany: Delmar Publisher
- ILO. (2005). *Statistic and databases*. Diperoleh dari <http://www.ilo.org>.
- Jamsostek. (2005). *Angka kematian tenaga kerja Indonesia*. Diperoleh dari <http://www.jamsostek.go.id>.
- Nies, M.A., & Ewen, M.M.(2001). *Community health nursing promoting the health of population*. Washington: WB Saunders Company.
- Nies, M.A., & Swanson, J. (2002). *Community health nursing: Promoting the health of aggregates*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- NIOSH. (2006). *Data and statistic*. Diperoleh dari <http://www.cdc/goc/niosh/>.
- Oakley, K. (2002) *Occupational health nursing*. Philadelphia: Whurr Publisher.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and public health nursing*. St Louis: The Mosby Year Book.

Cinta itu layaknya sebuah energi, tidak dapat dimusnahkan,
namun dapat berubah wujud atau bentuk.

-Anonim-

GROUNDING THEORY SEBAGAI PILIHAN METODE RISET KUALITATIF KEPERAWATAN

Setyowati^{1*}

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

*Email: watisetyowati@yahoo.com.au

Abstrak

Grounded theory merupakan metode riset kualitatif yang menggunakan suatu set prosedur yang sistematis untuk mengembangkan suatu teori secara induktif tentang suatu fenomena. Metode ini dimulai dari suatu pernyataan yang masih kabur dan akhirnya menghasilkan teori yang dikumpulkan dari berbagai data. *Grounded theory* membuat kenyataan bahwa kesenjangan antara teori dan praktik dapat diatasi, sehingga dapat diaplikasikan dalam praktik dan meningkatkan pelayanan. Analisis data dilakukan melalui empat tahap. Pendekatan *grounded theory* sangat membantu perawat untuk memahami perilaku sosial agar perawat lebih mengerti dan memahami pasiennya.

Kata kunci: analisis data, *grounded theory*, keperawatan, metode kualitatif

Abstract

Grounded theory is a qualitative research method utilizing a set of systematic procedure to develop an inductive theory on a particular phenomenon. It is initiated by answering a vague question and eventually generating theory from the data collected. The data analysis is carried out in 4 stages in the grounded theory approach. Grounded theory may bridge the gap between theory and practice. It can be applied into practice to enhance the quality of nursing service. This approach helps nurses to understand the social behaviour of the patients.

Key words: data analysis, *grounded theory*, nursing, qualitative method

Pendahuluan

Perkembangan ilmu dan teknologi yang pesat dan diikuti dengan semakin kompleksnya kebutuhan masyarakat dalam berbagai bidang. Hal ini menyebabkan para ahli berusaha mengembangkan ilmunya melalui riset atau penelitian. Untuk itu, berbagai metode dikembangkan agar menghasilkan hasil riset yang lebih lengkap dan valid, diantaranya dengan metode kualitatif. Metode ini lebih menggali hal-hal yang berupa perilaku dan pengalaman manusia untuk fenomena yang diteliti, salah satunya yaitu *grounded theory*.

Grounded theory ditemukan oleh dua sosiolog Glaser dan Strauss, dalam riset bersama tentang pasien yang meninggal dunia di rumah sakit. Kedua sosiolog ini kemudian mengembangkan suatu metode riset kualitatif yang dikenal sebagai '*Grounded theory*' (Glaser & Strauss, 1967).

Grounded theory merupakan suatu metode kualitatif yang menggunakan suatu set prosedur yang sistematis untuk mengembangkan suatu teori secara induktif tentang suatu fenomena. Di dalam hubungan antara pertanyaan riset dan metode riset, maka *grounded theory* dimulai dari suatu pertanyaan yang masih kabur dan akhirnya menghasilkan teori yang dikumpulkan dari berbagai data. Dengan demikian, pendekatan ini bukan untuk mengidentifikasi dan membuktikan suatu hipotesis.

Pendekatan *grounded theory* sangat membantu perawat untuk memahami perilaku sosial sehingga perawat lebih mengerti dan memahami pasiennya. *Grounded Theory* merupakan pilihan jika metode lain tidak dapat digunakan, terutama dalam bidang dengan variabel dependen yang sensitif, seperti kesehatan, bisnis, dan manajemen (Glaser, 1995). Tulisan ini akan menggambarkan secara singkat tentang metode riset kualitatif yang kompleks yaitu *grounded theory*.

Pengertian

Grounded theory (selanjutnya disingkat GT) merupakan suatu metode kualitatif untuk menghasilkan pengembangan teori baik dengan pendekatan induktif dan deduktif. Tujuan GT adalah menghasilkan hipotesis berdasarkan ide konseptual. Metode riset kualitatif ini dapat dijelaskan baik dalam riset kualitatif maupun kuantitatif.

Penggunaan GT terampuh ialah pada investigasi hal-hal yang masih belum jelas atau untuk memperoleh persepsi baru dari situasi sudah yang lumrah (Glaser, 1995). *Grounded theory* adalah teori yang berasal dari kenyataan dan menjelaskan kejadian yang ada (Field & Morse, 1985). GT membuat seorang perawat dapat mengeksplorasi data yang banyak ditemukan (Stein 1985) dan membuat perawat lebih memahami apa yang terjadi. GT membuat kenyataan bahwa kesenjangan antara teori dan praktik dapat diatasi, sehingga dapat diaplikasikan dalam praktik dan meningkatkan pelayanan.

Tujuan metode GT adalah untuk menilai efek dari perilaku sosial. Perbedaannya dengan riset etnografi yaitu etnografi mengungkapkan suatu pertanyaan mengapa seseorang berpikir apa yang dia lakukan dan mengapa hal itu dilakukan. Sedangkan pendekatan fenomenologi berupaya menilai bagaimana seseorang menceritakan pengalamannya (Thorne, 1991).

Grounded theory membuat peneliti dapat menemukan kerangka konsep yang menjelaskan skenario dari riset (Stein, 1985). Setiap pendekatan GT memiliki tiga elemen dasar (Legewie & Schervier-Legewie, 2004) yang harus dipenuhi di antaranya *theoretical sensitive coding*, yaitu mengembangkan konsep teori dari data yang menjelaskan tentang fenomena yang diteliti. Elemen kedua adalah *theoretical sampling* yaitu menetapkan siapa yang diwawancarai dan apa yang diobservasi selanjutnya untuk membentuk teori. Hal itu dilakukan dengan memulai analisis pada waktu pertama melakukan wawancara. Selanjutnya, pendekatan GT mempunyai kebutuhan untuk membandingkan antara fenomena dan konteks yang diteliti sehingga memperkuat teori yang dibentuk.

Jadi *Grounded Theory* adalah metode kualitatif yang ditujukan untuk menghasilkan atau mengembangkan suatu teori atau konsep yang berasal dari kenyataan dan menjelaskan kejadian yang ada dengan menilai efek dari perilaku sosial dari fenomena yang diteliti. Hasil dari GT di keperawatan merupakan konsep-konsep baru berdasarkan kejadian nyata dalam praktik keperawatan dan hasil tersebut dapat diterapkan dalam praktik keperawatan.

Prinsip-Prinsip *Grounded Theory*

Pendekatan GT harus menggunakan prinsip sebagai berikut:

1. Tujuan pendekatan data tanpa kerangka yang pasti, tetapi dengan melihat hal-hal yang belum pasti. Secara teoritis, GT tidak sejalan dengan pengembangan pengetahuan secara idealistik (yaitu menentukan kerangka konsep yang jelas kemudian membuktikan hipotesis atau teori yang ada dalam praktik melalui riset), tetapi GT menghasilkan teori atau konsep pada fenomena yang diteliti setelah mengumpulkan data-data yang diperlukan. Hal ini menolak pendapat bahwa ilmu pengetahuan ditemukan dan tidak dapat dibantah dengan aturan-aturan tertentu.
2. Tujuan pengembangan teori dikembangkan sedekat mungkin dengan keadaan nyata, aplikasi dasar, dan pengalaman nyata. Teori dibentuk dari data yang dihasilkan. Teori digeneralisasikan dengan karakteristik tertentu dengan menekankan pada proses.

Grounded Theory dalam Keperawatan

Keperawatan adalah disiplin praktik klinik dan sering dijelaskan sebagai ilmu dan seni. Oleh sebab itu, sesuai dengan epistemologinya, riset dari ilmu keperawatan harus meliputi intuisi dari pengalaman perawat yang dibentuk menjadi riset empiris secara sistematis untuk mengidentifikasi ruang lingkup ilmu keperawatan (Schultz & Meleis, 1988).

Pendekatan GT memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi, menjelaskan, serta melakukan generalisasi yang akan membentuk substansi dari teori.

Dengan hasil riset GT maka perawat dapat menerapkannya pada petunjuk kerja dalam praktik keperawatan. Tanpa mengurangi kegunaannya, teori ini biasanya diaplikasikan pada konteks individu pasien, individu perawat, dan *setting* individual (Thomas & James, 2006). Pendekatan GT sangat membantu perawat untuk memahami perilaku sosial sehingga mereka lebih mengerti dan memahami pasiennya.

Teori dari '*symbolic interactionism*' menggarisbawahi *grounded theory* (Chenitz & Swanson, 1986). *Symbolic interactionism* berfokus pada arti suatu kejadian pada seseorang dalam tatanan alamiah. Dengan demikian, perawat dapat melihat arti dari asuhan keperawatan yang dilakukannya pada pasien apakah telah memenuhi kebutuhan pasien yang sebenarnya. Ide sentral dari menggeneralisasi teori dengan pendekatan ini adalah bahwa teori ini digeneralisasikan dari data dengan tidak menggunakan hipotesis sebelumnya (Burawoy, 1991).

Analisis Data

Semua data adalah sumber utama/ fundamental dari GT yang berarti semua hal yang dilakukan oleh peneliti pada area tertentu. Sumber data tidak hanya wawancara atau observasi tetapi semua data yang dapat membantu peneliti menggeneralisasikan konsep-konsep untuk menjadikan suatu teori. Data didapat dari catatan lapangan yang berasal dari wawancara informal, pengajaran, seminar, pertemuan dengan kelompok, artikel dari majalah, internet, juga tayangan televisi, pembicaraan dengan teman, dan lain-lain. Hal ini juga dimungkinkan bagi peneliti yang memiliki pengetahuan yang baik di area yang diteliti untuk mewawancarai dirinya sendiri serta mengolah data tersebut seperti data lainnya.

Data dari hasil wawancara tidak terstruktur kemudian dioleh dengan cara yang sama dengan data hasil observasi dan refleksi diri. Chenitz dan Swanson (1986) menjelaskan wawancara tidak terstruktur sebagai suatu '*conversation with a purpose*'. Rekaman hasil wawancara harus ditulis atau '*transcribed*' dan dilakukan pengkodean untuk kalimat, kata, dan komentar yang merupakan kata

kunci. Kemudian dibuat tema dan kode lagi. Selanjutnya kode dipilih menjadi kategori dan difokuskan pada kategori untuk dirumuskan menjadi teori pada area yang diteliti. Ada empat tahap dari cara analisis data dalam GT setelah melakukan transkrip dan mengumpulkan data, antara lain (Glaser, 1992):

1. Tahap pengkodean/ '*Open Coding*', tujuannya untuk mengidentifikasi kata kunci dari semua data yang dikumpulkan
2. Tahap pembentukan konsep/ '*Axial Coding*' dengan tujuan untuk mengumpulkan kode-kode yang sama isinya yang memungkinkan data dikelompokkan menjadi kategori yang saling berhubungan dan terbentuk konsep-konsep
3. Tahap kategorisasi/ '*Selective Coding*' dengan tujuan mengelompokkan konsep yang dibentuk kemudian dipilih yang ada hubungannya dengan pembentukan teori untuk masalah riset.
4. Tahap pembentukan teori ditujukan untuk menjelaskan subjek yang diteliti dengan memperkuat dengan teori-teori yang sudah ada dan studi literatur. Tahap ini sering disebut '*theoretical note*'.

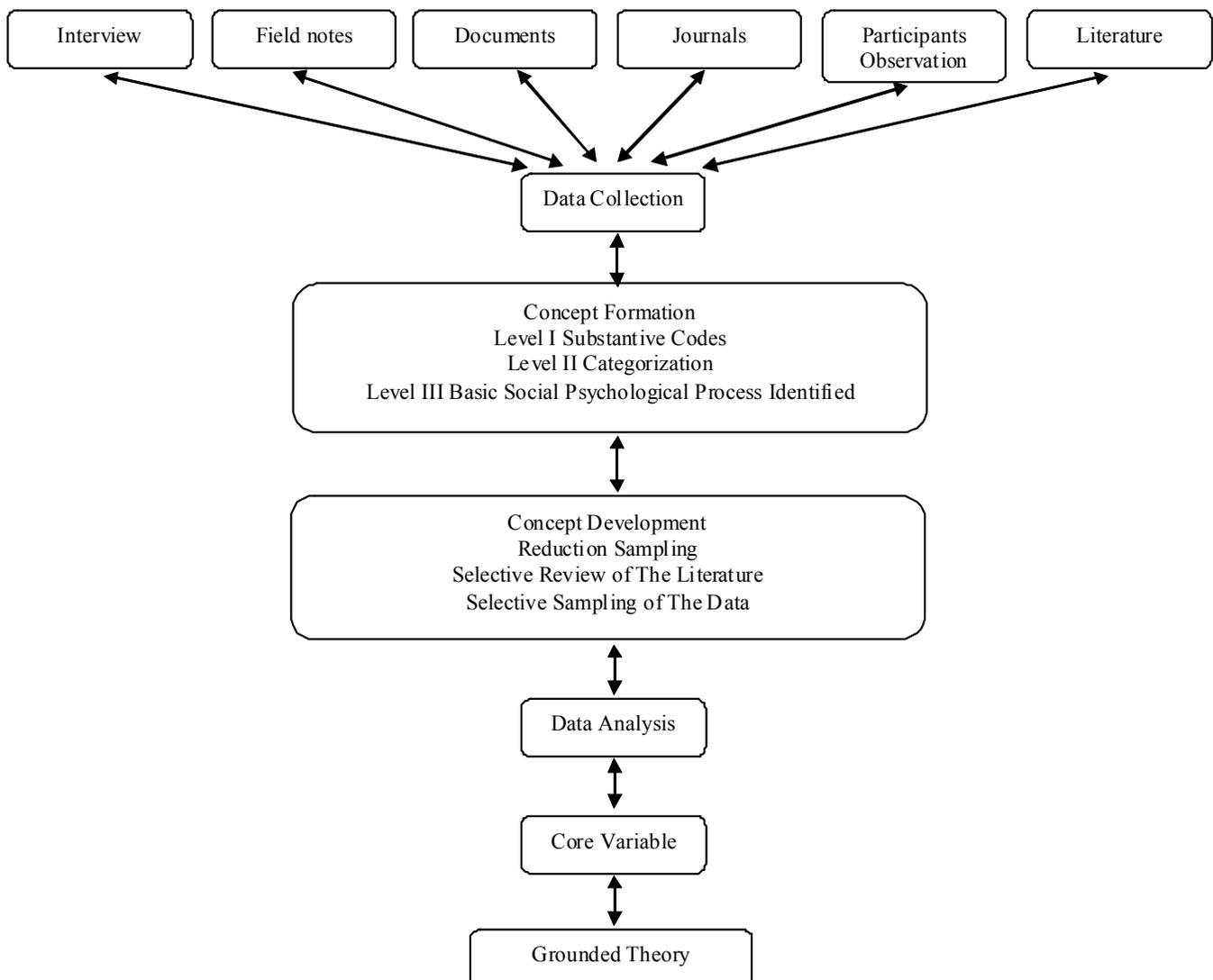
Urutan dari analisis data sebagaimana digambarkan dalam skema 1 yaitu dimulai dari mengumpulkan data dengan kemungkinan melakukan interpretasi dan analisis pada waktu mengumpulkan data, dilanjutkan pada tahap analisis data. Kemudian, diteruskan dengan pembentukan konsep, dimulai tahap pertama pemberian kode pada substansi. Setelah ditemukan kata kunci yang saling berhubungan, maka dihasilkan kategori-kategori. Kategori yang berhubungan akan menghasilkan konsep. Tahap selanjutnya dengan memilih konsep utama sesuai dengan masalah yang diteliti untuk menyelesaikan masalahnya, dengan melalui pengurangan sampel, mempelajari kepustakaan yang mendukung konsep utama tersebut, dan memilihnya sehingga membentuk suatu konsep yang terpilih sebagai variabel inti untuk menunjang teori yang akan dihasilkan.

Validasi

Validitas secara tradisional bukan merupakan konsekuensi pada metode GT. Ada empat prinsip yang harus dilihat, yaitu (Glaser & Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1995).

1. Kesesuaian/ *'Fit'* yang dihubungkan sedekat mungkin dengan konsep yang dihasilkan sesuai dengan keadaan nyata. Hal tersebut dihubungkan dengan perbedaan yang konstan dari kejadian tersebut sesuai dengan teori atau konsep yang dihasilkan (*'simultaneous/ constant comparability'*).
 2. Relevansi/ *'relevance'*. Relevansi dari riset dengan perhatian yang dapat dimengerti dan diperhatikan partisipan serta tidak hanya untuk kepentingan akademik.
 3. Dapat diterapkan/ *'workability'*. Teori dapat diterapkan ketika menjelaskan bagaimana masalah diselesaikan dengan berbagai variasi.
 4. Dapat dimodifikasi/ *'modifiability'*. Teori yang dapat dimodifikasi ketika data baru dibandingkan dengan data yang ada.
- Grounded theory* tidak pernah benar atau salah, tetapi lebih atau kurang sesuai, relevan, diterapkan, dan dimodifikasi. Pemilihan data disesuaikan dengan tujuan riset yang diuraikan sehingga hasil riset akan menjawab pertanyaan riset.

Skema 1. Tahapan Analisis Data



Kesimpulan

Grounded theory merupakan metode riset kualitatif dengan analisis komparatif untuk menemukan teori dengan empat kriteria yang diterapkan yaitu berhubungan (dimengerti), cocok (valid), dan dapat dimodifikasi (dikendalikan). Data yang digunakan pada metode ini dapat diambil dari berbagai sumber data. Hasil dari *grounded theory* adalah pembentukan atau pengembangan teori atau konsep pada fenomena yang diteliti. Oleh karena itu, *grounded theory* sangat membantu perawat untuk memahami perilaku sosial sehingga perawat lebih mengerti dan memahami pasiennya (JH, ENT, HR)

Referensi

- Allan, G. (2003). A critique of using grounded theory as a research method. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 2 (1), pp 1-10.
- Burawoy. (1991). *Ethnography unbound power and resistance in the modern metropolis*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Berkeley: University of California Press (pg. 8 - 27).
- Chenitz, W. Carole, & Swanson, J. M. (1986) *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing*. Englewood Cliffs: Addison-Wesley.
- Corbin, J & Strauss, A. L. (2003). *A grounded theory research. in fielding, N (2003) (ed.) Interviewing* (Volume 4). London: Sage.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Field & Morse, (1985). *Nursing research: The application of qualitative approaches* (2nd ed). London: Chapan & Hall.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. California: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs forcing*. California: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (ed). (1993). *Examples of grounded theory: A reader*. California: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (ed). (1994). *More grounded theory methodology: A reader*. California: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (ed). (1995). *Grounded Theory 1984-1994. A Reader (two volumes)*. California: Sociology Press.
- Glaser, B.G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Kelle, U. (2005). "Emergence" vs. "Forcing" of Empirical Data? A Crucial Problem of "Grounded Theory" Reconsidered. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [Online Journal]*, 6(2), Art.27, 49-50.
- Legewie, H. & Schervier-Legewie, B. (September 2004). "Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen". Anselm Strauss interviewed by Heiner Legewie and Barbara Schervier-Legewie. *Forum: Qualitative Social Research On-line Journal*, 5 (3), Art. 22.
- Martin, P. Y., & Turner, B. A. (1986). Grounded Theory and Organizational Research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 22(2), 141.
- Stein, M. (1985). *Frontiers of stress research: stress and immunity. Stress in health and disease, M. R. Zales*. New York: Brunner Mazel (pg. 97-114).
- Schultz, P. R., & Meleis, A. I. (1988). Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. *Journal of Nursing Scholarship*, 20 (4), 217-221.
- Strauss, A, & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.
- Thomas, G., & James, D. (2006). Re-inventing grounded theory: Some questions about theory, ground and discovery, *British Educational Research Journal*, 32 (6), 767-795.
- Thorne. (1991). *Key issues of training counsellors in W.Dryden and B. Thorne. Training in supervision for counselling in action*. London: Sage.

MENGENAL *SYSTEMATIC REVIEW THEORY* DAN STUDI KASUS

Rr. Tutik Sri Hariyati^{1*}

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

*Email: rrtutik@yahoo.com, tutik@ui.ac.id

Abstrak

Systematic Review merupakan salah satu metode yang menggunakan review, telaah, evaluasi terstruktur, pengklasifikasian, dan pengkategorian dari *evidence based-evidence based* yang telah dihasilkan sebelumnya. Langkah dan strategi pelaksanaan *systematic review* sangat terencana dan terstruktur sehingga metode ini sangat berbeda dengan metode yang hanya sekedar untuk menyampaikan studi literatur. Studi *systematic review* ini sangat relevan untuk digunakan oleh dunia keperawatan sebagai dasar *preliminary study*, untuk agenda riset di masa datang dan juga sebagai salah satu kajian yang dapat memberikan masukan terhadap perencanaan dan implementasi praktek keperawatan.

Kata kunci: *evidence based*, keperawatan, *systematic review*

Abstract

Systematic Review is one method that uses to the review, examination, structured evaluation, classification, and categorization of the evidence based that has been generated previously. Measures and implementation strategies systematic review is planned and structured so that the method is very different from the methods just to convey study literature. Study of this systematic review is highly relevant for use by the world of nursing as a basis preliminary studies, for the research agendas and also as one of the studies that can provide input to the planning and implementation of nursing practice.

Keywords: *evidence based, nursing, systematic review*

Pendahuluan

Pernahkah kita berfikir tentang berapa banyak artikel dan manuskrip telah dihasilkan sejak mulai abad ke-20? Mungkin sudah banyak sekali tulisan baik hasil pemikiran maupun hasil riset yang sudah dipublikasikan maupun yang belum dipublikasikan. Artikel maupun tulisan hasil pemikiran ini akan tidak banyak bermanfaat dan memberikan informasi jika tidak dimanfaatkan untuk perkembangan ilmu pengetahuan di masa kini dan masa mendatang. Salah satu teknik untuk mengetahui *evidence base* dan menggunakan artikel-artikel tersebut sebagai informasi adalah teknik *systematic review*. Pada bahasan ini penulis akan menyampaikan definisi, tujuan, langkah-langkah dalam penyusunan *systematic review*, jenis *systematic review*, serta studi kasus *systematic review*.

Definisi *Systematic Review*

Banyak istilah terkait dengan *systematic review*, antara lain kita kenal adanya *integrative literature*.

Integrative literature dikenal sebagai metode yang menggabungkan banyak studi orisinal. Ada dua jenis *integrative literature* yaitu *literature review (review artikel atau state of the art review)* dan *systematic review*. Apabila dalam *systematic review* dilakukan analisis statistik formal maka *systematic review* disebut meta analisis (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Ada hal yang membedakan *literature review* dan *systematic review*, dimana pada *literature review* umumnya penelusurannya tidak dilaksanakan dengan sistematis, tidak diklasifikasikan dengan kriteria yang sebelumnya ditetapkan serta kurang dilaksanakan telaah kritis serta kurang dilaksanakan evaluasi sistematis terhadap kualitas artikel.

Systematic review mempunyai kriteria dimana penelaahan terhadap artikel dilaksanakan secara terstruktur dan terencana. *Systematic review* meningkatkan kedalaman dalam mereview dan membuat rigkasan dalam evidence riset (Davies & Crombie, 2009).

Tujuan Systematic Review

Tujuan *systematic review* antara lain menjawab pertanyaan secara spesifik, relevan dan terfokus. *Systematic review* juga mencari hasil riset, menurunkan bias dari review, mensintesis hasil, mengidentifikasi gab dari riset (Torgerson, 2003). *Systematic review* juga sering dibutuhkan untuk penentuan agenda riset, sebagai bagian dari disertasi atau tesis serta merupakan bagian yang melengkapi pengajuan hibah riset (Davies & Crombie, 2009).

Langkah dalam Systematic Review

Pelaksanaan *Systematic Review* mempunyai tahapan:

- a. Mendefinisikan tujuan dari *review* dan menetapkan tipe dari *evidence* yang akan membantu menjawab tujuan *review*.
- b. Pencarian Literatur. Pencarian literatur telah ditetapkan strateginya, apakah hanya literatur yang sudah terpublikasi ataukah termasuk laporan riset yang tidak terpublikasi. Tahun terbit juga ditetapkan batasannya. Penggunaan jenis bahasa (English dan non English), dan juga jenis literatur juga menjadi kriteria *systematik review*. Jenis literatur sudah ditetapkan sebelumnya yaitu apakah hanya berupa jurnal ataukah termasuk *conference prociding*, opini ataupun laporan proyek. Cara penelusuran secara elektronik, *search engines*, databases dan websites ataukah pencarian secara manual juga ditetapkan sebelum pelaksanaan *systematik review*.
- c. Penilaian *study*. Penetapan kriteria inklusi termasuk jenis *methodology* apakah hanya yang kuantitatif ataukah termasuk riset kualitatif.
- d. Mengkombinasikan Hasil. Hasil *review* setelah dilaksanakan harus dikelompokkan untuk

mendapatkan makna. Penemuan *agregation/ pengelompokan* ini sering disebut *evidence sinstesis*.

- e. Menetapkan hasil, penemuan dari *penglompokan* yang telah dilaksanakan perlu didiskusikan untuk menyimpulkan konteks/ hasil *review*.

Jenis-jenis Systematic Review

- a. *Rapid Evidence Assesment Review (REA)*
Merupakan metode pencarian dan evaluasi literature secara cepat tetapi tahapan dan *comprehensive* dari *review* masih sangat terbatas.
- b. *User Involvement*
Metode pencarian dan evaluasi literatur yang digunakan sebagai persyaratan dalam studi awal riset
- c. *Mixed methods*
Metode pencarian dan evaluasi literature dengan metode *blended* yaitu menggunakan kriteria dilaksanakan baik pada riset dengan desain kualitatif maupun kuantitatif. Keuntungan *mixed methods* akan meningkatkan integritas dari hasil, tetapi kelemahannya adalah ketika ada kategorikal yang belum masuk dalam kriteria *review*.

Studi Kasus

Gambaran teori *systematic review* mungkin kurang menjelaskan dan sulit dipahami tanpa adanya contoh kasus. Berikut akan disampaikan satu contoh *systematic review* secara komprehensif dari *evidence* dari suatu jurnal dengan judul, "Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that foster a healthy work environment in health care".

Tabel 1. Hasil dari *Trawl of Leadership Literature*

<i>Autonomy</i>	<i>Behavior</i>
<i>Champion</i>	<i>Clinical leadership</i>
<i>Conflict</i>	<i>Decision</i>
<i>Emotional Intelegence</i>	<i>Gobernance</i>
<i>Leadership</i>	<i>Leadership development</i>
<i>Manager</i>	<i>Mentor</i>
<i>Nursing Leadership power/empowerment</i>	<i>Syles</i>
<i>Supervision</i>	<i>Traits</i>

Evidence Review

Merupakan kerjasama tim dari *The Registered Nurses association of Ontario (RNAO)* dengan *Health Canada, Office of Nursing Policy (HC ONP)* dan *The Joanna Briggs Institute (JBI)*. *Evidenced review* terdiri dari 2 komponen yaitu luasnya skope dari literatur yang digunakan untuk proses pengembangan dan berfokus pada sistematik review yang komprehensif.

Skope dari Literatur/ *The Literature Trawl*

Literatur diperoleh dengan kata kunci yang berhubungan dengan kepemimpinan dengan pencarian menggunakan databases: CINAHL, MEDLINE, Embase, dan Psycinfo.

Tujuan dalam pencarian kata kunci adalah untuk menggambarkan seberapa luas literatur kepemimpinan yang sudah dipublikasikan untuk membantu *expert panel* dalam mereview pertanyaan atau dalam pengembangan protokol review terkait kepemimpinan dalam keperawatan.

Istilah-istilah yang digunakan yang menggambarkan kepemimpinan/ *leadership* dalam keperawatan yang ditemukan dalam literatur disampaikan dalam tabel 1.

Review Sistematik secara Komprehensif

Berfokus pada review sistematik secara komprehensif tentang pengembangan dan keberlanjutan dari kepemimpinan, dengan mengidentifikasi evidenced dari atribut dari kepemimpinan yang membantu meningkatkan lingkungan kerja yang sehat dan dampak perkembangan dari kepemimpinan.

Metodologis yang digunakan adalah *System for Unified Management, Assesment and Review of information (SUMARI) package*. SUMARI adalah pengembangan dari software yang dikembangkan untuk membantu tenaga kesehatan, peneliti dan praktisi untuk sistematis review dengan kelayakan, arti, dan keefektifan serta evaluasi ekonomis dari kegiatan dan intervensi *Feasibility, appropriateness, meaningfulness, and effectiveness (FAME) scale*.

Protokol Systematic Review

Tujuan umum review: untuk mengkaji kelayakan, arti dan keefektifan dari atribut kepemimpinan dalam keperawatan (pengetahuan, ketrampilan, kompetensi, tugas, sikap, karakteristik, tipe kepemimpinan, dan kebiasaan) dan dampak dari pengembangan dan kebersinambungan dari kepemimpinan keperawatan dalam membantu lingkungan kerja yang sehat.

Tabel 2. Mean, SD, and Frequencies of Demographic Characteristic of Subjects

Variable	SCU (n= 34)	ICUs (n= 109)
	Mean ± SD (range)	Mean ± SD (range)
Age	35.9 ± 7.0 (26-55)	29.5 ± 5.7 (22-49)
Years of nursing practice	12.0 ± 5.6 (5-26)	4.5 ± 3.8 (0.3-22)
Clinical care experience	9.2 ± 5.6 (0.2-25)	3.2 ± 2.9 (0.3-17)
Tenure at hospital	6.0 ± 1.0 (0.2-2)	3.7 ± 3.0 (0.3-18)
Tenure in present unit	1.4 ± 1.0 (0.2-2)	2.4 ± 2.6 (0.3-17)
	Frequency (%)	Frequency (%)
Gender		
Male	4 (12)	20 (18)
Female	20 (88)	90 (82)
Highest education		
Advanced	9 (27)	10 (9)
BSN	13 (38)	79 (72)
AD/ Diploma	12 (35)	21 (19)
Employment status		
Full time	22 (65)	96 (87)
Part time	12 (35)	14 (13)

Kriteria Inklusi

Review terdiri dari kuantitatif dan kualitatif riset terkait kelayakan, arti dan keefektifan dari pengembangan dan keberlanjutan kepemimpinan keperawatan untuk membatu lingkungan kerja yang sehat untuk pelayanan kesehatan. *Paper* dengan level tinggi (level 1-2), termasuk meta-analisis, *Random Clinical Trial/RCT*, *quasi RCT*, kohort, kasus kontrol, studi diskritif, studi korelasi, studi *interpretive*, studi kritik.

Strategi pencarian baik pada riset yang sudah dipublikasi atau yang belum, dan yang berbahasa Inggris. Awalnya pencarian melalui *MEDLINE* dan *CINAHL*, dan berikutnya dikembangkan pencarian *key word* dengan:

- a. *CINAHL* (1982-2003)
- b. *MEDLINE* (1996-2003)
- c. *Current Content Library* (S/d Desember 2003)
- d. *Cochrane* (s/d Desember 2003)
- e. *Psychoinfo* (s/d Desember 2003)
- f. *Embase* (s/d Desember 2003)
- g. *Social Science abstract* (s/d Desember 2003)
- h. *Econ Lit* (s/d Desember 2003)
- i. *ABI informk Global* (s/d Desember 2003)
- j. *ERIC* (s/d Desember 2003)
- k. *Dissertation abstract International* (s/d Desember 2003)

Pengumpulan data dan analisis data dilaksanakan pada studi dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif dengan menggunakan instrumen *Cochrane Colaboration and the Centre*

for review and dessimination , sedangkan data kualitatif dengan analisis *System for the Unified Management, Assessment and Review of Information/ SUMARI*.

Hasil Studi

Gambaran Studi

Total *paper* yang telah direview adalah 116 *paper* yang diperoleh dari strategi pencarian, evaluasi, dan pengkajian metodologikal. Dari 116 *paper*, 72 artikel dikeluarkan dengan alasan tidak sejalan dengan tujuan studi, sehingga ada 44 *paper* yang ikut studi dengan rincian: 1 dengan jenis sistematik review, 2 artikel dengan studi eksperimen, 29 studi diskriptif-korelasi, 5 interpretasi dan kritik *paper* dan 7 teks *paper*.

Pengelompokan/ Agregasi Review

Agregasi dari hasil review *paper* dengan desain kuantitatif dikelompokkan dalam kategori pendapat pemimpin, lingkungan kerja untuk pengembangan kepemimpinan, struktur organisasi untuk pengembangan kepemimpinan, atribut kepemimpinan, pemberdayaan dan gaya kepemimpinan.

Agregasi Paper dengan Desain Kuantitaif

Kategori Pendapat pemimpin

Hasil review *paper* terkait pendapat pemimpin sangat heterogen sehingga di akhir studi, metasisntesis tidak dapat dilaksanakan dan menyimpulkan pendapat *leadership* dalam keperawatan.

Tabel 3. *Comparison of Satisfaction and Motivation between Intensive Care Unit (ICU) and Special Care Unit (SCU) Nurses*

Variable	SCU (n= 34)		ICU (n= 109)		F ^y
	Mean	SD	Mean	SD	
General satisfaction	15.2	4.2	15.2	3.4	0.63
Specific satisfaction					
Pay satisfaction	10.2	2.3*	9.2	3.1	5.13*
Supervisory satisfaction	15.0	4.4*	13.3	4.4	6.98*
Social satisfaction	17.0	2.3	16.9	2.1	0.01
Security satisfaction	10.8	2.1	10.9	2.3	0.18
Total job satisfaction [‡]	68.6	11.0*	65.6	10.8	4.20*
Growth satisfaction	22.0	3.9	21.3	3.7	2.60
Internal work satisfaction	24.3	3.1	24.1	2.9	0.65

*p< 0,05. ^yF scores after controlling for age. [‡]Total satisfaction is the sum of general satisfaction and four dimensions of specific satisfaction.

Kategori Lingkungan Kerja

Studi dilakukan selama 4 tahun, dengan 143 responden, dengan gambaran demografi sebagai tabel 2 yang memperlihatkan distribusi frekwensi dari usia, lama bekerja, jenis kelamin, latar belakang pendidikan dan kategori pekerjaan di RS.

Pada tabel 3 secara umum setelah dikontrol dengan usia kepuasan di SCU lebih tinggi daripada ICU tetapi tidak ada perbedaan yang bermakna. Pada kepuasan pada penghargaan, pengawasan, dan pekerjaan nilai rata-rata di ruang SCU lebih tinggi daripada di ruang ICU, dan terdapat perbedaan rata-rata kepuasan yang bermakna di ruang SCU dan ICU.

Pada tabel 4 menunjukkan ada perbedaan persepsi terhadap lingkungan kerja di SCU dan ICU. Rata-rata persepsi di ruang SCU setelah dikontrol dengan usia nilainya lebih tinggi bila dibandingkan dengan nilai di ruang ICU, dan terdapat perbedaan yang bermakna antara ruang SCU dan ICU

Struktur Organisasi untuk Pengembangan Kepemimpinan

Studi RCT untuk mengkaji efisiensi dan efektifitas dari proses konsultasi yang terdiri dari sesi perawat-manajer- konsultasi pertemuan pemecahan problem (dengan partisipasi pengambilan keputusan) untuk pengembangan kepemimpinan. Hasilnya berupa moral staf, kualitas pelayanan dan status absen. Studi

dilakukan pada 310 bed RS di Ontario dengan 15 klinik, dengan 201 responden. Hasil pada kelompok intervensi terdapat peningkatan yang bermakna terhadap persepsi lingkungan kerja fokus pada kohesif dibandingkan kelompok kontrol (mean= 4,63, SD 15,76 dan mean -2,45, SD 14.10, $p=0.003$) konsisten dengan perubahan $p=0.005$, perubahan $p=0.02$, lebih tergantung pada otoritas 0.02. Terkait kualitas pelayanan menunjukkan 80% pasien merasa nyaman.

Atribut Leadership

Dari 29 paper dengan studi deskriptif korelasional, yang banyak membahas tentang kepemimpinan dengan kenyamanan kerja, pemberdayaan, gaya kepemimpinan, *leadership behavior* dan karakteristiknya.

Pemberdayaan

Ada 11 paper yang membahas tentang pemberdayaan, di mana pembahasan banyak terkait *job satisfaction*, employee accountability, efektifitas, komitmen organisasi, kepercayaan dan job tension

Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan banyak dibahas dan dikaitkan dengan output berupa kepuasan kerja, kepuasan pasien, kualitas hidup pasien, efektifitas, sedangkan gaya kepemimpinan yang dilaksanakan adalah *social*, transformational, instrumental, partisipatori, konsultatif dan transaksional.

Tabel 4. Comparisons of Staff Perception and Preference of Work Environment between The Special Care Unit (SCU) and Intensive Care Unit Nurses after Controlling for Age

Variable	SCU (n= 34)		ICU (n= 109)		F [§]
	Mean	SD	Mean	SD	
Perception total	43.3	7.1	32.9	4.8	82.9*
Perception of work technology	16.3	2.0	11.8	2.2	93.0*
Perception of practice model	18.2	4.4	15.3	2.9	19.4*
Perception of management model	8.5	2.3	5.6	1.6	53.0*
Preference total	35.4	4.0	34.4	3.9	9.62*
Preference total of work technology	10.2	1.5	9.9	1.4	6.9*
Preference total of practice model	9.6	1.3	10.0	1.2	0.00
Preference total of management model	15.6	2.5	14.4	2.6	8.8*

* $p < 0,05$. [§]F scores after controlling for age

Kualitatif Evidence

Langkah-langkah yang diambil dalam agregasi data kualitatif adalah dengan menerjemahkan tema, metaphors atau konsep, mentranfer aktual teks atau ringkasan teks pada ilustrasi tema, *metaphors* atau konsep dan me- rekatégorisasi data untuk memperoleh suatu sintesa. Adapun kategori kunci terkait *leadership* disampaikan dalam tabel 7.

Kategorisasi dan sintesa dari agregrasi dari hasil review paper dengan desain kualitatif dikelompokkan dalam kategori kolaborasi, edukasi, *emotional inteligency*, iklim organisasi, peningkatan profesionalisme, bagaimana pemimpin meningkatkan profesional pada staf dan atribut kepemimpinan yang positif. Dicontohkan satu sintesis dari kategori sintesis kolaborasi dalam skema 1.

Implikasi dari Praktek

Hasil riset ini merekomendasikan pada praktek:

1. Perbedaan gaya kepemimpinan dapat memberikan *outcome* yang positif pada staf, pasien, dan lingkungan yang sehat.
2. Kombinasi dari gaya kepemimpinan dapat berkontribusi terhadap lingkungan kerja yang sehat.
3. Vasiasi karakteristik dan behavior pemimpin dapat memberikan *outcome* yang positif pada staf, pasien, dan lingkungan yang sehat.
4. Kombinasi dari atribut kepemimpinan dapat menciptakan lingkungan kerja yang sehat.
5. Pola struktur yang memperdayakan sub-ordinat/ staf dapat meningkatkan dan memberikan *outcome* yang positif pada staf, pasien, dan lingkungan yang sehat.
6. Hasil riset merekomendasikan pada riset selanjutnya untuk mengkaji hubungan gaya kepemimpinan, karakteristik dan *out come*, termasuk didalamnya kenyamanan, dan kegunaannya.

Kesimpulan

Sistematic review merupakan metode dalam melaksanakan review artikel dengan standar, kriteria, terstruktur dan direncanakan sebelum pelaksanaan sistesis artikel. *Systematic review* dapat digunakan sebagai studi awal dalam meningkatkan kedalaman penyiapan proposal dan pelaksanaan riset dan sebagai *state of the art* yang lebih komprehensif, atau sebagai studi tersendiri yang outputnya berupa kajian dan artikel. *Systematic review* dapat menjadi salah satu alternative metode penulisan artikel berdasarkan telaah artikel yang telah ada sebelumnya, dan *systematic review* tidak hanya sekedar mencari sumber literatur tetapi merupakan kajian yang terstruktur dan dengan perencanaan yang sempurna.

Hasil *systematic review* yang mampu mensintesis dari banyak hasil riset sebelumnya dapat digunakan untuk kajian kebijakan untuk melengkapi hasil, meningkatkan hasil atau untuk memperoleh hasil dan rekomendasi terhadap hasil yang belum diperoleh/ belum dilaksanakan. Hasil *systemetic review* juga dapat digunakan untuk saran tindak lanjut agenda riset dan menyumbang rekomendasi pelaksanaan kebijakan (SS, YR, HR).

Referensi

- Davies, T.H., & Crombie, K. (2009). *What is a systematic review*. Hayward: Hayward Group Ltd.
- Pearson, A., et al. (2007). Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *Systematic Reviews-Joanna Briggs Institute*, 208-253. (Doi: 1456211501).
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Torgerson C. (2003). *Sistematic review*. London: International Publishing Group.

Tabel 5. *Positive Relationships between Empowerment and Outcomes*

Outcomes	Empowerment
Job satisfaction	Laschinger ⁶ Manojtovich ⁷ Laschinger ⁸ Laschinger ⁹ Laschinger ¹⁰ Upienieks ¹¹
Employee accountability	Laschinger ¹²
Work effectiveness	Laschinger ¹² Laschinger ¹³
Organizational commitment	Laschinger ⁹
Trust	Laschinger ⁹ Laschinger ¹⁴
Job tension	Laschinger ¹³

Tabel 6. *Positive relationships between Leadership Styles and Outcomes*

Outcomes	Empowerment					
	Social	Transformational	Instrumental	Participatory	Consultative	Transactional
Fewer health complains	Boumans ¹⁵		Boumans ¹⁵			
Job satisfaction	Boumans ¹⁵	Medley ¹⁶ Altieri ¹⁷ Stordeur ¹⁸				
Lower staff turnover				Volk ¹⁹		
Meaningfulness	Boumans ¹⁵					
Organization culture		Corrigan ²⁰				
Patient quality of life		Corrigan ²¹		Robertson ²²	Robertson ²²	Corrigan ²¹
Patient satisfaction		Corrigan ²¹				
Staff extra effort		Altieri ¹⁷ Stordeur ¹⁸ Dunham-Taylor ²³				
Unit effectiveness		Altieri ¹⁷ Stordeur ¹⁸				

Hargailah segala yang kau miliki; Anda akan memiliki lebih lagi.

Jika Anda fokus pada apa yang tidak Anda miliki,

Anda tidak akan pernah merasa cukup dalam hal apapun.

- Oprah Winfrey -

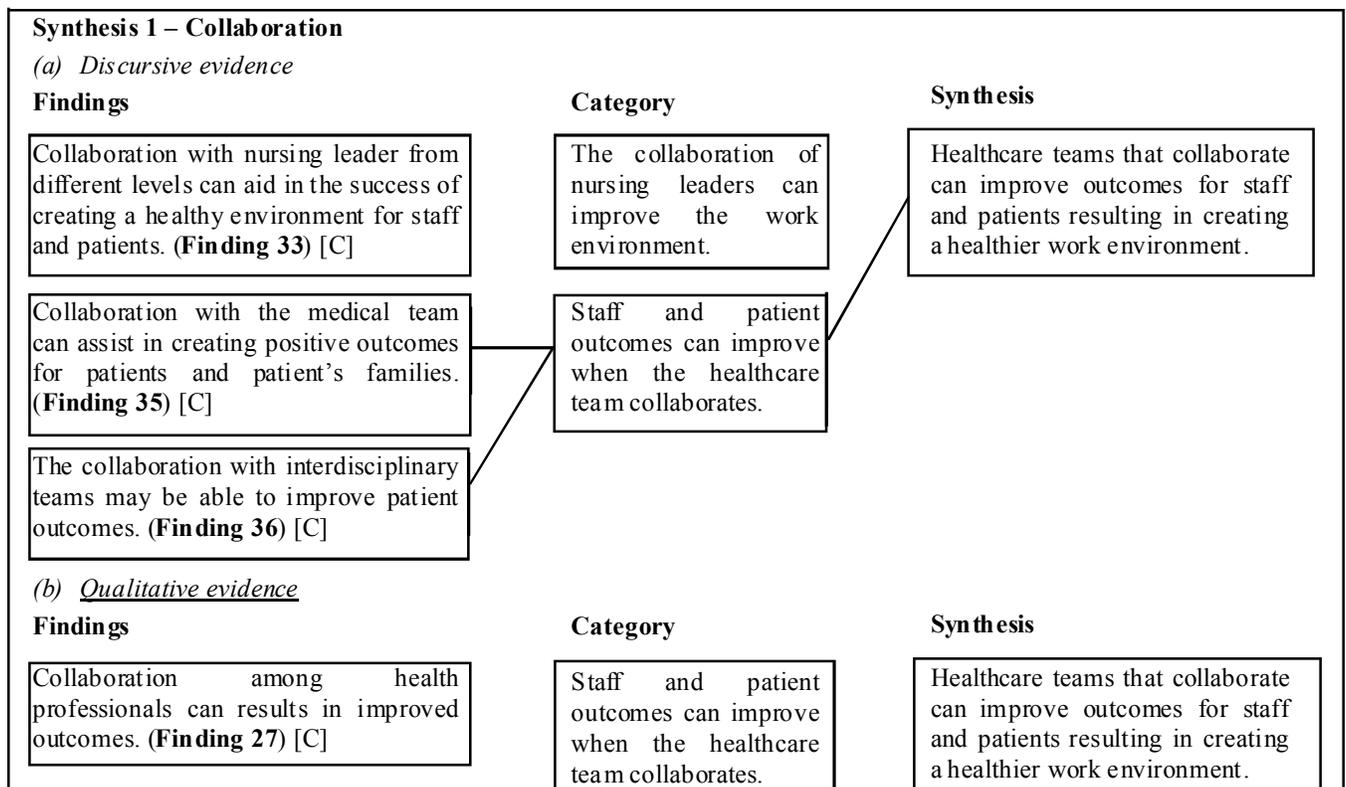
Tabel 7. Kategori kunci *leadership*

No	Peneemuan
1	Semua pemimpin memandang positif terkait peran di masa datang, mempunyai inovasi, kualitas pelayanan pasien, <i>self direction</i> dan komponen peran dari Clinical Nurse Specialis/CNS
2	Penting adanya persiapan dan pengetahuan yang berkelanjutan yang selalu di <i>updated</i>
3	CNS merasa motivasi turun jika tidak mendapat dukungan dari organisasi
4	CNS merasa kendala dalam peran CNS adalah manajemen waktu
5	Harapan yang tidak realistis dan multi fokus membuat stres, frustrasi
6	Supervisor digambarkan merupakan peran yang menyiapkan struktur dan mensupport
7	Pemimpin adalah seseorang yang respek pada perkembangan personaliti staf
8	Respek dan mendengarkan staf adalah penting bagi pemimpin
9	Pemimpin merasakan apa yang dirasakan staf
10	Ideal dari staf adalah mempunyai beberapa pengetahuan terkait nursing, psikologi, filosofi, proses grup, human dan pengembangan moral
11	Ideal supervisor yang mempunyai jiwa kepemimpinan yang besar
12	Respon pada staf merupakan positif dari pemimpin
13	Personal dan pertumbuhan staf yang profesional dapat ditingkatkan melalui gaya supervisi
14	Ketrampilan dalam mendengar merupakan kualitas personaliti dari pemimpin
15	Memperole pengetahuan teori dan pengalaman adalah langkah untuk meningkatkan peran supervisor
16	Pemimpin adalah seseorang yang mendengar, respek dan memberikan dukungan yang dibutuhkan oleh staf
17	Pemimpin memperlihatkan sikap asertif
18	Persisten dari pemimpin dapat diperlihatkan untuk menjadi pemimpin yang efektif
19	Staf menggambarkan pemimpin yang bersahabat, mendekat dan menyenangkan
20	Staf keperawatan ingin pemimpin yang memberikan kesempatan perkembangan profesionalisme
21	Pemimpin harus menanpilkan kejujuran untuk membangun hubungan yang kuat dengan staf
22	Pemimpin adalah yang memberikan aturan untuk mendapatkan hasil yang lebih efektif
23	Elemen dari kepemimpinan adalah memberikan kesempatan dan jalan untuk perkembangan profesional
24	Perawat lebih suka diberikan dukungan keputusan dengan informasi yang cukup
25	Mempersiapkan staf untuk dapat memperoleh sumber untuk meningkatkan efektifitas kerja
26	Organisasi memberikan dukungan lingkungan yang membantu peningkatan outcome pasien
27	Kerjasama antar profesional kesehatan akan meningkatkan outcome
28	Posisi pemimpin penting dalam meningkatkan lingkungan yang baik bagi staf
29	Mentor kepada staf akan meningkatkan pertumbuhan profesional
30	Pengetahuan dan sikap positif dari pemimpin adalah bagian integral yang mempengaruhi retensi staf
31	Pemimpin adalah seseorang yang menciptakan lingkungan positif untuk kenyamanan dan ketahanan dari kerja
32	Pengertian terdapat kunci dimensi: fleksibel, responsibiliti, standar, reward, clarity, komitmen tim membantu untuk mengert iklim organisasi dan membantu pemimpin dalam menciptakan lingkungan yang positif
33	Kolaborasi dengan pimpinan perawat di level yang berbeda dapat menciptakan lingkungan yang sehat untuk staf dan pasien

Lanjutan Tabel 7. Kategori kunci *leadership*

No.	Penemuan
34	Pendidikan dapat membantu mengembangkan kualitas yang diperlukan dalam menciptakan lingkungan yang sehat
35	Kolaborasi dengan tim medis dapat membantu outcome pasien dan keluarga yang positif
36	Kolaborasi dengan interdisiplin membantu meningkatkan outcome pasien
37	Seseorang dengan peran pemimpin menggunakan emosional intelegensi untuk dampak yang positif, <i>outcome</i> pasien
38	Pemimpin yang efektif dapat menampilkan karakteristik intelegensi emosional (memotivasi, komunikasi dan mengorganisasi manajemen konflik)
39	Organisasi dimana pemimpinnya menampilkan intelegensi emosional akan meningkatkan pencapaian organisasi, staf dan pasien
40	Pemimpin adalah seseorang yang memotivasi staf untuk meningkatkan outcome pasien
41	Pemimpin menggunakan keputusan bersama untuk meningkatkan kenyamanan staf
42	Pemimpin menggunakan 9 kualitas dalam <i>integrated leadership practice model</i> (<i>self-knowledge, respect, trust, integrity, share vision, learning, participation, communication, change facilitator</i>)

Skema 1. Sintesis Kolaborasi



Jurnal KEPERAWATAN INDONESIA

- Dimensi kecerdasan emosional: Memahami dan mendukung emosi orang lain terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien
- Kepatuhan perawat menerapkan pedoman *patient safety* berdasarkan faktor individu dan organisasi
- Pencarian makna hidup klien terdiagnosa lupus eritematosus sistemik melalui perspektif Maslow dan Henderson
- Pengalaman perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks
- Peningkatan berat badan dan suhu tubuh bayi prematur melalui terapi musik *lullaby*
- Peningkatan generativitas melalui terapi kelompok pada perempuan paruh baya
- Peningkatan perilaku seks sehat melalui model terapi kelompok pada pekerja seks komersial
- Penurunan kejadian luka tekan *grade I (non blanchable erythema)* pada klien stroke melalui posisi miring 30 derajat
- Penurunan risiko kambuh dan lama rawat pada klien stroke iskemik melalui rencana pemulangan terstruktur
- Penurunan tingkat kecemasan pada lansia melalui terapi musik langgam Jawa



Penerbit:

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Jakarta, Indonesia

DIMENSI Kecerdasan Emosional: Memahami dan Mendukung Emosi Orang Lain Terhadap Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Klien

Anisah Ardiana^{1,2*}, Junaiti Sahar³, Dewi Gayatri³

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Jawa Timur 68121, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: nyz_rek@yahoo.co.id

Abstrak

Kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain memungkinkan perawat menerima perasaan klien sehingga akan terbentuk hubungan saling percaya, salah satu wujud perilaku *caring*. Penelitian deskriptif korelasi ini bertujuan mengetahui hubungan dimensi kecerdasan emosional: memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat menurut persepsi klien. Sampel meliputi 92 perawat pelaksana dan 92 klien. Analisis menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik berganda. Menurut persepsi klien, 54% perawat berperilaku *caring* dan 59,8% perawat memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain. Terdapat hubungan yang signifikan antara dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat. Perawat dengan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi berpeluang 2,567 kali lebih *caring*. Rumah sakit perlu mengembangkan program pelatihan komunikasi efektif dan terapeutik.

Kata kunci: *caring*, kecerdasan emosional, memahami dan mendukung emosi orang lain, perawat, persepsi klien

Abstract

Nurse's caring behavior based on high emotional intelligence can encourage the quality of nursing service. The descriptive correlation research with samples of 92 nurses and 92 patients, was to recognize the relationship between dimension of understanding and support of other people's emotions with nurse's caring behavior according to patients' perceptions. An approximately 54 % of nurses are caring and 59,8 % nurses have dimension of understanding and support of other people's emotions. Chi-Square test showed that the dimension of understanding and support of other people's emotions is significantly associated with nurses caring behavior. Nurses who are having high level in this dimension are having opportunity as much as 2,567 times more caring. A training program on effective and therapeutic communication should be developed.

Keywords: *caring, emotional intelligence, understanding and support of other people's emotions, nurse, patients' perception*

Pendahuluan

Era globalisasi telah mendorong persaingan pertumbuhan industri pada semua bidang, termasuk industri pemberi layanan jasa di bidang kesehatan, seperti rumah sakit. Ancaman kehilangan konsumen dapat terjadi jika rumah sakit tidak mampu bersaing secara kualitas maupun biaya. Namun demikian, rumah sakit juga berpeluang memperoleh lebih banyak konsumen jika rumah sakit memiliki kapabilitas menarik animo klien dengan kualitas pelayanan kesehatan yang tinggi atau melebihi harapan klien. Para konsumen pelayanan kesehatan sangat memperhatikan pelayanan kesehatan yang mengutamakan mutu pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit (Potter & Perry, 2005).

Hasil survei terhadap kepuasan klien di salah satu rumah sakit di Bondowoso menunjukkan rata-rata klien puas terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Namun demikian, masih ada keluhan klien terhadap pelayanan dan sikap perawat, seperti judes, kurang ramah, jarang senyum, dan jarang menyampaikan informasi yang dibutuhkan klien.

Selain itu, beberapa sikap perawat masih belum mencerminkan dimensi kecerdasan emosional yang baik antara lain tidak bisa menahan emosi, cuek pada keadaan, kurang dapat menerima masukan orang lain, bersikap keras kepada klien, sulit berkoordinasi, sangat bergantung terhadap orang lain dan menghindari tanggung jawab.

Watson (2005) memandang *caring* sebagai esensi dari praktik keperawatan yang didasari oleh nilai-nilai kemanusiaan, perhatian, dan kasih sayang terhadap diri sendiri dan orang lain. McQueen (2004) menyampaikan perawat perlu mengadopsi nilai-nilai kecerdasan emosional untuk menciptakan lingkungan emosi yang mendukung hubungan klien-perawat yang kooperatif, sebab dengan kecerdasan emosional, seorang tenaga kesehatan akan lebih empati, memiliki rasa kasih dan lebih bijaksana (Freedman & Blasé, 2005).

Salah satu dimensi kecerdasan emosional yaitu dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain. Kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain (dalam hal ini klien) dapat mendorong perawat untuk menerima perasaan klien baik positif maupun negatif sehingga akan tercipta hubungan saling percaya yang merupakan salah satu wujud perilaku *caring* perawat.

Perilaku *caring* perawat yang didasari kecerdasan emosional yang tinggi dapat mendorong pencapaian pelayanan keperawatan yang berkualitas. Di Indonesia, dimensi kecerdasan emosional perawat: memahami dan mendukung emosi orang lain dihubungkan dengan perilaku *caring* perawat, sejauh yang peneliti ketahui, masih jarang diteliti. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi hubungan salah satu dimensi kecerdasan emosional perawat yaitu memahami dan mendukung emosi orang lain dan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien di ruang rawat inap.

Metode

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Rumah Sakit X Bondowoso selama April dan Mei 2010, menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini menggunakan dua kelompok yaitu perawat dan klien. Kriteria inklusi pada kelompok sampel perawat yaitu: perawat pelaksana di ruang rawat inap, tidak sedang cuti, dan bersedia menjadi responden.

Teknik *sampling* yang digunakan adalah *total sampling*. Sedangkan, populasi klien yang digunakan

pada penelitian ini adalah semua klien yang dirawat di ruang rawat inap, dengan teknik *sampling* yaitu *purposive sampling*. Kriteria inklusi pada sampel klien yaitu klien dirawat di ruang rawat inap minimal 3x24 jam, kesadaran *composmentis*, tingkat ketergantungan *self care* dan *partial care*, dan klien bersedia menjadi responden. Untuk kebutuhan generalisasi maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan untuk analisis yaitu 92 perawat dan 92 klien.

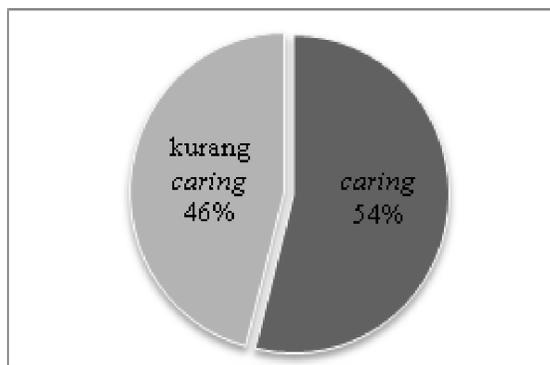
Penelitian ini menerapkan prinsip etik penelitian kesehatan mencakup *respect for person*, *beneficience & non maleficience*, dan *justice* (Hamid, 2008; Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Peneliti menghormati hak responden untuk bebas memutuskan berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun (*self determination*), ataupun mengakhiri keikutsertaannya sebagai subjek penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan informasi atau data yang diperoleh dari responden, dan menjaga kerahasiaan identitas responden (*anonymity*). Peneliti memperlakukan setiap responden dengan adil tanpa memandang *gender*, bahasa dan usia, serta mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi mulai dari pengolahan data sampai penyajian data. Responden yang bersedia menjadi subjek penelitian, diminta untuk menandatangani *informed consent* (formulir persetujuan).

Alat pengumpulan data berupa kuesioner. Kuesioner A dan B mengukur dimensi kecerdasan emosional: menerima dan mendukung emosi orang lain. Kuesioner ini merupakan adopsi dan modifikasi dari dimensi kecerdasan emosional yang dikembangkan oleh Goleman (2005), terdiri dari 83 pertanyaan. Pengembangan kuesioner ini disesuaikan dengan kondisi setempat, menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh perawat pelaksana. Kuesioner C dan D mengukur perilaku *caring* perawat menurut persepsi klien diambil dari *Caring Assessment Tool* (CAT) yang dikembangkan oleh Duffy pada tahun 1990. CAT menggunakan konsep teori Watson dan mengukur 10 faktor karatif.

Peneliti melakukan beberapa perubahan pada CAT, yaitu hanya item yang relevan yang dipakai dalam kuesioner ini. Hal ini disesuaikan dengan kondisi setempat dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien. Kuisisioner terdiri dari 41 pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban menggunakan skala *Likert* 1 - 4.

Hasil

Diagram 1. Distribusi Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Klien



Karakteristik dari 92 responden perawat pada penelitian ini yaitu rata-rata berumur 31,95 tahun dan lama kerja rata-rata 9,78 tahun. Perawat berjenis kelamin laki-laki adalah 31 responden (33,7%) dan perempuan 61 responden (66,3%). Perawat yang telah menikah adalah 82 responden (89,1%) dan belum menikah 10 responden (10,9%). Perawat berpendidikan D3 Keperawatan adalah 74 responden (80,4%), S1 Keperawatan/ Ners yaitu 17 responden (18,5%), dan 1 responden berpendidikan SPK (1,1%).

Karakteristik dari 92 responden klien pada penelitian ini yaitu rata-rata berumur 41,42 tahun dan lama rawat rata-rata 4,42 hari. Klien berjenis kelamin laki-laki adalah 45 responden (48,9%) dan perempuan 47 responden (51,1%). Klien yang tidak sekolah adalah 8 responden (8,7%), berpendidikan dasar (SD dan SMP) adalah 53 responden (57,6%) dan berpendidikan SMA dan Perguruan Tinggi yaitu 31 responden (33,7%). Sebanyak 73 responden (79,3%) telah dirawat satu kali dan 19 responden (20,7%) dirawat lebih dari satu kali dalam waktu 5 tahun terakhir.

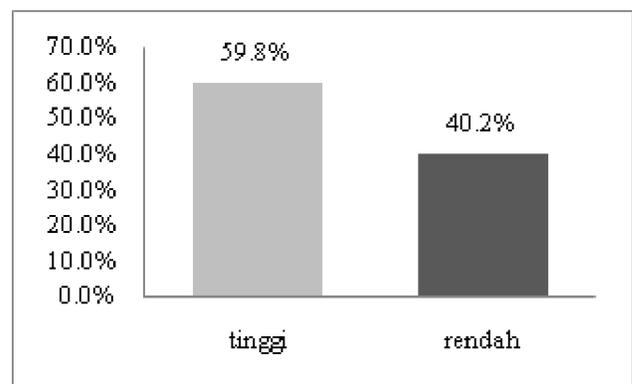
Proporsi perawat pelaksana yang berperilaku *caring* menurut persepsi klien yaitu 54% dan kurang *caring* 46% seperti terlihat pada diagram 1.

Perilaku *caring* yang sudah baik menurut klien adalah penerapan faktor karatif 1 (humanistik dan altruistik), 3 (kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain), 5 (ungkapan perasaan positif dan negatif), 6 (metode sistematis dalam pemecahan masalah), dan 8 (lingkungan yang supportif dan protektif). Sedangkan, perilaku perawat yang kurang *caring* terutama terkait komunikasi perawat kepada klien dalam menerapkan faktor karatif 2 (kepercayaan dan harapan), 4 (hubungan saling percaya dan saling membantu), 7 (pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal), dan 10 (penghargaan kekuatan eksistensial dan fenomenologikal).

Proporsi perawat yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi yaitu 59,8% dan rendah 40,2% seperti pada grafik 1.

Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain berhubungan secara signifikan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien ($p=0,049$, $\alpha=0,05$). Perawat yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain berpeluang 2,567 kali lebih *caring* menurut persepsi klien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi ini yang rendah. Analisis hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 1.

Grafik 1. Distribusi Dimensi Memahami dan Mendukung Emosi Orang Lain



Berdasarkan analisis multivariat diperoleh hasil bahwa hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien tidak dipengaruhi oleh karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, lama kerja, tingkat pendidikan, dan status pernikahan) maupun karakteristik klien (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama rawat, dan frekuensi dirawat).

Pembahasan

Hasil uji yang menunjukkan bahwa perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan masih kurang oleh klien adalah terkait dengan komunikasi perawat selama memberikan pelayanan keperawatan pada klien. Perawat belum menerapkan komunikasi terapeutik. Padahal, Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa komunikasi merupakan hal penting yang harus diterapkan dalam praktik keperawatan sebab komunikasi merupakan alat untuk membangun suatu hubungan yang terapeutik. Selain itu, komunikasi bisa menjadi media untuk mempengaruhi perilaku orang lain, sehingga tanpa komunikasi, hubungan terapeutik perawat-klien tidak mungkin terjalin. Hal ini didukung oleh penelitian Kralik, Koch, dan Wotton (1997 dalam Wysong & Driver, 2009) yang menemukan bahwa aspek perilaku *caring* yang paling penting menurut persepsi klien post operasi di Australia adalah perawat yang mampu menyatu dengan klien melalui komunikasi terbuka. Watson (2005) menyebutkan bahwa komunikasi yang efektif merupakan salah satu bentuk hubungan saling percaya.

Perilaku *caring* yang ditampilkan oleh seorang perawat dapat mempengaruhi kepuasan klien. Wolf, Colahan dan Costello (1998) menemukan adanya hubungan

yang signifikan antara perilaku *caring* perawat dengan kepuasan klien. Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan klien, namun juga dapat menghasilkan keuntungan untuk rumah sakit. Godkin dan Godkin (2004) menyampaikan bahwa perilaku *caring* dapat mendatangkan manfaat finansial bagi industri pelayanan kesehatan. Issel dan Khan (1998) menambahkan bahwa perilaku *caring* staf kesehatan mempunyai nilai ekonomi bagi rumah sakit karena perilaku ini berdampak bagi kepuasan klien.

Hasil menunjukkan bahwa 59,8% perawat memiliki kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi, yaitu dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi pada perawat dalam hal mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan, dan mampu membaca emosi kelompok. Sedangkan yang rendah dalam hal empati (kesadaran terhadap perasaan, perspektif dan kepentingan orang lain) dan orientasi pelayanan (mengantisipasi, mengenali, dan berusaha memenuhi kebutuhan pelanggan).

Peneliti menganalisis kemampuan perawat mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan serta membaca emosi kelompok merupakan potensi yang baik. Kemampuan tersebut dapat mendasari perawat dalam merawat klien. Perawat dapat mengembangkan klien untuk melakukan perawatan mandiri sesuai kemampuan diri. Namun, hal ini hendaknya ditunjang dengan empati yang tinggi dan berorientasi pada pelayanan.

Program pengembangan staf dapat dilakukan untuk membudayakan perilaku empati dan orientasi pelayanan (Stuart & Laraia, 2005), misalnya,

Tabel 1. Analisis Hubungan Dimensi Memahami dan Mendukung Emosi Orang Lain dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Klien

Karakteristik	Perilaku <i>caring</i>				Jumlah n	x ²	OR (95% CI)	p
	Kurang <i>caring</i>		Caring					
	n	%	N	%				
Rendah	22	59,5	15	40,5	37	3,87	1	0,049
Tinggi	20	36,4	35	63,6	55		2,567 (1,09-6,04)	

pelatihan dan penyegaran tentang empati, komunikasi efektif dan komunikasi terapeutik baik untuk perawat lama maupun perawat baru sehingga secara keseluruhan perawat dapat dinilai empati oleh klien.

Hasil analisis bivariat diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien. Dari hasil interpretasi ini, dapat dikatakan bahwa kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain terbukti dapat mempengaruhi perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi klien.

Perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi dalam memahami dan mendukung emosi orang lain, dipersepsikan lebih *caring* oleh klien dibandingkan dengan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain yakni sebesar 63,6%. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain berpeluang 2,567 kali dipersepsikan lebih *caring* oleh klien dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain.

Hal ini sesuai dengan pendapat Bar-on (2007) yang menyatakan bahwa kemampuan individu memahami perasaan orang lain akan mendorong individu untuk bersikap empati (memahami dan mengerti perasaan orang lain) dan mampu membangun hubungan yang memuaskan diri sendiri dan orang lain. Individu yang mampu memahami dan mendukung emosi orang lain akan lebih mampu memahami perasaan, pikiran dan situasi yang dirasakan oleh orang lain (McShane & Glinow, 2003), mampu memahami perspektif orang lain, menumbuhkan saling percaya dan menyelaraskan diri dengan orang lain (Goleman, 2005). Dengan empati kepada klien, maka perawat akan lebih mampu menunjukkan rasa kasih terhadap klien dalam setiap keputusan dan tindakannya yang merupakan aspek penting dalam pelayanan keperawatan.

Peneliti menganalisis bahwa kemampuan perawat dalam memahami dan mendukung emosi orang lain

akan mendorong terciptanya hubungan perawat-klien yang terbuka, saling percaya, saling menghargai perasaan dan pengalaman perawat dan klien. Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu antara perawat dan klien merupakan hal yang sangat penting dalam transpersonal *caring* (Watson, 2005). Klien mengharapkan perilaku *caring* yang holistik sehingga klien puas dengan pelayanan keperawatan. Jadi, dengan kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain (dalam hal ini klien) maka dapat mendorong perawat untuk menerima perasaan klien baik positif maupun negatif sehingga akan tercipta hubungan saling percaya yang merupakan salah satu wujud perilaku *caring* perawat.

Peneliti menganalisis bahwa penerapan komunikasi terapeutik perawat mempengaruhi hasil dari penelitian ini. Tempat penelitian, yang tidak semua perawatnya menerapkan komunikasi terapeutik, dapat mempengaruhi penilaian *caring* perawat oleh klien. Untuk itu, perlu dikembangkan replikasi penelitian ini untuk memastikan hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat menurut persepsi klien yang dilakukan di tempat penelitian (rumah sakit) yang penerapan komunikasi terapeutiknya sudah baik. Selain itu, dapat dilakukan penelitian lebih lanjut yang mengidentifikasi pengaruh kecerdasan intelektual, emosional dan spiritual terhadap performa perawat termasuk perilaku *caring*.

Kesimpulan

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa perilaku *caring* perawat yang masih kurang menurut persepsi klien yaitu komunikasi. Ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara dimensi kecerdasan emosional: memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat menurut persepsi klien. Perawat yang memiliki dimensi ini dipersepsikan lebih *caring* oleh klien yaitu 63,6% perawat.

Perilaku *caring* yang didasari dengan kecerdasan emosional yang baik akan mendukung terciptanya pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan klien. Klien yang menerima pelayanan tenaga kesehatan dengan keterampilan sempurna,

namun tidak disertai dengan sikap emosi yang baik dalam pelayanannya, maka pelayanan tersebut dinilai klien sebagai pelayanan yang tidak adekuat (MS, JS, YA).

Referensi

- Bar-on, R. (2007). *Bar-on model of emotional-social intelligence*. Diperoleh dari <http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/essay.php?i=3#intra>.
- Freedman, J., & Blasé, K. (2005). *Interview: Emotional intelligence with Dr. Daniel Goleman*. Diperoleh dari <http://www.6seconds.org/modules.php?name=News&file=article&sid=212>.
- Godkin, J., & Godkin, L. (2004). Caring behaviors among nurses: Fostering a conversation of gestures. *Journal Health Care Management Review*, 29 (3), 258-267.
- Goleman, D. (2005). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Dell.
- Hamid, A.Y.S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Issel, L.M., & Khan, D. (1998). The economic value of caring. *Journal Health Care Management Review*, 23 (4), 43-53.
- Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2003). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan*. Disampaikan pada Rapat Kerja I pada 18-19 Februari 2003, Jakarta.
- McQueen, A.C. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 101-108.
- McShane, S.L., & Glinow, M.A.V. (2003). *Organizational behavior: Emerging realities for the workplace revolution*. North America: McGraw-Hill.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik* (Penerjemah: Yasmin Asih, dkk.) (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th Edition). Missouri: Mosby.
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. USA: F. A. Davis Company.
- Wolf, Z.R., Colahan, M., & Costello, A. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Journal Medsurg Nurs*, 7 (2), 99-105.
- Wysong, P.R., & Driver, E. (2009). Patients' perceptions of nurses' skill. *Journal Critical Care Nurse*, 29, 24-37.

Saya mempelajari kehidupan pria dan wanita besar,
dan saya menjumpai bahwa pria dan wanita yang mencapai puncak
adalah yang melakukan pekerjaan yang ada ditangannya, dengan segala energi,
semangat dan kerja keras yang mereka punya.

- Harry S. Truman -

Anda harus menang dalam pikiran sebelum menang dalam kehidupan

- John addison -

KEPATUHAN PERAWAT MENERAPKAN PEDOMAN *PATIENT SAFETY* BERDASARKAN FAKTOR INDIVIDU DAN ORGANISASI

Christina Anugrahini^{1,2*}, Junaiti Sahar³, Mustikasari³

1. Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Belu Atambua, Nusa Tenggara Timur, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: anugrahini_christina@yahoo.com

Abstrak

Penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RS X. Desain penelitian korelasi deskriptif dengan *cross sectional*. Sampel 144 perawat. Analisis data *Chi Square*, uji *T independen*, dan regresi logistik. Hasil penelitian ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara usia, tingkat pendidikan, masa kerja, kepemimpinan, struktur organisasi, dan desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Variabel yang dominan adalah desain kerja ($p=0,000$, $\alpha=0,05$; $OR=35,897$). Disarankan agar pihak manajer rumah sakit mempertahankan dan meningkatkan desain kerja yang baik guna mencapai kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* untuk mencapai keselamatan klien di rumah sakit.

Kata kunci: faktor individu, faktor organisasi, kepatuhan perawat menerapkan pedoman *patient safety*.

Abstract

This study is to determine the relationship between individual and organizational factors on adherence of nurses in implementing patient safety guidelines in RS X. Descriptive study with cross sectional correlation design. The sample of 144 nurses. Data analysis Chi Square test, independent T test, and logistic regression. Results found significant relationship between age, educational level, years of service, leadership, organizational structure, and job design to the compliance of nurses in implementing patient safety guidelines. Dominant variable is the design of work ($p=0.000$, $\alpha=0,05$; $OR=35.897$). Suggestion that the hospital managers to maintain and enhance good evil design to achieve compliance with the nurse in implementing patient safety guidelines to achieve patient safety in hospitals.

Keywords: individual factors, organizational factor, compliance of nurses in implementing patient safety guidelines

Pendahuluan

Keselamatan klien adalah klien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (KKP-RS, 2008). Sembilan solusi keselamatan klien merupakan panduan untuk meningkatkan keselamatan klien. Asuhan keperawatan pada klien akan tercapai jika perawat taat dan patuh dalam penerapan pedoman *patient safety*. Perilaku disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan (Matindas, 1987 dalam Unarajan, 2003).

Maryam (2009) mengemukakan bahwa 74,1% klien merasa puas dengan penerapan tindakan keselamatan yang dilakukan perawat pelaksana di RS X. Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan '*TO ERR IS HUMAN*', *Building a Safer Health System*, yang artinya untuk

mencegah kesalahan yaitu membangun kesehatan yang lebih aman. Hal ini terkait hasil penelitian di rumah sakit menurut WHO (2004) dalam Rapat Pleno Persi dan KKP-RS (2008) yakni di ruang perawatan akut pada 1992 di Utah dan Colorado dari 14.565 jumlah klien yang masuk di rumah sakit terdapat 475 angka kejadian tidak diharapkan (KTD). Sedangkan di New York, kejadian tidak diharapkan (KTD) ditemukan 1133 dari 30.195 jumlah klien yang masuk di rumah sakit.

Di negara Australia, menurut *Quality in Australian Health Care Study* (QAHC) dari 14.179 jumlah klien yang masuk di rumah sakit didapatkan 2353 KTD. Pada tahun 1999 sampai dengan 2000 di UK (United Kingdom) dari 1.014 jumlah klien yang masuk di rumah sakit terdapat 119 KTD.

Di Indonesia, menurut data kasus dugaan malpraktik yang sudah dilaporkan pada tahun 2004 sampai dengan 2005, menurut Nadapdap terdapat 46 kasus. Uraian data tersebut diberbagai Negara mendorong segera dilakukannya penelitian dan pengembangan sistem keselamatan klien (Depkes, 2008). Kebijakan ini diterapkan diberbagai rumah sakit termasuk RS X. RS X termasuk rumah sakit yang diubah statusnya dari Perjan menjadi Badan Layanan Umum (BLU) sesuai dengan ditetapkannya Peraturan Pemerintah (PP) No. 23 Tahun 2005. Penerapan *patient safety* semakin ditingkatkan khususnya pada rumah sakit yang telah menjadi BLU.

Hasil studi pendahuluan didapatkan jumlah tenaga perawat di RS X pada tahun 2010 berjumlah 478 perawat. Perawat yang berlatar belakang pendidikan sarjana (S1) sebanyak 11 orang, DIII sebanyak 127 orang dan SPK sebanyak 45 orang. Banyaknya perawat dan pendidikan yang bervariasi, merupakan hal yang beresiko untuk terjadinya kesalahan yang dapat merugikan klien bahkan dapat berakibat fatal.

Berdasarkan rekapitulasi hasil observasi pada tahun 2008 dan 2009 di RS X masih terdapat angka kejadian dekubitus, infeksi jarum infus, infeksi luka operasi (ILO) dan KTD. Dalam konteks indikator klinik mutu pelayanan keperawatan dan pedoman pelaporan insiden keselamatan klien (KKP-RS, 2008) menjelaskan bahwa jumlah kejadian dekubitus, infeksi jarum infus, infeksi luka operasi dan KTD, merupakan suatu hal yang tidak boleh ada, karena hal ini dapat memberikan dampak negatif bagi klien. Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety*.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelasi (*descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan. Untuk melihat hubungan antara faktor individu dan organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RS X.

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap RS X tahun 2010, yang berjumlah 144 orang. Kriteria inklusinya adalah: perawat yang mengetahui sembilan langkah penerapan pedoman *patient safety* dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang sedang cuti kerja, cuti sakit, dan tugas belajar.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner A yang berisi faktor individu, yaitu data karakteristik perawat pelaksana yang merupakan data primer yang meliputi: usia, pendidikan, status pernikahan, dan masa kerja. Kuesioner B, faktor organisasi dikembangkan peneliti berdasarkan teori Ivancevich, Konopaske and Matteson (2006); Gillies (1994); Swanburg (2000), Depkes (2008), KKP-RS (2008). Kuesioner C berisikan tentang kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety* di ruang rawat inap.

Instrumen yang dipakai dibedakan untuk masing-masing variabel. Kuesioner kepatuhan perawat dalam penerapan *patient safety* dikembangkan peneliti dari Maryam (2009). Uji validitas di lakukan di RS Y didapatkan bahwa faktor organisasi dan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*, didapatkan r hasil (*corrected item – total correlation*) lebih dari r tabel (0,361), sehingga dapat disimpulkan bahwa pernyataan tersebut adalah valid.

Hasil

Data diolah dan dianalisis menggunakan analisis univariat, bivariat *uji T independent*, *Chi Square*, dan analisis multivariat regresi logistik ganda.

Karakteristik Responden

Tabel 3.1. Distribusi Rata-rata Responden Menurut Umur

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Minimal-Maksimal	95% CI
Usia	38,81 36,00	10,676	23 56	37,05–40,56
Masa Kerja	15,87 13,00	10,606	1 31	14,12– 17,62

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata usia perawat dalam penelitian adalah 38,8 tahun dengan rentang 23 – 56 tahun (CI:37,05-40,56), standar deviasi 10,676 tahun, usia termuda 23 tahun, dan tertua 56 tahun. Umur rerata perawat pelaksana di instalasi rawat inap RS X ini berada dalam rentang umur produktif. Rata-rata masa kerja perawat adalah 15,87 tahun (95% CI: 14,12 – 17,62), dengan standar deviasi 10,606 tahun, lama kerja tersingkat 1 tahun dan terlama 31 tahun (lihat tabel 3.1).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat dalam penelitian ini berpendidikan D3 Keperawatan yaitu 74,3% dan menikah yaitu 85,4% (lihat tabel 3.2). Hasil analisis ditemukan 60,4% perawat mempersepsikan kepemimpinan baik, struktur organisasi baik 54,2%, dan desain kerja baik 57,6%, sedangkan imbalan dipersepsikan kurang sebesar 50,7% (lihat tabel 3.3). Hasil penelitian menunjukkan 73,6% perawat pelaksana patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* (lihat tabel 3.4).

Hubungan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

Perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata-rata usia 40,38 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata-rata usia 34,42 tahun. Uji *T independent* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Penelitian ini juga memperoleh hasil bahwa perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata – rata masa kerja 17,36 tahun, sedangkan perawat yang kurang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* mempunyai rata-rata masa kerja 11,71 tahun. Uji *T Independent* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Proporsi perawat dengan pendidikan D3 Keperawatan (89,7%) dan S1 Keperawatan (66,7%) lebih patuh dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan

SPK. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$, $OR= 151,118$).

Proporsi perawat yang menikah (76,4%) lebih patuh dibandingkan dengan perawat yang belum menikah. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,113$, $\alpha= 0,05$, $OR= 2,431$).

Proporsi persepsi perawat yang baik terhadap kepemimpinan kepala ruang 90,8% lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap kepemimpinan kepala ruang. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepemimpinan kepala ruangan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$, $OR= 10,972$).

Tabel 3.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan dan Status Perkawinan

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Tingkat Pendidikan	0. SPK	31	21,5
	1. D3 Keperawatan	107	74,3
	2. S1 Keperawatan	6	4,2
Status Perkawinan	0. Belum Menikah	21	14,6
	1. Menikah	123	85,4

Proporsi persepsi perawat yang baik terhadap struktur organisasi 92,3% lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap struktur organisasi. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara struktur organisasi dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$, $OR = 11,294$).

Proporsi persepsi perawat yang baik terhadap imbalan (77,5%) lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap imbalan.

Hasil uji *Chi Square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,398$, $\alpha= 0,05$).

Proporsi persepsi perawat yang baik terhadap desain kerja (96,4%) lebih patuh dibandingkan dengan persepsi perawat yang kurang baik terhadap desain kerja. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$, $OR = 35,897$).

Faktor Penentu Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

Hasil analisis multivariat dengan enam tahapan menunjukkan bahwa terdapat satu variable, yaitu desain kerja, yang merupakan variabel paling dominan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* dibandingkan variabel usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, masa kerja, kepemimpinan dan struktur organisasi ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$, $OR= 35,897$).

Pembahasan

Usia dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Sopiah, 2008) yang mengatakan usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja, termasuk bagaimana merespon stimulasi. Peneliti berpendapat bahwa sebagian besar perawat di ruang rawat inap RS X berada pada usia yang produktif artinya pada usia ini memungkinkan perawat dalam masa kedewasaan dan kematangan dan dapat mengaplikasikan semua kompetensi yang dimiliki untuk menerapkan pedoman *patient safety* secara optimal.

Masa Kerja dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

hasil penelitian ini didukung oleh Ellis, et al. (2006) yang mengatakan bahwa perawat harus mempunyai pengalaman kerja yang cukup sehingga dapat mengerti tentang kebutuhan klien yang spesifik.

Peneliti berpendapat bahwa rata-rata masa kerja perawat pelaksana 16 tahun termasuk dalam kategori senior, artinya perawat di RS X rata-rata memiliki masa kerja yang cukup lama. Hal ini sangat mendukung untuk mencapai kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

Hal ini diperkuat oleh Hughes (2008) yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu karakteristik individu yang dapat meningkatkan pengetahuan perawat untuk dapat menerapkan pedoman *patient safety*, sehingga dapat menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD). Peneliti berpendapat bahwa tingkat pendidikan perawat di RS X sebagian besar adalah D III Keperawatan. Dengan tingkat pendidikan yang cukup tinggi, ketrampilan dan pengetahuan perawat juga akan bertambah. Selanjutnya perawat dapat berfikir secara rasional dalam melaksanakan tindakan keperawatan tersebut, sehingga dapat memberikan dampak bagi keselamatan klien di RS X Jakarta. Hal ini menunjukkan latar belakang pendidikan mempengaruhi kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Tabel 3.3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kepemimpinan, Struktur Organisasi, Imbalan, dan Desain Kerja yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Kepemimpinan	Kurang	57	39,6
	Baik	87	60,4
Struktur Organisasi	Kurang	66	45,8
	Baik	78	54,2
Imbalan	Kurang	73	50,7
	Baik	71	49,3
Desain Kerja	Kurang	61	42,4
	Baik	83	57,6

Status Perkawinan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety*

Peneliti berpendapat bahwa kepatuhan perawat perawat yang sudah menikah ataupun belum menikah tidak jauh berbeda tingkat kepatuhannya dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RS X.

Perawat menerapkan pedoman *patient safety* kepada klien yang dirawat sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang sudah diterapkan dari rumah sakit dan dilakukan dengan budaya kerja yang ada di rumah sakit tersebut.

Kepemimpinan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety*

Penelitian ini didukung oleh Schulke, Joshi, dan Mastal (2007) yang menemukan bahwa ada hubungan antara *Chief Nursing Officers* (CNO) dengan kepala ruangan di bangsal keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam penerapan pedoman *patient safety*. Peneliti berpendapat bahwa kepemimpinan di RS X mempunyai kontribusi yang sangat besar terhadap kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Struktur Organisasi dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety*

Hal ini didukung oleh Winslow, et al. (2005), dalam penelitiannya menemukan bahwa struktur organisasi merupakan faktor yang berhubungan erat dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*. Hughes (2008) menjelaskan bahwa kualitas dan keselamatan perawatan yang terkait dengan berbagai faktor dalam sistem, organisasi, dan lingkungan kerja merupakan hal yang mempengaruhi kualitas dan keselamatan klien. Yahya (2008) mengatakan bahwa struktur organisasi unit atau tim keselamatan klien di rumah sakit sangat berpengaruh terhadap keselamatan klien. Peneliti berpendapat bahwa sistem organisasi di RS X telah terstruktur dengan baik, sehingga garis komando dan garis koordinasi antar tiap bidang dapat terlaksana dengan baik. Dengan adanya struktur organisasi yang baik tersebut dapat mendukung kepatuhan perawat dalam menerapkan *patient safety*.

Imbalan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient Safety*

Penelitian ini ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Hasil wawancara dengan bagian Kepala Bidang

Keperawatan mengatakan bahwa perawat mendapatkan insentif yang diberikan berdasarkan jenjang pendidikan, lama kerja, banyaknya dinas sore atau malam, jasa keperawatan perbulan, THR untuk anak sekolah, uang ulang tahun RS per tahun, perumahan, dan poli karyawan ruang perawatan untuk anak dan bunda. Beberapa fasilitas tersebut diharapkan dapat memenuhi kebutuhan perawat.

Tabel 3.4 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety* yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman <i>patient safety</i>	Kurang Patuh	38	26,4
	Patuh	106	73,6

Desain Pekerjaan dengan Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Pedoman *Patient safety*

Hal ini didukung oleh penelitian yang dikemukakan oleh Wakefield (2008) yang mengatakan bahwa desain kerja dapat mempengaruhi perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Loh dan Gelinis (2004) mengatakan bahwa ada hubungan antara desain kerja dengan penerapan *patient safety* di rumah sakit.

Menurut peneliti, sejumlah 96,4% yang mempunyai persepsi baik dan patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* tersebut memiliki suatu pandangan yang baik dalam pekerjaan sehari-hari. Desain kerja tersebut dapat diaplikasikan dengan baik sehingga akan semakin meningkatkan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Kesimpulan

Ada hubungan antara usia, tingkat pendidikan, masa kerja, kepemimpinan, struktur organisasi, dan desain kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Sedangkan, tidak ada hubungan antara status perkawinan dan imbalan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*.

Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* di RS X yaitu desain kerja. Agar pihak manajer rumah sakit mempertahankan dan meningkatkan desain kerja yang baik guna mencapai kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety* untuk mencapai keselamatan klien di rumah sakit (TG, RS, YA).

Referensi

- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Depkes RI.
- Ellis, et al. (2006). *Staffing for safety: A Synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*. Ottawa: Ontario.
- Gillies, A. D. (1994). *Manajemen keperawatan sebagai suatu pendekatan sistem* (3th Ed.). Philadelphia: WB Saunders Company.
- Hughes, G.H. (2008). *Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurse*. Diperoleh dari <http://www.proquest.com>.
- Ivancevich, M.H., Konopaske, & Matteson, T.M. (2006). *Perilaku dan manajemen organisasi*. (Jilid 2). Jakarta: Erlangga.
- KKP-RS (2008). *Pedoman Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient safety Incident Report)* (Edisi 2). Jakarta: KPP-RS.
- Loh, D. Y., & Gelinas, L.S. (2004). The effect of workforce issues on patient safety. *Nursing Economic*, 22 (5), 266-272.
- Maryam, D. (2009). *Hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di IRNA Bedah dan IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya* (Tesis master, tidak dipublikasikan). Program Pascasarjana FIK UI, Jakarta.
- Schulke, K., Joshi, M., & Mastal, M.F. (2007). Nursing leadership: Championing quality and patient safety in the boardroom. *Nursing Economic*, 25 (6), 323-31.
- Sopiah. (2008). *Perilaku organisasional*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Swanburg, R. C. (2000). *Introductory management and leadership for nurses* (2nd Ed.). Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Unarajan, D. (2003). *Manajemen disiplin*. Jakarta: PT Grasindo.
- Wakefield, K. M. (2008). The quality chasm series: Implications for nursing, In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*, 1-19. Diperoleh dari www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/nursesdbk.pdf.
- Winslow, et al. (2006). Staffing for safety: A synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety. *Canadian Health Services Research Foundation and Foundation Canadiene*, Ottawa. Diperoleh dari www.ccpnr.ca/PDFs/Nurse_Staffing_and_Patient_Safety_2006.pdf.
- Yahya, A. A. (2008). *Patient safety is a key component of risk managemengent. Dalam Workshop keselamatan klien dan manajemen resiko klinis RS X Jakarta*, 1 - 3 April 2008.

Rasa enggan adalah kekuatan yang sangat besar,
baik untuk mencapai keberhasilan atau menyebabkan kegagalan.
Maka engganlah terlibat dalam hal-hal yang tidak menghasilkan.
Dan bersegeralah dengan hal-hal yang menghasilkan, walau sekecil apapun.

- Mario Teguh -

PENCARIAN MAKNA HIDUP KLIEN TERDIAGNOSA LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK DENGAN PERSPEKTIF MASLOW DAN HENDERSON

Muhammad Judha^{1,2*}, Elly Nurachmah³, Imami Nur Rachmawati³

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati, Yogyakarta, Indonesia

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

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

*Email: ramezya_alya@yahoo.com

Abstrak

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif untuk menggali pengalaman partisipan mencari makna hidup. Partisipan penelitian berjumlah delapan partisipan dengan *purposif sample*. Pengalaman partisipan memberikan gambaran secara utuh diketahuinya perasaan partisipan dihadapi lupus dan perubahan nilai, kepercayaan, dan keyakinan penderita lupus. Hasil penelitian yang diperoleh mendapatkan respon penderita menghadapi penyakit lupus terhadap aktivitas fisik, psikologis, dan perubahan lingkungan serta perubahan nilai, kepercayaan dan keyakinan penderita lupus. Hasil penelitian menyarankan tenaga perawatan melakukan asuhan yang komprehensif, untuk tenaga pendidikan juga harus memberikan prosedur melakukan asuhan keperawatan holistik kepada peserta didik. Untuk peneliti lain agar menambah variasi jenis kelamin partisipan agar memperoleh variasi tema.

Kata Kunci: arti hidup, fenomenologi, penderita lupus, perspektif Maslow dan Henderson

Abstract

This research is a qualitative study to explore the experiences of participants to find meaning in life. Amount of research participants with a purposive sample of eight participants. The Experience gives participants how to life with lupus and how to find changes in value, trust, and confidence in people with lupus. The results are getting face lupus patients response to physical activity, psychological, and environmental changes and changes in values, trust, and confidence in people with lupus. The results suggest that nurse must do comprehensive care, to education personnel must also provide procedure to conduct a holistic nursing care to students. For another researchers in order to increase the participants' gender variations in order to obtain variation on the theme.

Keywords: meaning of life, phenomenology, patients with lupus, perspective of Maslow and Henderson

Pendahuluan

Lupus adalah suatu kondisi yang memiliki ciri peradangan kronis dari jaringan-jaringan tubuh yang disebabkan penyakit autoimun. Di Indonesia, penyakit lupus cenderung meningkat jumlahnya, beberapa rumah sakit di DKI Jakarta berdasar data 2002 Yayasan Lupus Indonesia kurang lebih 1.700 orang. Pada 2007 Yayasan Lupus Indonesia mencatat 8.672 penderita lupus, dengan 90% wanita.

Di sebuah Rumah Sakit X di Palembang, diperoleh data 89 klien lupus erithematosus sistemik pada 2008 dengan jumlah laki-laki 12 orang dan wanita 77 orang. Pada Januari sampai April 2009, jumlah klien lupus erithematosus sistemik baru 65 orang dengan laki-laki

enam orang, wanita 53 orang, dan enam orang meninggal. Angka kunjungan di poliklinik Rumah Sakit X di Palembang, khusus lupus pada 2009 tercatat 321 kunjungan, sedangkan hasil rekam medis pada Januari sampai Juni 2010 didapatkan rata-rata klien masuk dan di rawat dengan lupus dua sampai empat klien per bulan.

Hasil studi tentang penyakit lupus, yang terkenal dengan *The Great Imitator*, dikatakan kerap salah dalam diagnosa awal sehingga terapi yang diberikan kurang tepat. Sebagai akibatnya, banyak waktu yang terbuang sebelum klien mendapatkan diagnosa lupus, sementara manifestasi sudah meluas, disamping itu pada klien terdapat komplikasi lain (Syarif, 2009).

Berdasarkan hal tersebut, pertanyaan penelitian yang perlu jawaban mendalam adalah bagaimana pengalaman klien yang mengidap lupus menjalani hari-harinya dan memperoleh makna hidupnya.

Metode

Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi. Pada rancangan penelitian deskriptif kualitatif ini terdapat tiga langkah dalam proses fenomenologi deskriptif, yaitu intuisi, menganalisis, dan mendiskripsikan. Pada tahap intuisi peneliti mencoba untuk menyatu secara utuh dengan fenomena yang ada pada penderita lupus saat mengalami proses penyakit, analisa dilakukan dengan mengelompokkan tema yang ada pada pengalaman partisipan lupus.

Langkah selanjutnya, peneliti mencoba melakukan analisa dari fenomena yang terjadi pada penderita lupus serta mencoba untuk mencari keterkaitan antar fenomena yang ada. Peneliti mencoba untuk memberikan gambaran dengan menggunakan bahasa tulis akan isi atau kandungan hal yang terjadi pada penderita lupus. Pertanyaan yang diberikan pada partisipan yang menderita lupus difokuskan pada masalah fisik, psikologis, sosial, spiritual terlebih dahulu, apabila dalam jawaban yang diberikan masih bersifat dangkal, maka diperdalam dengan menggunakan konsep kebutuhan dasar menurut Maslow dan Henderson. Jawaban yang diberikan merupakan pengalaman terkait dengan kebutuhan dasar yang dibutuhkan dan keyakinan yang dimiliki partisipan. Jawaban tersebut kemudian dikaitkan dengan konsep hidup yang terkandung dalam jawaban partisipan.

Hasil

Semua partisipan tinggal di wilayah Palembang atau di propinsi Sumatera Selatan, dengan usia bervariasi antara 17–45 tahun dan semuanya wanita. Pendidikan partisipan pada penelitian ini didapatkan tiga orang setingkat sarjana strata satu, satu setingkat Akademik, dua SLTA, satu Magister, dan satu orang SMP. Karakteristik pekerjaan mereka terdiri dari satu orang perawat Puskesmas, satu pegawai negeri pada tingkat manajerial, satu ibu rumah tangga, dua pelajar tingkat

SLTA dan mahasiswa, satu guru, dan satu orang pedagang. Semua partisipan beragama Islam, dan mempunyai pengalaman menderita lupus lebih dari enam bulan, dan paling lama empat tahun.

Pada penelitian ini diperoleh 12 tema antara lain; (1) perasaan atau respon yang dialami dalam menghadapi penyakit lupus, (2) jenis perhatian atau dukungan yang diperoleh dari lingkungan untuk menghadapi lupus, (3) diskriminasi yang dialami penderita lupus, (4) usaha yang dilakukan penderita lupus untuk mencapai kesembuhan, (5) kemampuan dalam mengenali tanda dan gejala penyakit/ perubahan fisik, (6) perubahan status nutrisi, (7) pengaruh lupus terhadap aktivitas, (8) pengaruh penggunaan obat/ terapi lupus, (9) layanan kesehatan yang dialami penderita lupus (10) peran perawat untuk penderita lupus, (11) sumber informasi bagi penderita lupus, dan (12) perubahan nilai, kepercayaan, dan keyakinan penderita lupus.

Pembahasan

Karakteristik partisipan pada penelitian ini adalah semua partisipan wanita, berada pada usia produktif, dengan latar belakang pekerjaan berbeda. Lama sakit bervariasi mulai dari enam bulan sampai empat tahun, semua partisipan tinggal di wilayah Palembang dan semua beragama Islam. Status pernikahan hanya ada dua yaitu menikah dan belum menikah, dengan jumlah anak untuk yang menikah satu sampai empat anak, ada juga yang belum memiliki anak.

Penelitian ini mengambil delapan partisipan, dengan jenis kelamin semua wanita. Jenis kelamin pria pada saat penelitian tidak ditemukan selama peneliti melakukan penelitian, kurangnya variasi jenis kelamin pada penelitian ini menyebabkan ada beberapa masalah pada penderita lupus yang mewakili jenis kelamin laki-laki menjadi tidak muncul, misalnya perubahan peran yang terjadi apabila partisipan laki-laki seorang kepala keluarga dan sebagai pencari nafkah dalam keluarga. Pada penelitian ini, kategori umur partisipan berada pada rentang 17 sampai 45 tahun, berarti semua partisipan dalam penelitian ini berada pada rentang usia produktif sehingga akan berpengaruh terhadap respon biologis, psikologis, sosial, dan spiritual partisipan menghadapi lupus.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur menentukan partisipan dalam menjawab memperlihatkan karakteristik yang berbeda pada tingkatan umur yang berbeda pula. Partisipan dengan umur lebih muda, jawaban menunjukkan kurang siap dalam menghadapi penyakit lupus, sementara partisipan dengan umur lebih tua dan memiliki pengalaman, jawaban menunjukkan kematangan dalam berpikir dan menerima peristiwa yang dialami.

Jenis pekerjaan partisipan pada penelitian ini bervariasi, terdapat partisipan pelajar, ibu rumah tangga, guru, perawat, dan pegawai negeri sipil. Jenis pekerjaan partisipan berdasarkan latar belakang pendidikan, partisipan dengan latar belakang pendidikan yang baik maka mempunyai pekerjaan dan sosial ekonomi tinggi.

Penelitian ini mengidentifikasi ada 12 tema yang tergambar berdasar tujuan khusus dari penelitian, gambaran perasaan partisipan yang mengalami penyakit lupus yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari tergambar pada tema pertama, sedangkan gambaran akan jenis dukungan dan perhatian yang didapatkan oleh partisipan dalam kehidupannya tergambar dalam tema kedua.

Pada tema ketiga, partisipan merasa mendapatkan perlakuan diskriminasi, perlakuan diskriminasi itu didapat dari masyarakat umum ataupun masyarakat kesehatan/ pelaku pelayanan. Berbagai usaha yang dilakukan partisipan terkait keinginan untuk sembuh terdapat pada tema keempat, selain usaha untuk mengobati terdapat pula kemampuan untuk mengenali tanda dan gejala lupus pada tema kelima.

Gambaran adanya perubahan status nutrisi, dan pengaruh penyakit terhadap aktivitas yang dilakukan tergambar dalam tema keenam dan ketujuh. Menderita lupus tentu tidak lepas dari kegiatan minum obat dan pengaruhnya terhadap tubuh sehingga akan mempengaruhi kegiatan partisipan, tergambar pada tema kedelapan, sedangkan layanan yang pernah diterima partisipan lupus di Rumah sakit X pada tema ke-9. Penderita lupus tidak lepas dari peran perawat yang dalam keseharian saat dirawat ataupun rawat jalan di poli, dari pertemuan tersebut pada tema ke-10

menggambarkan citra perawat dan perannya selama partisipan bertemu dengan perawat.

Proses usaha menambah pengetahuan tentang penyakit yang diderita memacu perubahan keyakinan dan kepercayaan partisipan sehingga menemukan arti hidup yang dijalani. Hal ini tergambar pada tema ke-11 dan ke-12.

Berbagai Perasaan atau Respon yang Dialami dalam Menghadapi Penyakit Lupus

Temuan pada penelitian ini menunjukkan lima partisipan mengungkapkan ketidakpercayaan bahwa dirinya menderita lupus, satu partisipan berada pada rentang marah, satu dalam rentang tawar-menawar, dan satu lagi menerima kenyataan. Penderita lupus jika dihubungkan dengan fokus pengkajian berdasarkan kebutuhan dasar, tidak hanya mengalami gangguan fisik tetapi juga gangguan psikologis dan sosial, karena merasa mengalami keterbatasan termasuk kemampuan beraktualisasi. Berdasar kebutuhan Henderson, perlu diperhatikan kebutuhan akan aktivitas setelah menderita lupus, kemampuan menyampaikan sesuatu/ berkomunikasi menjadi kelemahan atau fokus masalah tidak menyebabkan gangguan psikologis. Fokus intervensi keperawatan sebagai perawat, menjadi rekan yang mampu menjadi pengganti kekurangan klien hingga mendapatkan kemandirian.

Jenis Perhatian atau Dukungan yang Diperoleh dari Lingkungan untuk Menghadapi Lupus

Perhatian dari orangtua

Hasil temuan dalam penelitian ini didapatkan tiga pernyataan spesifik tentang dukungan yang didapat dari orangtua mampu meningkatkan semangat hidup terlebih untuk partisipan pertama, kedua, dan ketiga, karena masih tinggal atau masih mempunyai orangtua. Ketiga partisipan menyatakan bahwa ketika mengetahui anaknya sakit orangtua lebih perhatian.

Perhatian dari teman

Seorang partisipan mengungkapkan, implikasi dari teman yang tahu dirinya menderita lupus, maka teman tersebut lebih perhatian.

Perhatian suami

Partisipan yang sudah menikah merasakan manfaat atas dukungan suami. Sikap suami yang memahami kondisi menjadikan partisipan merasa tidak sendiri.

Menurut Cockburn, et al. (2003), 24% penderita lupus merasa terpenuhi dukungan sosial mengenai seksual, 53% untuk dukungan lain terkait lupus. Terdapat 51% menyatakan kesulitan dalam berpartisipasi menghadapi lingkungan sosial. Hal ini sesuai dengan penelitian Porter (2000), yang mengemukakan hasil penelitian kualitatifnya bahwa peran keluarga serta orang di sekitar klien lupus membantu klien untuk hidup normal.

Perhatian dari lingkungan terkait dengan konsep hirarki Maslow berarti memberikan rasa aman dan nyaman, serta rasa penghargaan dan merasa dicintai oleh lingkungan sekitar partisipan. Fungsi dukungan yang dilakukan orang disekitar partisipan akan mempengaruhi perasaan positif lebih tinggi dengan cara memvalidasi keyakinan yang ada, mendorong untuk memberikan informasi, saran, dan bantuan material.

Diskriminasi yang Diterima Penderita Lupus

Kekurangan informasi penyakit lupus menyebabkan stigma di masyarakat. Stigma yang diungkapkan pada penelitian ini didapat dari masyarakat umum dan kesehatan. Beberapa penelitian mengungkapkan isolasi sosial didalam masyarakat terhadap penderita lupus, partisipan merasa bahwa yang dialami tentang lupus berkaitan dengan sikap masyarakat terhadap diri partisipan. Hal ini sejalan dengan pendapat dikemukakan oleh Phillips, Russell, dan Wallace (1996, 1997, 1995 dalam Porter, 2000), menjelaskan bahwa penderita dengan penyakit tertentu akan merasa dirinya terisolasi oleh lingkungan dan tidak diikuti dalam kegiatan lingkungan yang ada.

Usaha yang Dilakukan Penderita Lupus untuk Sembuh

Pada penelitian ini berbagai cara ditempuh agar partisipan dapat sembuh atau terhindar dari kekambuhan. Jika melihat maksud dan tujuan

partisipan melakukan berbagai usaha untuk mencapai kesembuhan, kegiatan dilakukan berdasarkan kesadaran untuk menjadi sehat dengan memanipulasi lingkungan sekitar. Empat partisipan mengatakan bahwa untuk tetap sehat dan tidak kambuh penyakitnya, maka diperlukan usaha keras dengan cara kontrol berobat rutin, minum obat secara teratur, serta mematuhi nasihat dokter. Seorang partisipan mengatakan bahwa jika yang telah dilakukan tidak cukup seperti itu, tetapi harus menjaga makanan yang bisa menyebabkan kekambuhan.

Penelitian Richardson, et al. (2000, dalam Rahayu, 2008) walaupun tidak terkait langsung dengan penelitian klien lupus, tetapi dalam penelitiannya menyatakan penggunaan terapi komplementer menyebabkan 76,7% peningkatan kualitas hidup, 62,5%, memperpanjang umur, dan 71,1% meningkatkan kekebalan tubuh.

Menurut Revenson (1993), penyakit lupus tidak cukup dengan mengatasi masalah fisik, tetapi lebih penting adalah masalah psikologis, maka diperlukan dukungan interpersonal membantu mengurangi dampak psikologi. Penyakit lupus memberikan dampak pada keluarga penderita, anggota keluarga diharapkan memberi cinta dan kasih sayang, serta bantuan nyata dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Usaha yang dilakukan partisipan merupakan kesadaran akan penyakit yang diderita, mencari atau berusaha untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan, serta melihat masalah lupus sebagai sesuatu yang harus diatasi dengan cara adaptasi terhadap masalah kesehatan yang timbul. Hal ini sesuai dengan konsep *being*, *belonging*, dan *becoming*.

Kemampuan dalam Mengenali Tanda dan Gejala Penyakit/ Perubahan Fisik

Tanda penyakit

Tanda penyakit merupakan manifestasi klinis atau data obyektif yang bisa dilihat langsung tanpa ada pemeriksaan diagnostik. Empat partisipan menyatakan bahwa ketika terjadi lupus terdapat tanda bintik di wajah, gambaran bintik menyerupai kupu-kupu.

Seorang partisipan menambahkan tidak hanya bintik di wajah, tetapi juga ada bengkak seluruh tubuh.

Gejala penyakit

Gejala yang dinyatakan partisipan bermacam-macam, yaitu seorang menyatakan nyeri sendi, dua orang menyatakan ada gangguan pada ginjal dan paru, empat orang menyatakan ada kelemahan dan rasa cepat lelah setelah menderita lupus. Hal ini mengganggu kegiatan sehari-hari partisipan.

Perubahan fungsi seksual

Kondisi kesehatan yang dianggap lemah dan berbahaya bagi kesehatan partisipan, maka terjadi perubahan pola seksual. Hal tersebut dinyatakan oleh partisipan kedua. Partisipan kelima juga menyatakan terjadi perubahan pola seksual yang biasanya sebelum sakit, seksual berarti berhubungan badan, tetapi karena kondisi sakit maka terjadi perubahan pola dan metode.

Perubahan fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi yang terkait dalam penelitian ini adalah pada proses menstruasi. Lima orang partisipan menganggap perubahan siklus pada menstruasi dianggap sebagai gangguan, terjadi perubahan rentang siklus dan lamanya menstruasi. Hal ini mengkhawatirkan bagi partisipan, mengingat berada pada masa reproduksi aktif.

Rasa kelelahan dan nyeri pada bagian otot mempengaruhi aktivitas. Hal ini disebabkan infeksi pada otot penderita. Menurut Philips (1996, dalam Porter, 2000), rasa sakit sendi ditandai warna kemerahan, memar, pembengkakan, dan kekakuan, yang menjadi masalah utama penderita lupus dalam olahraga, beraktivitas, lari, dan berjalan. Pembengkakan yang terjadi ekstremitas kemungkinan disebabkan penyakit lupus, bukan karena pengobatan. Hal ini juga menyebabkan gangguan gerak (Yamaji, et al., 2007).

Keluhan yang diderita mengenai tanda dan gejala, serta masalah reproduksi dan seksual, berarti tiga tingkatan yang mendasar pada kebutuhan dasar Maslow terganggu. Ketiga kebutuhan dasar tersebut

adalah biologis terkait seksual, rasa aman dan nyaman terkait ketidakmampuan melakukan hubungan seksual, serta rasa cinta dan mencintai yang diwujudkan dengan *sexual intimacy*.

Perubahan Status Nutrisi

Penggunaan nutrisi sebagai pengobatan komplementer dapat membantu efektifitas dari pengobatan. Pada saat yang bersamaan dapat mengatasi efek samping dari pengobatan. Nutrisi erat kaitannya dengan kesehatan yang optimal dan peningkatan kualitas hidup.

Pada penelitian ini, tujuan merubah nutrisi dari jenis yang dilakukan partisipan dimaksudkan untuk mengurangi resiko kekambuhan. Beberapa yang menyebabkan kekambuhan lupus adalah hidrazin dan zat pewarna terutama mempengaruhi kulit (Acne Blemish Control, 2010).

Kegiatan Minum Obat dan Aktivitas Sehari-hari

Kegiatan minum obat

Beberapa partisipan menyatakan kebosannya minum obat setiap hari dalam jangka waktu lama, karena bersifat kronis. Selain menimbulkan kebosanan, penderita juga merasa terisolasi oleh lingkungan karena penyakit yang mengharuskan minum obat secara teratur.

Menurut Falvo (1995, dalam Porter, 2000), tanda akan terisolasi yang sifatnya *personal* harus dimonitor untuk mencegah masalah lain, seperti depresi dan percobaan bunuh diri, serta membantu pemberian dukungan yang efektif.

Kegiatan membantu keluarga

Partisipan merasa terikat oleh aturan minum obat, akibatnya segala aktifitas juga dikaitkan masalah penyakit. Penyakit kronik dapat menyebabkan perubahan kehidupan seseorang, perubahan tersebut dapat terjadi pada fisik dan emosi atau psikologis.

Partisipan menyatakan dahulu dia bekerja tapi ketika menderita lupus berhenti kerja. Hal ini masalah bagi penderita, karena fungsi dan peran menjadi terganggu.

Berdasarkan pendapat Rubin dan Roessler (1995, dalam Porter, 2000), sebaiknya dipikirkan kembali untuk menempatkan penderita lupus dalam aktivitas pekerjaan dengan tidak menimbulkan beban fisik tetapi mempunyai kualitas kerja memuaskan bagi dirinya.

Penelitian dampak minum obat dan terapi yang dilakukan Carthy, et al. (2003) terhadap penderita lupus menunjukkan penderita yang menjalani terapi selama 12 minggu akan mengalami kelelahan dan rasa bosan hingga menimbulkan *dropped out* dari perawatan. Keinginan untuk melanjutkan terapi pada partisipan tergantung dari motivasi yang ada pada partisipan. Menurut Rouse (2004), aktivitas yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari tidak cukup dengan motivasi memenuhi lima kebutuhan dasar dari hirarki Maslow, tetapi ada motivasi lain berdasarkan motivasi yang menjadi tujuan, emosi dan keyakinan kemampuan seseorang dalam lingkungan sekitarnya.

Pengaruh Penggunaan Obat/ Terapi Lupus

Jenis obat yang saat ini digunakan untuk lupus adalah obat jenis kortikosteroid. Beberapa efek yang diungkapkan oleh dua partisipan antara lain, peningkatan gula darah, peningkatan tensi, pengeroposan tulang, dan peningkatan berat badan. Penjelasan mengenai penggunaan obat dilakukan agar partisipan menyadari jika terdapat kelainan ataupun gangguan yang disebabkan efek samping obat. Hal ini ditujukan agar partisipan mau belajar, menghindari bahaya, dan ikut serta aktif memaksimalkan perawatan lupus, serta menjadikan mandiri, sesuai dengan tujuan perawatan dari Henderson, yaitu mencapai kemandirian dalam kondisi yang alami dari partisipan.

Layanan Kesehatan yang Dialami dan Diharapkan Penderita Lupus

Pelayanan kesehatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh tenaga profesional yang tujuannya untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan dan mencegah komplikasi masalah kesehatan tertentu. Layanan kesehatan yang diterima di tatanan rumah sakit lebih menitikberatkan pada layanan kuratif, sementara untuk layanan yang bersifat preventif dan promotif kurang tersentuh.

Gambaran Partisipan terhadap Tenaga Keperawatan

Informasi oleh perawat

Pelayanan kesehatan pada penelitian ini terkait informasi yang diberikan tenaga kesehatan. Beberapa partisipan berpendapat memerlukan informasi yang akurat sehingga dapat membantu partisipan menghadapi penyakit lupus. Namun, informasi didapatkan lebih banyak dari tenaga dokter.

Menurut panduan untuk penderita lupus ("X-Plain Lupus", 2007), seseorang yang menderita lupus harus mendapatkan secara rutin informasi serta hal yang diperlukan ketika terjadi gejala yang berbahaya bagi penderita. Beberapa pilihan yang dapat menjadikan penderita sehat adalah; (1) komunikasi yang baik dengan tenaga kesehatan, (2) belajar mengenai lupus, (3) melakukan kontrol rutin, dan (4) mempunyai sifat positif dan manajemen terhadap stres.

Sikap perawat

Hasil penelitian terkait sikap perawat dalam pemberian asuhan keperawatan yang diterima partisipan menyatakan pelayanan di Rumah sakit X masih kurang maksimal. Beberapa partisipan menyatakan sikap perawat tidak sesuai peran. Sedangkan, tujuan keperawatan untuk berespon terhadap perilaku klien dalam memenuhi kebutuhan klien dengan segera, berinteraksi dengan klien untuk memenuhi kebutuhan klien secepat mungkin dengan mengidentifikasi perilaku klien, reaksi perawat, dan tindakan keperawatan yang dilakukan (Tores, 1986 dalam Perry & Potter, 2005).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian lain, yang dilakukan di daerah Surakarta. Menurut Supriyati (2008), 63,2% sikap perawat dengan kategori baik, 28,1% cukup, dan 8,8% kurang baik. Hal ini berarti masih ada perilaku perawat yang dipandang kurang baik oleh klien.

Perbedaan hasil penelitian ini bisa disebabkan perbedaan tempat penelitian. Ada kemungkinan tingkat pendidikan perawat yang bervariasi pada rumah sakit yang berpeluang untuk mempengaruhi sikap profesionalitas dalam bekerja.

Sedangkan yang menjadi penelitian perbandingan semua perawat berpendidikan minimal diploma, atau kemungkinan adanya latar belakang budaya lingkungan kerja di wilayah Sumatera. Hal ini sesuai dengan pendapat Koentjaraningrat (1996, dalam Ihromi, 2006), budaya mempengaruhi penilaian kerja profesi apalagi bila disertai batas-batas yang kurang jelas.

Sumber Informasi bagi Penderita Lupus

Implikasi informasi untuk praktek klinik berguna untuk; (1) mengajarkan dalam mengembangkan dan mempertahankan ikatan dalam keluarga, (2) mengajarkan dalam menerima dan mengenali bantuan yang disediakan oleh keluarga, (3) meningkatkan keterampilan keluarga untuk menentukan dukungan kepada partisipan, serta (4) memfasilitasi penilaian dukungan yang positif. Pentingnya informasi terkait lupus tidak hanya masalah menghindari bahaya, tetapi merupakan cerminan terhadap rasa cinta dan mencintai pada kebutuhan dasar Maslow dan penuntasan akan keingintahuan dan proses belajar menurut Henderson.

Perubahan Nilai, Kepercayaan, dan Keyakinan Penderita Lupus

Menurut Soekanto (2006), nilai adalah hal-hal yang dianggap baik dan buruk oleh masyarakat. Sementara menurut kamus besar bahasa Indonesia, kepercayaan adalah anggapan bahwa sesuatu yang diyakini itu benar adanya dan dianggap sebagai hal yang biasa. Keyakinan adalah dengan sungguh-sungguh dan penuh kepastian tentang suatu hal yang ada kaitannya dengan agama.

Zerwekh (1991, dalam Kemp, 1999) menyatakan tanggung jawab seorang perawat adalah memberikan asuhan keperawatan dalam konteks spiritual atas kejadian yang menimpa penderita tersebut. Penderita yang mempunyai pengalaman dan kesadaran tinggi tentu dapat menarik hikmah, bukan semata-mata menarik kesimpulan atas penyakit yang diderita (Syarif, 2010).

Teori Maslow dan Henderson mengenai kebutuhan dasar manusia yang menghubungkan makna hidup,

maka pengalaman yang dialami partisipan menunjukkan hampir sebagian besar menyatakan sakit berarti mereka dipilih untuk mengikuti cobaan hidup. Proses kesadaran akan makna hidup yang terkandung dari peristiwa yang dialami merupakan proses belajar atas peristiwa itu sendiri dan didasari keyakinan akan adanya Tuhan serta harapan untuk sembuh.

Kesimpulan

Berbagai perasaan ditemukan pada partisipan lupus di Rumah Sakit X di Palembang merespon mengetahui dirinya menderita lupus. Respon tersebut dapat berupa penolakan, marah ataupun dalam dirinya melakukan *bargaining* (tawar-menawar), depresi dan menerima keadaan. Respon tersebut sifatnya individual dan waktu yang diperlukan pada tiap tahap berfluktuasi. Upaya yang dilakukan mulai dari pengobatan secara medis sampai tradisional, untuk mencapai kesembuhan partisipan mencari segala sumber informasi dalam rangka menuntaskan masalah dan rasa ingin tahu terhadap penyakit yang ada dan adaptasi terhadap masalah yang ada.

Mekanisme pengelolaan diri (koping) yang dipakai partisipan tergantung dari faktor internal dan eksternal, faktor tersebut menjadikan partisipan adaptif terhadap perubahan yang disebabkan penyakit lupus atau jika masing-masing faktor tidak mendukung akan menjadi maladaptif.

Jenis dukungan yang dialami partisipan berasal dari orang-orang disekitar partisipan, dukungan dapat berupa sikap yang diberikan ataupun informasi. Dukungan yang adekuat akan meningkatkan koping dan harga diri partisipan.

Kebutuhan dasar yang diperlukan partisipan menyangkut masalah fisiologis terkait seksual, makan-minum, dan istirahat. Sementara, pada tingkat kedua partisipan ada yang merasa terisolasi dan terancam atas sikap dari lingkungan. Pada tahapan ketiga kebutuhan dasar Maslow partisipan mendapat perhatian dan cinta dari lingkungannya. Pada tingkat lanjutan yang lebih tinggi beberapa partisipan merasa mampu untuk berperan dilingkungannya dan mengaktualisasikan dalam kegiatan sosial.

Setiap partisipan membutuhkan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan terpadu. Pelayanan keperawatan yang dibutuhkan berupa pemberian informasi, pelayanan dan pendidikan kesehatan yang terkait dengan perawatan lupus. Pemberian layanan kesehatan yang dilakukan diharapkan mencerminkan sikap profesional dari tenaga kesehatan.

Perubahan nilai-nilai spiritual dan tujuan hidup yang menjadi dasar perubahan makna hidup oleh partisipan dirasakan sebagai hal yang sangat esensi, atas peristiwa yang dialami selama ini partisipan menjadi lebih dekat kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mempunyai harapan untuk bangkit dari masalah yang ditimbulkan oleh penyakit lupus (SS, ENT, YA).

Referensi

- Acne Blemish Control. (2010). *Mengurangi gejala lupus dengan diet*. Diperoleh dari <http://www.acneblemishcontroltips.com/health-tips-and-recipes/alleviate-the-symptoms-of-lupus-with-diet.html?lang=id>.
- Data Rekam Medis Rumah Sakit Mohamad Hoesin Palembang. (2009). Rumah Sakit Mohamad Hoesin Palembang, Sumatera Barat.
- Cockburn, J., Moses, N., Nicholas, C., & Wiggers, J. (2003). *Patient Education and Counselin: Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus*. Diperoleh dari www.elsevier.com.
- Carthy, I., Cruz, D.P., McCurdie, P.D., Tench, J.C.M., & White. (2003). *Fatigue in systemic lupus erythematosus: A randomized controlled trial of exercise*. Diperoleh dari www.rheumatology.oupjournals.org.
- Ihromi, T.O. (2006). *Pokok-pokok antropologi budaya* (Edisi 12). Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Kemp, C. (1999). *Klien sakit terminal: Seri asuhan keperawatan* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Porter, D.F. (2000). *The effects of active systemic lupus erythematosus on the daily life experiences of women diagnosed with the disease*. Rh.D. (Dissertation, Southern Illinois University at Carbondale, United States – Illinois). Diperoleh dari ProQuest Nursing & Allied Health Source. (Publication No. AAT 9982102).
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik* (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Rahayu, S. (2008). *Pengalaman klien dengan kanker payudara yang telah menggunakan terapi komplementer di RS kanker Darmas Jakarta*. (Penelitian). Depok UI.
- Rouse, K.A.G. (2004). Beyond maslow's hierarchy of needs: What do people strive for? *Performance Improvement*, 43 (10), 27 – 31. Doi: 742667591.
- X-Plain Lupus. (2009). *The patient education institute, Inc.* www.X-Plain.com. Diperoleh dari <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/lupus/id209104.pdf>
- Revenson, T.A. (1993). Role social support. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 7 (2). Bailliere Tindall.
- Supriyati, I. (2008). *Hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap perawat dalam aplikasi pencegahan ansietas klien pre operatif efektif di Rumah sakit Orthopedi Prof. Dr.R Soeharso Surakarta* (Skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta). Diperoleh dari <http://etd.eprints.ums.ac.id/439/>.
- Soekanto, S. (2006). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Syarif, D. (2010). Lupus makes my life more meaningful. *The Jakarta Post*. Diperoleh dari <http://www.thejakartapost.com/news/2010/05/10/lupus-makes-my-life-more-meaningful.html>.
- Yamaji, K., Yasuda, M., Yang, K., Kanai, Y., Yamaji, C., Kawanishi, T., & Takasaki, Y. (2007). *A case of very-late-onset systemic lupus erythematosus*, *Modern Rheumatology*, 17 (5), 441-444. Doi: 1363683721.

PENGALAMAN PEREMPUAN SETELAH MENJALANI TERAPI KANKER SERVIKS

Erfina^{1,2*}, Yati Afiyanti³, Imami Nur Rachmawati³

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makasar 90245, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: ns_erfina@yahoo.co.id

Abstrak

Kanker serviks merupakan salah satu keganasan pada sistem reproduksi perempuan. Tujuan penelitian ini adalah mengungkap makna dari pengalaman perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks. Penelitian kualitatif ini dilakukan dengan menggunakan metode fenomenologi. Delapan orang partisipan yang dipilih secara *purposive sampling* di poliklinik RSX Jakarta. Penelitian ini mengidentifikasi lima tema yang menggambarkan makna pengalaman perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks yaitu berbagai dampak setelah menjalani terapi, adaptasi untuk mengurangi keluhan fisik setelah terapi, harapan terhadap kehidupan setelah menjalani terapi, dukungan sosial, dan persepsi terhadap pelayanan kesehatan yang diperoleh. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan perawat meningkatkan pelayanan keperawatan bagi perempuan bukan saja pada selama sakit dan menjalani terapi, tetapi juga setelah menjalani terapi kanker serviks.

Kata kunci: kanker serviks, pengalaman setelah terapi

Abstract

Cervical cancer is one of the malignancies in the female reproductive system. The aim of this research is to reveal the meaning of the experiences of women after cervical cancer therapy. This qualitative research was conducted using phenomenological methods. Eight participants were recruited by purposive sampling in the clinic of obstetric and gynecology at X hospital Jakarta. This study identified five themes that describe the meaning of experiences of women after cervical cancer therapy are the adverse effects after therapy, adaptation to reduce physical complaints after therapy, the hope of life after therapy, social support, and perception of health care. This research's findings suggest that nurses are needed to improve nursing services for women not only on illness and therapy, but also after cervical cancer therapy.

Keywords: cervical cancer, experience after therapy

Pendahuluan

Kanker serviks merupakan salah satu gangguan pada sistem reproduksi perempuan dan tumor ganas kedua yang paling tinggi angka kejadiannya di dunia (Castilaw & Wittet, 2007). Di Indonesia diperkirakan ditemukan 40.000 kasus baru kanker serviks setiap tahun ("Bahaya Kanker Serviks", 2009). Kanker serviks lebih banyak terdiagnosa pada stadium lanjut dan membutuhkan beberapa kombinasi terapi modalitas seperti pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi (Castilaw & Wittet, 2007; Otto, 2001).

Efek samping setelah pengobatan ini dapat menyebabkan perubahan pada fisik, psikologis maupun sosial (Vaz, et al., 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Frumovitz, et al. (2005) meng-

ungkapkan pasien kanker serviks yang memperoleh radioterapi mengalami gangguan fungsi seksual. Respon psikologis berupa ketakutan terhadap kekambuhan penyakit atau metastasis penyakit merupakan respon perempuan yang telah menjalani kanker serviks (Hobbs, 2008; McCorkle, et al., 1996).

Perubahan sosial juga dapat terjadi setelah perempuan menjalani terapi kanker serviks. Perempuan yang telah menjalani terapi kanker serviks akan dihadapkan pada isu keterbatasan dalam melakukan aktivitas akibat perubahan fisik (Anderson & Lutgendorf, 1997; Otto, 2001).

Beberapa penelitian tentang dampak kanker serviks telah dilakukan termasuk tentang kualitas hidup.

Namun demikian, penelitian tersebut lebih banyak dilakukan pada perempuan saat terdiagnosa kanker serviks bukan setelah menjalani terapi kanker serviks. Adapun pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana makna dari pengalaman perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan untuk menggali makna pengalaman perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks. Strategi pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam dan catatan lapangan. Wawancara mendalam (*In depth interview*) untuk mengeksplorasi secara mendalam makna pengalaman perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks.

Analisa data pada penelitian ini berdasarkan tahap analisis data menurut Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Data rekaman hasil wawancara diubah dalam bentuk tertulis (transkrip), kemudian diidentifikasi kata kunci, menggabungkan kata kunci yang sama dalam bentuk kategori, menentukan sub-sub tema, kemudian tema-tema potensial, melakukan validasi ke partisipan dan menentukan tema akhir penelitian.

Hasil

Karakteristik Partisipan

Perempuan yang telah selesai menjalani terapi kanker serviks delapan orang terlibat dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 29 sampai 46 tahun. Sebagian besar mempunyai pendidikan rendah yaitu SD dan SMP, dan dua orang partisipan mengaku tamatan SMEA dan Madrasah Aliyah. Seluruh partisipan beragama Islam dan berasal dari suku bangsa Jawa, Sunda, dan Betawi.

Sebagian besar partisipan adalah ibu rumah tangga, satu orang bekerja sebagai tukang ojek dan satu orang sebagai pegawai pabrik. Partisipan sebagian besar mulai terdiagnosa pada Oktober 2009 dan Maret 2010 dan didiagnosa pada stadium IIIB, dua partisipan

pada stadium IIB dan dua partisipan pada stadium IB. Sebagian besar telah selesai menjalani terapi kanker serviks sejak satu bulan yang lalu saat penelitian.

Terapi yang telah dijalani berupa radioterapi, kemoterapi, dan pembedahan. Mengenai status pernikahan, dua partisipan mengaku menikah tiga kali, tiga partisipan menikah dua kali, dua partisipan menikah satu kali, dan satu partisipan berstatus janda.

Berbagai Dampak setelah Menjalani Terapi Kanker Serviks

Sebagian besar partisipan mendapatkan terapi kombinasi dari radioterapi, kemoterapi, dan histerektomi. Terapi ini menimbulkan dampak pada keluhan fisik seperti gangguan pada organ seksual dan gangguan pada organ yang lainnya. Gangguan organ seksual diungkapkan oleh sebagian besar partisipan berupa atropi vagina dan disparenu. Berikut ini kutipan dari hasil wawancara dengan partisipan:

“sebelum sakit mah biasa, ngga mentok juga, tapi sekarang beda....terasa lebih pendek bu...”(P2).

Gangguan organ lainnya diungkapkan berupa gangguan kulit, gangguan pencernaan, kelelahan, dan gangguan eliminasi. Berikut ungkapan dari partisipan:

“...kemarin-kemarin malah kulit sempat lecet, basah karena kena air; sekarang mah dah sembuh Cuma belang-belang aja nih bagian kemaluan saya (P5).

Selain keluhan fisik, partisipan juga mengungkapkan dampak pada psikologis setelah menjalani terapi berupa ketidakpastian tentang kekambuhan dan respon terhadap keluhan fisik setelah menjalani terapi. Berikut ungkapan perasaan partisipan:

“...kadang terbayang ngga tumbuh lagi, kan ada katanya baru beberapa bulan dah tumbuh lagi, sempet stres juga, ya stres kalo datang lagi gimana, ...”(P1).

“...ya namanya penyakit jadi takut gitu kalo berhubungan ma suami...”(P4).

Kanker serviks bukan saja memberikan penderitaan bagi penderitanya tetapi juga orang-orang yang berada di sekitar mereka.

Setelah terapi, beberapa partisipan menunjukkan perubahan pada interaksi dengan tetangga dan perubahan pada seksual intimasi dengan suami. Berikut kutipan wawancara:

"...saya tertutup tentang penyakit saya, jadi dilingkungan saya ngga ada yang tau saya sakit kanker, mereka taunya saya sakit biasa aja..."(P1).

"...takut jebol, takut perdarahan, emang saya ngga niat begitu-begituan (berhubungan dengan suami)..."(P3).

Adaptasi untuk Mengurangi Keluhan Fisik setelah Terapi

Seseorang akan beradaptasi terhadap perubahan yang dialami. Proses adaptasi yang dilakukan oleh partisipan pada penelitian ini berupa adaptasi untuk mengurangi disparene, dan mengurangi kelelahan dan mual. Berikut ini beberapa kutipan hasil wawancara dengan partisipan:

"Ya dikasi air di" barangnya suami", soalnya kan lama ngga intim, kan kering, soalnya perih, kan punya dia juga perih kalo kering..."(P2).

"...saya minum jus buah-buah apel, korma saya jus, kalo dah minum jus tuh perasaan yang tadinya mual jadi mendinga..."(P3).

Harapan terhadap Kehidupan setelah Menjalani Terapi

Terapi yang dijalani oleh partisipan akan memberikan harapan untuk tetap bertahan hidup. Harapan setelah menjalani terapi ini diungkapkan oleh sebagian besar partisipan tentang harapan terhadap penyakit yaitu keinginan untuk sembuh total dan makna hidup setelah menjalani terapi. Berikut kutipan hasil wawancara beberapa partisipan:

"Ya harapan saya jangan sakit lagi, jangan tumbuh lagi, ya mudah-mudahan harapannya nak saya ngga sakit seperti ini"(P6).

"Saya pandang hidup ngga seperti dulu, sebelum terapi kan selalu mikir apa besok saya masih bisa hidup, ngga ada harapan rasanya, tapi sekarang rasanya pengen hidup 1000 tahun lagi, inilah saya, masih bisa hidup..."(P1).

".....ini ujian dari Allah, saya sabar, tegar..."(P3).

Dukungan sosial

Partisipan pada penelitian ini mendapatkan dukungan dari orang-orang sekitar seperti suami, anak, keluarga, tetangga, dan rekan kerja. Dukungan yang diberikan kepada partisipan dalam bentuk dukungan emosional, dukungan finansial, dan dukungan fisik. Berikut ini ungkapan partisipan:

"Ya itu, ngebantu biaya, dukungan, mereka semua memberi perhatian sama saya, mungkin kasian liat saya nggak ada lakinya ya, Alhamdulillah saudara pada bantu"(P7).

"Ya kalo suami ke rumah sakit dianterin, dia nebus obat, anak juga sama"(P4).

Persepsi terhadap Pelayanan Kesehatan yang Diperoleh

Pelayanan kesehatan yang diperoleh partisipan saat terdiagnosa, selama, dan setelah terapi menimbulkan persepsi yang berbeda bagi partisipan. Persepsi diungkapkan partisipan, yaitu tentang sikap petugas kesehatan dan harapan terhadap pelayanan kesehatan. Berikut ini ungkapan partisipan:

"Ya dihibur, diajak becanda jadinya lebih semangat gitu, mereka ramah-ramah ngga pernah ngomel, apalagi perawat di radioterapi"(P6).

"...perlu dijelasin, kan banyak orang yang ngga tau kayak makanan, gimana Hb biar ngga drop, kan banyak tuh yang pendiam jadi malu-malu..."(P6).

Pembahasan

Berbagai Dampak setelah Menjalani Terapi Kanker Serviks

Terapi yang diberikan pada partisipan menimbulkan efek samping dan gejala yang menyebabkan efek toksik pada sistem tubuh. Hal ini diungkapkan oleh partisipan, yaitu gangguan fungsi seksual berupa perasaan nyeri saat mulai berhubungan dengan suami dan mengalami atropi vagina. Berbagai perubahan disebabkan perubahan vaskuler pada kulit yang terkena radiasi saat pemberian *brachytherapy*, yaitu atropi vagina serta ada keluhan vagina menjadi kering dan nyeri saat berhubungan seksual (Otto, 2001).

Greimel, et al. (2009) mengungkapkan hal sesuai tentang kualitas hidup dan fungsi seksual setelah terapi kanker serviks, bahwa keluhan vagina menyempit secara signifikan lebih tinggi ditemukan pada perempuan dengan radioterapi. Kemoterapi dan histerektomi juga menimbulkan dampak pada fungsi ovarium. Hilangnya fungsi hormon pada ovarium menimbulkan gejala menopause dini, seperti rasa terbakar dan kekeringan pada vagina (Frumovitz, et al., 2005; Anderson & Lutgendorf, 1997).

Efek samping kemoterapi bervariasi tergantung pada jenis agen kemoterapi yang digunakan. Efek samping umumnya berupa mual muntah, *fatigue*, nyeri abdomen dan rambut rontok (Ester, 2000). Dampak *fatigue* ini akan menetap selama beberapa minggu atau bulan setelah radioterapi, tetapi akan menghilang secara perlahan-lahan. Hal ini disebabkan oleh adanya peningkatan metabolisme selama menjalani terapi, adanya produk toksik dari kerusakan atau kematian jaringan, kebutuhan energi untuk memperbaiki jaringan yang rusak serta dapat disebabkan oleh perjalanan menuju pelayanan kesehatan untuk menjalani radioterapi (McCorkle, et al., 1996).

Reaksi kulit diungkapkan oleh partisipan dengan radioterapi dan keluhan ini ada yang berlanjut dirasakan setelah selesai menjalani terapi. Radiasi menimbulkan dampak yang cepat pada proses proliferasi sel dan dampak ini juga ditemukan pada folikel rambut, kelenjar keringat, dan lapisan basal epidermis (Johanson, et al., 2002; Collen & mayer, 2006). Kanker serviks dan pengobatannya menimbulkan konsekuensi emosional yang terkait penyakit kronik. Hal ini dapat menimbulkan dampak psikologis bagi perempuan yang telah menjalani terapi kanker serviks.

McCorke, et al. (1996) mengungkapkan adanya gejala fisik akibat terapi akan mempengaruhi perubahan psikologis. Semakin berat gejala akan menyebabkan kualitas hidup berkurang dan meningkatkan gejala depresi. Pada penelitian ini diperoleh respon partisipan berupa stres dan ketakutan akan kekambuhan. Hasil penelitian ini sejalan dengan studi oleh Giwa, et al. (2006) mengungkapkan

perempuan yang terdiagnosa kanker serviks mengungkapkan ketakutannya terhadap terapi, efek sampingnya, terjadinya metastasis dan kematian.

Perubahan sosial perempuan yang telah menjalani terapi dan kembali ke lingkungan masyarakat juga dihadapkan pada masalah interpersonal baik dengan suami, keluarga maupun masyarakat. Adanya efek samping setelah menjalani terapi menyebabkan gangguan *body image* dan merasa harga diri rendah karena malu berhubungan dengan orang lain disekitarnya (Otto, 2001). Hal ini berbeda yang diungkapkan beberapa partisipan bahwa setelah menjalani terapi, mereka masih berinteraksi baik dengan tetangga.

Perubahan fungsi seksual yang dirasakan partisipan setelah menjalani terapi kanker serviks juga memberikan pengaruh terhadap hubungan dengan suami, diantaranya ada yang mulai berhubungan seksual lagi. Partisipan yang lain mengaku frekuensi lebih berkurang karena mengalami ketakutan dan tegang saat melakukan hubungan seksual dan tidak memikirkan masalah seksual. Hasil penelitian ini serupa dengan dengan yang diungkapkan oleh Anderson (2007), klien kanker melaporkan gejala disfungsi seksual yang signifikan meliputi hambatan dalam melakukan hubungan seksual dan kehilangan hasrat untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangan.

Adaptasi terhadap Perubahan setelah Terapi

Adaptasi merupakan proses seseorang untuk berusaha menciptakan keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal. Salah satu penyebab stres yang berasal dari luar adalah penyakit. Partisipan pada penelitian ini mengungkapkan upaya untuk mengurangi keluhan fisik, seperti mengurangi nyeri saat hubungan seksual, kelelahan, serta mual dan muntah. Beberapa partisipan mengungkapkan upaya untuk mengurangi keluhan pada organ seksual diantaranya mengubah pola seksual dengan menggunakan pelumas saat melakukan hubungan seksual dan ada yang mengatakan mencoba untuk rileks sebelum melakukan hubungan seksual untuk mengurangi nyeri saat berhubungan dengan suami.

Jensen, et al. (2004) dalam Frumovitz, et al. (2005) mengungkapkan bahwa untuk mencegah disfungsi seksual semakin buruk selama lima tahun kedepan maka dianjurkan untuk menggunakan vagina dilator atau meningkatkan frekuensi hubungan seksual dengan pasangan setelah selesai radioterapi pada penderita kanker serviks untuk mempertahankan panjang, lebar, dan elastisitas saluran vagina.

Harapan terhadap Kehidupan setelah Menjalani Terapi

Pengalaman menjalani penyakit dan terapi selama beberapa lama akan mempengaruhi harapan penderita kanker serviks tersebut. Seluruh partisipan pada penelitian ini mengungkapkan harapan yang sama terhadap penyakitnya yaitu keinginan untuk sembuh total. Harapan dapat membantu individu untuk menghadapi penyakitnya dan menjalani kehidupannya dengan penyakit yang dideritanya melalui kehidupannya dengan penuh keteguhan (Snyder, 1994).

Hasil penelitian menunjukkan ada sikap optimisme menjalani kehidupan setelah menjalani kanker serviks dan menganggap kanker serviks sebagai anugrah sehingga dapat introspeksi diri. Beberapa partisipan yang menilai penyakit kanker serviks sebagai ujian lebih pasrah terhadap pada kehidupan yang akan dijalani dan hanya memikirkan keluarga.

Dukungan keluarga sangat mempengaruhi makna terhadap kehidupan setelah menjalani terapi. Studi yang dilakukan Mattioli, et al. (2008), penelitian tentang makna harapan dan dukungan sosial pada penderita kanker dengan kemoterapi mengungkapkan bahwa harapan mempengaruhi status kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan. Dukungan dari keluarga, teman, dan petugas kesehatan sangat bernilai untuk membantu partisipan menerima penyakit dan pengobatannya.

Dukungan Sosial

Dukungan sosial sangat mempengaruhi perubahan psikososial pada perempuan dengan kanker serviks. Keberadaan orang yang berarti dalam menghadapi

diagnosis dan terapi secara signifikan dapat berpengaruh terhadap pandangan perempuan terhadap dirinya dan potensial bertahan dalam menghadapi penyakitnya. Seseorang yang mempunyai hubungan dekat dengan keluarga dan teman akan mampu menggunakan coping yang efektif (Lukbin & Larsen, 2006).

Partisipan penelitian ini memperoleh dukungan emosional dari keluarga, terutama suami dan anak-anak. Dukungan lain berasal dari tetangga dan teman dekat. Dukungan sosial dapat berupa dukungan emosional, paling besar berasal dari keluarga. Dukungan emosional dapat berupa perhatian, kasih sayang, dan doa. Adanya simpati dan perhatian dari tetangga dapat mempengaruhi pandangan perempuan terhadap kehidupannya setelah menjalani terapi (Kuntjoro, 2002).

Hasil penelitian ini sejalan yang diungkapkan oleh Giwa, et al. (2004) yang melakukan penelitian kualitatif tentang dampak kanker serviks dan *dysplasia* pada multietnis. Hasil penelitian ini juga mengungkapkan perempuan dengan kanker serviks dari multietnis mengungkapkan dukungan sosial yang diperoleh dari keluarga. Ibu, pasangan dan anak merupakan sumber dukungan sosial yang terbesar. Dukungan yang mereka peroleh dalam bentuk dukungan fisik, emosional, finansial, dan informasi.

Persepsi terhadap Pelayanan Kesehatan

Keberhasilan pengobatan pada penyakit kanker sangat terbatas. Hal ini menyebabkan perhatian pelayanan pada kanker bukan saja pada pengobatannya, tetapi bagaimana mengurangi efek yang berhubungan dengan pengobatan dan perawatan dalam waktu yang lama. Petugas kesehatan baik perawat maupun dokter yang memberikan pelayanan kesehatan juga mempengaruhi keberhasilan terapi dan perawatan setelah menjalani terapi.

Giwa, et al. (2004) mengungkapkan sebagian besar perempuan dengan kanker serviks mengungkapkan kesulitan untuk mencari pelayanan kesehatan, pelayanan psikososial serta terbatasnya informasi tentang kanker serviks dari petugas kesehatan.

Sejalan dengan penelitian Flanagan dan Holmes (2000) yang menemukan petugas kesehatan secara signifikan berkontribusi untuk dukungan informasi bagi penderita yang terdiagnosa kanker. Felder (2004) menungkapkan dukungan dari perawat dibutuhkan untuk menumbuhkan harapan pada penderita kanker seperti mendengarkan keluhan, bercanda dengan pasien, membangun support sistem, dan membantu pasien untuk membangun tujuan hidup yang realistis.

Kesimpulan

Terapi kanker yang telah dijalani akan menimbulkan efek samping berupa keluhan pada fisik, psikologis dan sosial. Perubahan fisik, psikologis dan sosial yang dialami oleh perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks mendorong partisipan melakukan adaptasi untuk mengatasi berbagai keluhan tersebut. Adaptasi yang dilakukan oleh partisipan pada penelitian ini adalah adaptasi terhadap perubahan fungsi seksual yaitu untuk mengurangi disparaneu.

Semua partisipan pada penelitian ini mempunyai harapan yang sama terhadap penyakit yaitu keinginan mereka untuk sembuh total. Dukungan sosial juga sangat mempengaruhi perubahan fisik dan respon psikososial pada perempuan yang telah menjalani terapi kanker serviks. Pelayanan yang diperoleh oleh partisipan selama dan setelah menjalani terapi kanker serviks memberikan persepsi yang berbeda tentang sikap petugas kesehatan dan harapan terhadap petugas kesehatan.

Partisipan dalam penelitian berharap mendapat dukungan emosional dari petugas kesehatan dan kebutuhan informasi tentang penyakit dan terapi. Perawat diharapkan memberikan dukungan dari baik itu dukungan emosional dan informasi untuk meningkatkan semangat dan harapan perempuan setelah menjalani terapi kanker serviks (AT, YR, YA).

Referensi

- Anderson, B., & Lutgendorf, S. (1997). Quality of life in gynecologic cancer survivors. *Cancer journal for clinicians*, 47, 218-225.
- Bahaya kanker serviks bagi wanita. (2009). *Kesrepro*. Diperoleh dari <http://www.kesrepro.info/?q=node/380>.
- Castilaw, D., & Wittet, S. (2007). Preventing cervical cancer: Unprecedented opportunities for improving women's health. *Outlook Program for Appropriate Technology in Health (PATH)*, 23 (1), 1-12.
- Clemens, Knafl, Lev, & McCorkle. (2008). Cervical cancer: Patterns of long-term survival. *Oncology Nursing Forum*, 35 (6).
- Ester. (2000). *Rencana asuhan keperawatan onkologi*. Jakarta: EGC.
- Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 27 (4), 320-324.
- Feldman, S. (2003). How often should we screen for cervical cancer? *New England Journal of Medicine*, 349 (16), 1495-1496.
- Flanagan, J., & Holmes, S. (2000). Social perceptions of cancer and their impacts: Implications for nursing practice arising from the literatur. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 740-749.
- Frumovitz, et al.(2005). Quality of life and sexual functioning in cervicalcancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (30), 7428.
- Giwa, et al. (2004). The Impact of cervical cancer and dysplasia: A qualitative, multiethnic study. *Psychooncolog*, 13 (10).
- Greimel, et al. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-Oncology*, 18, 476-482.
- Jensen, P.T., et al. (2004). Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journal Gynecology Cancer*, 100, 97-106.
- Johansson, S., Svensson, H., & Denenkamp, J. (2002). Dose response and latency for radiation induced fibrosis, edema and neuropathy in breast cancer patients. *International Journal Radiattherapy Oncology Bio Phys*, 52, 1207-1219.

Kuntjoro, S.Z. (2002). *Dukungan sosial pada lansia*. Diperoleh dari <http://www.e-psikologi.com/epsi/artikel>.

Otto, S.E. (2001). *Oncology nursing reference* (4th Ed.). St. Louis: Mosby.

Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free press.

Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (2nd Ed.). Philadelphia: Lippincott.

Berusahalah untuk tidak menjadi manusia yang berhasil,
tapi berusaha menjadi manusia yang berguna.

- Einstein -

Contoh yang baik adalah nasihat terbaik.

- Fuller -

Kita semua hidup dalam ketegangan, dari waktu ke waktu, serta dari hari ke hari;
dengan kata lain, kita adalah pahlawan dari cerita kita sendiri.

- Mary Mccarthy -

Tiga sifat manusia yang merusak adalah, kikir yang dituruti, hawa nafsu yang diikuti,
serta sifat mengagumi diri sendiri yang berlebihan.

- Nabi Muhammad Saw -

Seseorang yang melihat kebaikan dalam berbagai hal berarti memiliki pikiran yang baik.
Dan seseorang yang memiliki pikiran yang baik mendapatkan kenikmatan dari hidup.

- Bediuzzaman Said Nursi -

Pengetahuan tidaklah cukup; kita harus mengamalkannya.

Niat tidaklah cukup; kita harus melakukannya.

- Johann Wolfgang von Goethe -

PENINGKATAN BERAT BADAN DAN SUHU TUBUH BAYI PREMATUR MELALUI TERAPI MUSIK *LULLABY*

Suni Hariati^{1,2*}, Yeni Rustina³, Hanny Handiyani³

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar 90245, Indonesia

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

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

*Email: so3n13@yahoo.com

Abstrak

Bayi prematur sering mengalami masalah akibat hipotermi dan berat badan rendah. Disinilah perawat anak berperan dalam memberikan stimulasi untuk mencegah terjadinya komplikasi, kecacatan, dan kematian bayi. Penelitian ini bertujuan mengetahui peningkatan berat badan dan suhu tubuh melalui terapi musik sebagai salah satu stimulasi dalam keperawatan anak. Desain penelitian menggunakan *quasi-experimental* pada 30 bayi prematur stabil. Musik diputar selama 30 menit/hari dalam 3 hari. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan peningkatan berat badan yang signifikan pada hari ke-2, ke-4, dan total ($p=0,031$; $0,030$; dan $0,002$, $\alpha=0,05$). Terdapat perbedaan peningkatan suhu tubuh yang signifikan pada hari I, II, dan III ($p=0,006$; $0,002$; dan $0,002$, $\alpha=0,05$). APGAR menit 1 juga mempengaruhi peningkatan berat badan. Penelitian ini merekomendasikan penggunaan terapi musik dalam penanganan bayi prematur di ruang perinatologi.

Kata kunci: berat badan, hipotermi, *lullaby*, prematur, suhu, terapi musik

Abstract

Premature Baby often experience of low body weight and hypothermic problem. This research purposed to know weight body and temperature by music therapy. Research Design use quasi-experimental on 30 stabilize premature babies. Music turned around during 30 minute / day in 3 day. Result of research show there is difference of body weight increase which is significant on second, fourth, and total day ($p=0,031$; $0,030$; and $0,002$, $\alpha=0,05$). There are difference of body temperature increase which is significant on I, II, and III ($p=0,006$; $0,002$; and $0,002$, $\alpha=0,05$). There are also first minute APGAR influence at body weight increase. This research recommend to use music therapy in premature baby in perinatology room.

Keywords: *body weight, hypothermia, lullaby, music, premature, temperature*

Pendahuluan

Angka kematian bayi (AKB) di Indonesia masih tergolong tinggi. AKB di Indonesia ini masih tergolong tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand (Departemen Kesehatan RI 2008). AKB Indonesia pada periode 2003 - 2007 relatif stagnan di kisaran 34 per 1000 kelahiran. Sedangkan, AKB Sulawesi Selatan lebih tinggi dibandingkan angka tingkat nasional yaitu AKB 2005 sebesar 36 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada 2007 menunjukkan angka 41 per 1.000 kelahiran hidup.

Riset kesehatan dasar (2007) menunjukkan bahwa penyebab kematian bayi yang paling banyak adalah prematur yaitu sekitar 32,4%. Bayi prematur berisiko

mengalami masalah kesehatan pada awal kehidupannya. Masalah yang sering terjadi pada bayi prematur berhubungan dengan immaturitas organnya yaitu ketidakstabilan suhu (hipotermi), ketidakstabilan berat badan (kesulitan penambahan berat badan), sindroma aspirasi, hipoglikemi, hiperbilirubin, dan lain-lain (Bobak, Lowdermik & Jensen, 2005).

Peran perawatan anak pada bayi prematur adalah memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan upaya mempertahankan dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan normal (Bobak, Lowdermik & Jensen, 2005; Hockenberry & Wilson, 2007; Potter & Perry, 2005).

Intervensi perawatan standar bayi prematur yang sering digunakan adalah menyimpan bayi ke dalam inkubator,

memberikan susu sesuai kebutuhan bayi, memegang bayi seminimal mungkin dan membiarkan tumbuh kembang bayi berkembang dengan sendirinya (Berk, 2001; Bobak, Lowdermik, & Jensen, 2005; Wilkinson, 2000).

Intervensi keperawatan bayi prematur untuk mencegah komplikasi dan merangsang pertumbuhan serta perkembangan bayi adalah dengan memberikan terapi komplementer. Terapi komplementer yang sering digunakan pada bayi prematur adalah terapi pijat dan terapi musik. Manfaat terapi komplementer pada bayi prematur ini telah dibuktikan dalam beberapa penelitian yang telah dilaksanakan (Bobak, Lowdermik & Jensen, 2005; Delaune & Ladner, 2002; Snyder & Lindquist, 2002).

Salah satu penelitian terapi musik dilakukan oleh penelitian Caine (1990) yang dilakukan pada 52 bayi prematur dan BBLR di *neonatal intensive care unit* (NICU). Musik diberikan selama 60 menit. Penelitian ini menemukan bahwa musik bermanfaat untuk mengurangi kehilangan berat badan, meningkatkan berat badan harian, meningkatkan pemasukan formula dan kalori, menurunkan lama hari rawat, menurunkan perilaku stres pada bayi. Penelitian lain dilakukan oleh Vogtmann (2002) yang mengkaji tentang efek terapi musik pada bayi prematur. Penelitian ini menggunakan musik dari Vogtmann yaitu *the breath of a new life*. Hasil penelitian ini mengidentifikasi beberapa efek positif musik yaitu meningkatkan saturasi oksigen dalam darah, mengurangi penurunan saturasi (jumlah, kedalaman, dan durasi per menit), menurunkan *basal heart frequency* per menit, meningkatkan suhu pusat dan perifer.

Studi yang menunjukkan manfaat jangka pendek musik yaitu mempercepat kenaikan berat badan, meningkatkan pola tidur, dan kewaspadaan yang lebih besar pada minggu-minggu setelah dilahirkan. Oleh karena itu, penulis ingin mengetahui "apakah musik *Lullaby* dapat meningkatkan berat badan dan suhu tubuh bayi prematur di beberapa rumah sakit di Makassar dan bagaimanakah pengaruh variabel perancu?" Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah musik yang digunakan adalah

musik *Lullaby* dan penelitian ini melihat efek variabel perancu (jenis makanan, usia, jenis kelamin, dan APGAR menit 1, APGAR menit 5).

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan *quasi-experimental design* dengan *pre-post test control group design*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu *systematic random sampling*. Sampel pada penelitian ini diambil secara bergantian antara intervensi dan kontrol pada setiap rumah sakit yang digunakan. Penelitian dilakukan selama 8 minggu yaitu 19 April hingga 12 Juni 2010. Jumlah sampel pada penelitian 30 bayi prematur dengan 16 intervensi dan 14 kontrol.

Populasi dalam penelitian adalah seluruh bayi prematur yang dirawat inap RS A, RS B, dan RS C di Makassar. Sampel pada penelitian adalah bayi prematur stabil yang dirawat di ketiga rumah sakit tersebut dan memenuhi kriteria inklusi yaitu usia gestasi mulai dari 28 minggu hingga kurang dari 37 minggu; berat badan lahir atau sebelum intervensi mulai dari 1500 gram hingga 2500 gram; dan orang tua responden memberikan persetujuan. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah bayi mengalami komplikasi prematur (RDS, anemia, perdarahan intrakranial, NEC, PDA, infeksi aktif, dan apnea prematuritas); bayi sedang menjalani perawatan fototerapi ataupun transfusi tukar; dan bayi mengalami anomali kongenital.

Terapi musik diberikan selama 3 hari untuk setiap bayi dalam kelompok intervensi. Terapi musik diberikan selama 30 menit pada setiap harinya. Volume suara musik berkisar 65-75 dB berdasarkan rekomendasi *American Academy of Pediatric* < 75 dB. Berat badan bayi ditimbang setiap hari, sedangkan suhu tubuh bayi ditimbang sebelum dan setelah terapi musik dilakukan. Data pada penelitian ini dikumpulkan menggunakan lembar observasi.

Data pada penelitian ini dianalisis menggunakan satu program komputer. Data dianalisis dengan menggunakan analisis univariat, bivariat,

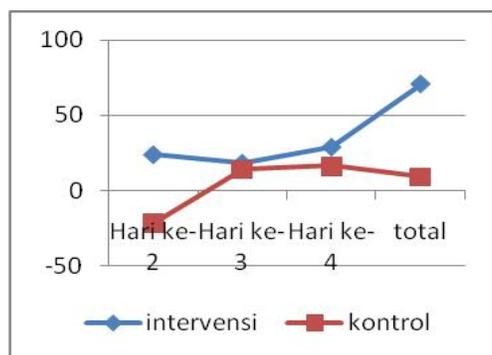
dan ANCOVA. Analisis univariat dilakukan pada variabel karakteristik responden (usia, jenis kelamin, jenis makanan, dan APGAR menit 1 dan 5), berat badan harian, suhu tubuh harian, peningkatan berat badan, dan suhu tubuh harian responden. Analisis bivariat yang digunakan adalah analisis *paired t-test*, *pooled t-test*, dan *Mann-Whitney test*.

Peneliti tetap memperhatikan dan mempertahankan serta menjunjung tinggi etika penelitian selama melakukan penelitian. Sebelum melakukan penelitian pada bayi maka peneliti meminta *informed consent* pada ibu. Sebelum intervensi dilakukan, peneliti memberikan penjelasan kepada orang tua responden tentang tujuan, prosedur penelitian, intervensi yang akan dilakukan, serta manfaat dan kerugian dari intervensi yang diberikan pada bayi.

Pada kelompok intervensi, peneliti memberikan penjelasan bahwa bayi akan diberikan terapi musik 30 menit selama tiga hari. Sedangkan pada kelompok kontrol peneliti menjelaskan bahwa bayi dikontrol berat badan dan suhu tubuhnya selama tiga hari kemudian pada hari berikutnya bayi diberikan terapi musik selama tiga hari pula.

Hasil

Grafik 1. Peningkatan Berat Badan Harian Bayi Prematur pada Intervensi Terapi Musik



Penelitian dilakukan di tiga rumah sakit yang berbeda. Oleh karena itu, perlu melihat gambaran dari ketiga rumah sakit yang ada. Karakteristik ketiga rumah sakit tersebut adalah perawatan metode kangguru (PMK) kadang-kadang dilakukan di ketiga rumah

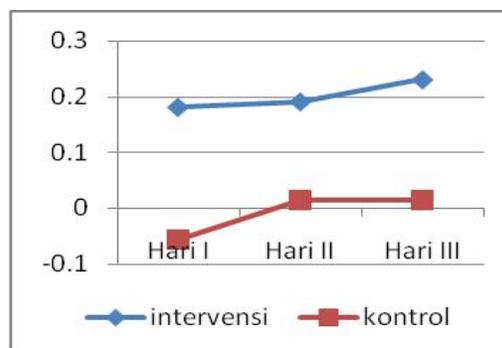
sakit, memiliki pencahayaan yang terang, dan perawat tidak memberikan posisi fleksi (*nesting*). Tingkat kebisingan ruangan di rumah sakit tergolong bising dengan rata-rata kebisingan dalam inkubator 48,4-70,63 dB dan ruangan 51,5-87,4 dB.

Penelitian ini membuktikan dan menjawab pertanyaan penelitian yang diajukan bahwa apakah peningkatan berat badan dan suhu tubuh dapat meningkat melalui terapi musik. Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa terjadi peningkatan berat badan dan suhu tubuh pada setiap harinya baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Namun, peningkatan pada kelompok intervensi lebih besar bila dibandingkan dengan kelompok kontrol (lihat grafik 1 dan 2).

Hasil analisis data menggunakan rumus *pooled t-test* dan *Mann-Whitney test* menggambarkan mengenai peningkatan berat badan pada kelompok intervensi dan kontrol (lihat tabel 3). Berdasarkan hasil analisis tersebut terlihat bayi yang mendapatkan terapi musik memiliki peningkatan berat badan yang signifikan dibanding kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan suhu tubuh pada kelompok intervensi dan kontrol (lihat tabel 4). Berdasarkan hasil analisis terlihat bahwa bayi yang mendapatkan terapi musik memiliki peningkatan suhu tubuh yang signifikan bila dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$). Hasil menunjukkan terdapat pengaruh APGAR menit pertama memiliki pengaruh terhadap peningkatan berat badan ($p < 0,05$) (lihat tabel 5).

Grafik 2. Peningkatan Suhu Tubuh Harian Sebelum dan Setelah Terapi Bayi Prematur



Pembahasan

Peningkatan Berat Badan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi yang diberikan terapi musik selama 30 menit/hari dalam tiga hari dengan volume 65-75 dB memiliki peningkatan berat badan yang signifikan dibandingkan bayi yang tidak diberikan terapi musik.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang telah dilakukan Standley (1998) pada 40 bayi prematur menemukan adanya peningkatan berat badan harian pada bayi prematur baik pada bayi laki-laki maupun perempuan. Penelitian lain yang mendukung Caine (1990) pada 52 bayi prematur menemukan adanya perbedaan bermakna pada rata-rata penambahan berat badan setelah kehilangan berat badan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p < 0,01$), perbedaan yang signifikan rata-rata konsumsi formula dan pemasukan kalori antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p < 0,05$), terdapat perbedaan yang signifikan pada rata-rata penambahan berat badan harian antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p < 0,01$).

Penelitian lain yang berbentuk meta-analisis dilakukan oleh Standley (2002) yang mengkaji sepuluh penelitian mengenai musik. Rekomendasi Standley musik yang diberikan pada volume 55-80 dB akan meningkatkan berat badan, saturasi oksigen, *heart rate*, *respiratory rate*, *feeding rate*, status tingkah laku, *non-nutritive sucking*, dan lama hari rawat.

Scanlon dan Sanders (2007) dan Sherwood (2004) mengemukakan bahwa peningkatan berat badan dapat terjadi melalui mekanisme keseimbangan energi yang positif. Keseimbangan energi yang positif terjadi akibat jumlah energi dari pemasukan makanan lebih besar dibandingkan dengan jumlah pemakaian. Ekstra energi ini akan disimpan dan tidak digunakan oleh tubuh sehingga akan tersimpan dalam jaringan adiposa dan meningkatkan berat badan.

Mekanisme kehilangan energi pada bayi prematur dijelaskan oleh Hockenberry dan Wilson (2007) yang mengemukakan bahwa Bayi yang sangat prematur menghabiskan 70% atau lebih waktunya untuk tidur aktif. Tidur aktif membutuhkan banyak pemakaian energi dibandingkan dengan tidur yang tenang. Banyaknya pemakaian energi tersebut terjadi karena frekuensi jantung, tekanan darah, aliran darah ke otak dan frekwensi nafas biasanya lebih tinggi pada saat bayi berada pada periode bangun.

Terapi musik akan mengurangi kehilangan energi pada bayi prematur melalui peningkatan tidur tenang. Peningkatan tidur tenang dibuktikan dengan penelitian Arnon, et al. (2006) pada 31 bayi prematur. Penurunan kehilangan energi juga dibuktikan oleh penelitian Cassidy dan Standley (1995) yang menemukan efek terapi musik terhadap respon fisiologis bayi prematur di ruang NICU. Peningkatan tidur tenang akan meningkatkan penurunan pemakaian energi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lubetzky,

Tabel 3. Perbedaan Peningkatan Berat Badan

Variabel	Kelompok	Mean	Standar Deviasi	P
Peningkatan berat badan hari ke-2	Intervensi	23,75	29,18	0,031*
	Kontrol	-21,43	77,35	
Peningkatan berat badan hari ke-3	Intervensi	18,13	19,74	0,666
	Kontrol	14,29	28,20	
Peningkatan berat badan hari ke-4	Intervensi	28,75	17,08	0,030*
	Kontrol	16,43	11,51	
Peningkatan berat badan total	Intervensi	70,63	37,68	0,002*
	Kontrol	9,29	67,31	

*bermakna pada $\alpha = 0,05$

et al.(2009) yang menemukan pemberian terapi musik akan menurunkan *Resting Energy Expenditure* (REE). Penurunan REE akan meningkatkan efisiensi dari metabolisme sehingga akan meningkatkan berat badan bayi prematur.

Proses pembentukan energi pada bayi prematur terjadi melalui peningkatan kemampuan reseptor mulut. Hal ini didukung oleh Guyton dan Hall (1997) yang mengemukakan bahwa asupan makanan untuk meningkatkan berat badan dipengaruhi oleh reseptor mulut. Namun, Price dan Kalhan (1993) dalam Gorrie, Mckinney dan Murray (2005) yang mengemukakan bahwa bayi prematur fungsi organ pencernaan masih belum berkembang secara lengkap. Kemampuan menghisap dan menelan belum sempurna. Beberapa penelitian membuktikan bahwa terapi musik dapat meningkatkan kemampuan mengisap dan menelan bayi prematur. Penelitian yang dilakukan oleh Standley (2008) pada 12 bayi prematur menemukan jumlah mengisap selama periode musik kontingen meningkat 2,43 kali.

Hasil penelitian yang berbeda ditemukan oleh Whiple (2008) yang menggunakan 20 pasang bayi dan orang tua. Hasil penelitian Whiple bertentangan dengan hasil penelitian yang diperoleh yaitu tidak terdapat perbedaan penambahan berat badan harian dan total penambahan berat badan hingga *discharge* yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol.

Kesimpulan yang dapat ditarik dari hasil penelitian ini dan didukung oleh penelitian sebelumnya dan teori-teori yang ada bahwa terapi musik berperan dalam

meningkatkan berat badan melalui mekanisme keseimbangan energi yang positif yaitu pemasukan energi lebih besar daripada pengeluaran energi.

Pemasukan energi yang besar melalui pengaruh terapi musik terjadi karena terapi musik dapat meningkatkan refleksi isap bayi sehingga pemasukan kalori akan meningkat. Pengeluaran energi yang kecil terjadi karena terapi musik dapat meningkatkan tidur tenang bayi sehingga terjadi penurunan pemakaian energi. Selain itu, terapi musik dapat menstabilkan respon fisiologis bayi prematur sehingga akan menghemat energi bayi prematur. Berdasarkan proses pemasukan dan pengeluaran energi tersebut maka berat badan bayi prematur dapat meningkat akibat pengaruh terapi musik.

Peningkatan Suhu Tubuh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bayi yang diberikan terapi musik selama 30 menit/ hari dalam waktu tiga hari dengan volume 65 - 75 dB memiliki peningkatan suhu tubuh yang lebih signifikan dibandingkan dengan bayi yang tidak diberikan terapi musik. Hasil penelitian ini didukung oleh Vogtmann (2002) yang menemukan beberapa efek positif musik yaitu meningkatkan saturasi oksigen dalam darah, menurunkan saturasi (jumlah, kedalaman, dan durasi per menit), menurunkan *basal heart frequency* per menit, dan meningkatkan suhu pusat dan perifer.

Guyton dan Hall (1997) mengemukakan bahwa mekanisme pengaturan temperatur tubuh ditentukan laju pembentukan panas dan laju kehilangan panas.

Tabel 4. Perbedaan Peningkatan Suhu Tubuh

Variabel	Kelompok	Mean	Standar Deviasi	p
Peningkatan suhu tubuh hari 1	Intervensi	0,181	0,27	0,006*
	Kontrol	-0,057	0,11	
Peningkatan suhu tubuh hari 2	Intervensi	0,194	0,14	0,002*
	Kontrol	0,014	0,13	
Peningkatan suhu tubuh hari 3	Intervensi	0,231	0,19	0,002*
	Kontrol	0,014	0,13	

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Bila laju pembentukan panas dalam tubuh lebih besar dari laju kehilangan panas maka temperatur tubuh meningkat.

Penurunan laju kehilangan panas pada bayi prematur terjadi melalui penurunan hormon stres dan peningkatan tidur tenang pada bayi prematur. Hal ini dibuktikan oleh beberapa penelitian dan teori. Hal ini didukung oleh Halim (2002) yang mengemukakan bahwa Musik menimbulkan perubahan pada status gelombang otak dan hormon stres klien. Chiu dan Kumar (2003) dalam Darliana (2008) berpendapat bahwa penurunan stres akan menimbulkan respon relaksasi. Karakteristik respon relaksasi yang ditimbulkan meliputi penurunan frekwensi nadi, relaksasi otot, dan tidur. Penurunan frekuensi nadi, relaksasi otot, dan tidur akibat terapi musik dapat kita lihat dari hasil penelitian Arnon, et al. (2006) pada 31 bayi prematur.

Respon fisiologis bayi yang efektif dapat menurunkan proses kehilangan panas. Terapi musik memiliki efek positif terhadap respon fisiologis bayi juga dibuktikan melalui penelitian lain yaitu Cassidy dan Standley (1998) dalam penelitiannya juga menemukan efek terapi musik terhadap respon fisiologis bayi prematur di ruang NICU.

Tabel 5. Efektifitas Terapi Musik terhadap Peningkatan Berat Badan dan Suhu Tubuh

Variabel	p BB	p Suhu
Intervensi	0,004*	0,001*
Usia	0,154	0,825
Jenis Kelamin	0,630	0,229
Jenis makanan	0,771	0,777
APGAR menit 1	0,040*	0,784
APGAR menit 5	0,440	0,491

Respon relaksasi ini akan membantu regulasi suhu bayi prematur yaitu mengurangi kehilangan panas. Hal ini sejalan dengan pendapat Blake dan Murray (2002) dalam Merenstein dan Gardner (2002) yang mengemukakan bahwa seseorang akan kehilangan kontrol termoregulasi pada saat tidur REM (*rapid eye movement*) yang biasa kita sebut sebagai tidur aktif. Berdasarkan penelitian Arnon, et al. (2006)

serta Cassidy dan Standley (1998), yang menemukan bahwa terapi musik akan meningkatkan tidur tenang dan mengurangi tidur aktif bayi. Oleh karena itu, dapat disimpulkan terapi musik dapat mengurangi kehilangan panas yang dialami bayi prematur.

Kesimpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat efektifitas terapi musik terhadap peningkatan berat badan dan peningkatan suhu bayi prematur di beberapa rumah sakit di Makassar, Sulawesi Selatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan bagi manajer pelayanan keperawatan untuk menjadikan terapi musik sebagai salah satu intervensi keperawatan. Penelitian selanjutnya sebaiknya mengontrol variabel APGAR menit pertama untuk mendapatkan hasil yang akurat. Penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan *path analysis* (WK, NN, YA).

Referensi

- Arnon, S. Et.al, (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*, Vol 33 (2), 131 – 136. Diperoleh dari <http://www.ahealingharp.com/documents/NeonatalStudy.pdf>.
- Berk, A.E. (2001). *Child development* (4th Ed.). America: Allyn and Bacon.
- Bobak, I.M., Lowdermik, D.L., & Jensen, M.D. (2005). *Keperawatan maternitas* (Edisi 4). Jakarta: Penerbit EGC.
- Caine, J. (1990). *The effects of music on the selected stress behaviors, weight, caloric and formula intake, and length of hospital stay of premature and low birth weight neonates in a newborn intensive care unit*. Diperoleh dari <http://www.esnips.com/doc/9178bb84-2e91-4e5a-a7d0-cf8522bb8f48/effect-of-music>.
- Cassidy, J. W., & Standley, J. M. (1995). The effect of music listening on physiological responses of premature infants in the NICU. *Journal of Music Therapy*, 32 (4), 208-227.

- Darlina, D. (2008). *Pengaruh terapi musik terhadap respon stres psikopatologis pada pasien yang menjalani coronary angiography di pusat pelayanan jantung Rumah Sakit Ciptomangunkusumo Jakarta* (Tesis master, tidak dipublikasikan). FIK UI, Depok.
- Delaune, S.C., & Ladner, P.K. (2002). *Fundamental of nursing: Standards & practice* (2nd Ed.). Australia: Delmar Thomson Learning.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Profil kesehatan Indonesia 2007*. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia.pdf>.
- Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan. (2009). *Profil kesehatan Sulawesi Selatan 2008*. Diperoleh dari [http://dinkes-sulsel.go.id/new/images/pdf/profil/profil%20kesehatan%20sulsel%202008%20\(narasi\).pdf](http://dinkes-sulsel.go.id/new/images/pdf/profil/profil%20kesehatan%20sulsel%202008%20(narasi).pdf).
- Gorrie, T.M., McKinney, E.S., & Murray, S.S. (2005). *Foundation of maternal-newborn nursing* (2nd Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Guyton, & Hall. (1997). *Fisiologi Manusia*. Jakarta. Penerbit EGC.
- Halim S. (2002). Music as complementary therapy in medical treatment. *Med J Indonesia*, 11 (4), 250-257.
- Hockenberry, M.J. (2003). *Wong's nursing care of infants and children*. St.Louis: Mosby, Inc.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2007). *Nursing care of infant & children* (7th Ed.). Missouri: Mosby Inc.
- Lubetzky, R., et.al. (2009). Effect of music by Mozart on energy expenditure in growing preterm infants. *Journal of American Academy of Pediatric*, 125, e24-e28.
- Merenstein, G.B., & Gardner, S.L. (2002). *Handbook of: Neonatal Intensive Care* (5th Ed.). St. Louis: Mosby Co.
- Potter, P.A., & Perri, A.G. (2005). *Fundamental nursing*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Scanlon, V., & Sanders, T. (2007). *Essentials of anatomy and physiology*. New York: Davis Plus Inc.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2002). *Complementary/ alternative therapies in nursing*. (4th Ed.). New York: Springer Publishing company.
- Sherwood, L. (2004). *Human physiology: From cells to system* (5th Ed.). Australia: Thomson Learning Inc.
- Standley, J.M. (2002). A meta-analysis of beneficial music therapy for premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 107-113. Diperoleh dari http://web.mac.com/nordoff_robbins/NRZENTRUM/New_borns.html.
- Standley, J.M. (2000). The effect of contingent music to increase non-nutritive sucking of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 26 (5), 493-495. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026338>.
- Standley, J.M. (1998). The effect of music and multimodal stimulation on responses of premature infants in neonatal intensive care. *Pediatric Nursing*, 24 (6), 532-538. Diperoleh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10085995>.
- Vogtmann, C. (2002). *The breath of a new life: Music therapy for premature infants*. Diperoleh dari www.fruehchenmusik.de/starter.php?id=ergebnisse&s=en.
- Whiple, J. (2008). *The effect of music-reinforced nonnutritive sucking on state of preterm, low birthweight infants experiencing heelstick*. Diperoleh dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18959451.
- Wilkinson, J.M. (2000). *Prentice hall nursing diagnosis handbook with NIC intervention and NOC outcomes*. New Jersey: Prentice Hall.

PENINGKATAN GENERATIVITAS MELALUI TERAPI KELOMPOK PADA PEREMPUAN PARUH BAYA

Hapsah^{1,2*}, Achir Yani S. Hamid³, Herni Susanti³

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin, Makassar 90245, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: hapsah_hhj@yahoo.com

Abstrak

Perempuan paruh baya mengalami banyak perubahan psikososial yang dapat mempengaruhi perkembangannya sehingga diperlukan upaya promotif untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Penelitian *quasi experimental* dengan pendekatan pre-post test with control group ini ditujukan untuk mengidentifikasi pengaruh terapi kelompok terapeutik (TKT) terhadap perkembangan generativitas perempuan paruh baya di Kabupaten Pinrang. Hasil penelitian terhadap 34 orang kelompok intervensi dan 36 orang kelompok kontrol (melalui *purposive sampling*) menunjukkan peningkatan generativitas secara bermakna ($p=0,000$, $\alpha=0,05$) pada kelompok intervensi dan peningkatan secara tidak bermakna pada kelompok kontrol ($p=0,410$, $\alpha=0,05$) sebelum dan sesudah dilakukan TKT. Terapi kelompok terapeutik ini direkomendasikan untuk dikembangkan sebagai bentuk pelayanan kesehatan jiwa bagi perempuan paruh baya.

Kata kunci: generativitas, perempuan paruh baya, terapi kelompok terapeutik

Abstract

Middle age women generally experience many psychosocial changes that can influence their developments, hence they need promoted actions to improve their health quality. This experimental quasi research using pre-post test with control group aims to identify an influence of therapeutic group therapy on the generativity development of middle age women in Pinrang Regency. The results showed that generativity development are significantly higher ($p=0,000$, $\alpha=0,05$) on treated group ($n=34$) compared to control group ($n=36$) which did not show significant improvement ($p=0,410$, $\alpha=0,05$) before and after intervention. This therapeutic group treatment was recommended to be developed as one way to promote mental health for middle age women.

Keywords: generativity, middle age woman, therapeutic group therapy

Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan. Tanpa kesehatan jiwa, kesehatan itu sendiri tidak ada. Kesehatan jiwa berhak dimiliki oleh setiap orang. Namun, pelayanan kesehatan masih berorientasi pada kesehatan fisik. Hal ini terbukti dari tujuan pembangunan kesehatan yang dilaksanakan saat ini mengacu pada Undang-undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) Tahun 2005-2025 dengan memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan menderita penyakit yaitu ibu, bayi, dan anak, usia lanjut dan keluarga miskin (BPN, 2007).

Pelayanan kesehatan jiwa masih sangat minim dilakukan, dan masih berorientasi pada kelompok yang

mengalami gangguan jiwa, sedangkan jumlah kelompok yang tidak mengalami gangguan jiwa jauh lebih besar yaitu kurang lebih berjumlah 87,9% (setelah dikurangi dengan total penderita gangguan jiwa berat dan gangguan mental emosional) (Risksedas, 2007).

Mengingat angka ini terus berkurang dari tahun ke tahun seiring dengan makin meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa, maka upaya peningkatan kesehatan jiwa pada masyarakat hendaknya menjadi salah satu fokus pelayanan kesehatan.

Salah satu ciri sehat jiwa adalah mampu untuk tumbuh dan berkembang secara normal (Keliat, et al., 2005) pada tiap tahapan usia termasuk paruh baya. Usia paruh baya berada pada rentang usia 40 – 60 tahun (Levinson, 1978; dalam Berk, 2005).

Pada usia ini terjadi perubahan psikososial yang kompleks yang bisa mengakibatkan terjadinya krisis paruh baya. Krisis ini merupakan suatu kondisi dimana paruh baya mengalami kesenjangan antara masa lalu dan masa yang akan datang. Paruh baya mempertanyakan tujuan-tujuannya yang belum tercapai dan harus menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan yang dialaminya.

Menurut erikson (1964, dalam Berk, 2005), masa paruh baya merupakan tahapan menghadapi konflik antara mencapai generativitas atau mengalami stagnasi. Bila ia sukses menjalankan perkembangannya dengan baik ia akan mencapai generativitas, namun bila gagal akan terserap ke dalam dirinya dan mengalami stagnasi.

Perubahan psikososial yang dialami paruh baya cukup banyak. Terkait gender, perempuan lebih banyak mengalami perubahan psikososial dan memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit fisik dan gangguan jiwa dibanding laki-laki (Papalia, Olds, & Feldman, 2008; Riskesdas, 2007). Perempuan paruh baya mengalami perubahan peran yang lebih kompleks. Di samping itu, perempuan harus menghadapi masa menopause yang rentan terhadap berbagai macam penyakit.

Data Unit Gawat Darurat Kabupaten Pinrang (RS Kab Pinrang, 2009) menunjukkan angka kejadian penyakit yang berhubungan dengan usia dan stres cukup tinggi pada usia paruh baya yaitu sebesar 56,4% dari total penderita stroke, 47,5% dari total penderita gagal jantung, 45,9% dari total penderita tukak lambung, dan 75% dari total penderita infark miokard akut serta 53,6% dari total penderita hipertensi. Berdasarkan data tersebut, bisa dilihat prevalensi kejadian penyakit terjadi pada usia paruh baya. Selain itu, dari data tersebut dilaporkan angka kejadian pada perempuan paruh baya lebih tinggi dari pada laki-laki paruh baya yaitu sebesar 52,3% dari total paruh baya yang menderita hipertensi dan sebesar 53,2% dari total paruh baya yang menderita gastritis/ tukak lambung.

Penyakit fisik sebagian besar disebabkan oleh masalah psikososial. Kuat dan lamanya stres yang dialami akibat tekanan psikososial dapat melemahkan sistem imun dan meningkatkan kerapuhan terhadap penyakit.

(*Harvard Medical School*, 2002 dalam Papalia, Olds, dan Feldman, 2008). Hal ini sejalan dengan penelitian klasik yang menunjukkan 70% penyakit disebabkan stres atau tekanan hidup (Home & Rahe, 1976 dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2008).

Berbagai masalah di atas tentu saja dapat dicegah oleh perempuan paruh baya. Adaptasi yang baik terhadap berbagai perubahan yang terjadi dapat dicapai melalui penyelesaian tugas perkembangan di masa tersebut. Tugas perkembangan adalah tugas-tugas yang harus diselesaikan perempuan pada fase-fase atau periode kehidupan tertentu; dan apabila berhasil mencapainya mereka akan berbahagia, tetapi sebaliknya apabila gagal, mereka akan kecewa dan dicela orang tua atau masyarakat dan perkembangan selanjutnya juga akan mengalami kesulitan (Havighurst, 1972 dalam Laraja & Stuart, 2005).

Generativitas merupakan ciri sehat secara psikologis bagi paruh baya. Beberapa di antara ciri generativitas perempuan paruh baya adalah menerima dan menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan fisik dan fisiologis serta perubahan psikososial yang dialaminya, mampu menghubungkan diri sendiri dengan pasangan hidup sebagai individu dalam dengan meningkatkan keakraban dengan pasangan (ditandai dengan keharmonisan hubungan seksual); menggunakan strategi koping yang efektif dalam memecahkan masalah; membantu anak-anaknya yang telah remaja menjadi orang dewasa yang bertanggung jawab dan berbahagia melalui warisan positif dari dirinya; menjadi nenek yang baik dan bias menjaga dan merawat cucunya; mengembangkan kegiatan-kegiatan pengisi waktu senggang yang dewasa; mencapai tanggung jawab sosial dan warga Negara secara penuh (Erikson, 1950 dalam Berk, 2005).

Salah satu terapi yang digunakan sebagai pencegahan primer bagi perempuan paruh baya adalah terapi kelompok terapeutik. Terapi ini ditujukan meningkatkan kesehatan perempuan paruh baya dalam pemenuhan kebutuhan perkembangan psikososialnya. Terapi kelompok terapeutik (TKT) merupakan salah satu jenis terapi kelompok yang memberi kesempatan kepada anggotanya untuk saling berbagi pengalaman,

saling membantu satu dengan lainnya untuk menemukan cara menyelesaikan masalah dan mengantisipasi masalah yang akan dihadapi dengan mengajarkan cara yang efektif untuk mengendalikan stres (Shives, 1998).

Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh terapi kelompok terapeutik (TKT) terhadap perkembangan generativitas perempuan paruh baya di Kabupaten Pinrang. Hal ini penting agar dapat meningkatkan generativitas individu dalam hal ini pada aspek biopsikoseksual, sosial, emosional dan kognitif sehingga perempuan paruh baya dapat menjalani masa paruh baya yang bahagia dan sukses menghadapi tahap perkembangan selanjutnya.

Metode

Penelitian menggunakan metode *quasi experiment* dengan desain “*pre-post test with control group*” dengan melakukan intervensi *Terapi Kelompok Terapeutik (TKT)* pada tanggal 18 Mei sampai 11 Juni 2010 di Kelurahan Temmassarangnge (intervensi, n= 34) dan Pacongang (kontrol, n=36) Kabupaten Pinrang.

Sampel diperoleh secara *purposive sampling* yang berusia 40 – 50 tahun, bisa baca tulis, memiliki suami dan anak (masih hidup). Analisis data *pooled & paired t-test*, serta analisis korelasi regresi linear sederhana. Kelompok intervensi diberikan TKT sebanyak lima sesi (durasi: 45- 90 menit).

Hasil

Karakteristik perempuan paruh baya pada kelompok intervensi adalah rata-rata berusia 44 tahun dengan tingkat pendidikan rata-rata SMP sebagian besar tidak bekerja, dan sebagian besar memiliki pendapatan keluarga di bawah Rp1 juta/bulan serta memiliki hubungan sosial yang baik.

Pada responden kelompok kontrol, rata-rata berusia 44,67 tahun dengan tingkat pendidikan rata-rata SD, sebagian besar tidak bekerja, dan sebagian besar memiliki pendapatan keluarga di bawah Rp 1 juta/bulan serta hubungan sosial yang baik.

Hasil analisis pada generativitas perempuan paruh baya sebelum dan sesudah TKT dilakukan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 3,65 poin ($p= 0,000$, $\alpha= 0,05$). Sedangkan pada kelompok kontrol mengalami peningkatan secara tidak signifikan yaitu sebesar 0,68 ($p= 0,410$, $\alpha= 0,05$) (lihat tabel 5.18).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristikusia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan pendapatan perempuan paruh baya dengan generativitas perempuan paruh baya sesudah TKT dilakukan baik pada kelompok intervensi maupun kontrol. Sedangkan untuk karakteristik hubungan sosial, ada hubungan yang signifikan dengan generativitas perempuan paruh baya dengan kualitas hubungan adalah sedang (lihat tabel 5.19).

Tabel 5.18 Generativitas Perempuan Paruh Baya pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah Dilakukan TKT

Variabel		Mean	SD	SE	p	N
Generativitas	Sebelum	65,76	4,264	0,731	0,000	34
	Sesudah	69,41	4,321	0,741		
Selisih Mean :		3,65				
Generativitas	Sebelum	64,26	5,378	0,922	0,410	34
	Sesudah	64,94	4,954	0,850		
Selisih Mean :		0,68				

Pembahasan

Kesimpulan yang dapat diambil, yaitu ada perbedaan generativitas perempuan paruh baya antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Artinya, ada pengaruh terapi kelompok terapeutik terhadap perkembangan generativitas perempuan paruh baya yang ditunjukkan oleh peningkatan generativitas secara signifikan pada kelompok intervensi. Hal ini kemungkinan disebabkan adanya proses belajar melalui pengetahuan dan berbagai keterampilan yang diperoleh dalam pelaksanaan TKT dalam penelitian.

Menurut Notoatmodjo (2003), dengan pemberian informasi akan memberikan pengetahuan pada orang yang mendapatkan informasi tersebut dan menimbulkan kesadaran mereka mengenai pentingnya informasi yang disampaikan dan akhirnya menyebabkan perubahan sikap dan atau perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya tersebut. Selain itu, informasi juga dapat mempengaruhi persepsi seseorang.

Persepsi sebagian besar perempuan paruh baya sebelum penelitian misalnya, menganggap cara mengatasi stres/masalah yang selama ini mereka gunakan adalah memang demikian seharusnya dan semua orang memecahkan masalah seperti apa yang mereka lakukan. Selain itu, proses dalam kelompok yang memberi kesempatan kepada masing-masing anggota kelompok untuk berbagi pengalaman

mengenai perubahan yang terjadi pada usia paruh baya, masalah-masalah yang mungkin timbul, dan saling membantu dalam menemukan cara menyelesaikan masalah serta mengantisipasi masalah yang dihadapi dengan belajar cara efektif mengendalikan stress dalam kehidupan sehari-hari (Townsend, 2009).

Adanya pertukaran informasi antar anggota dalam kelompok memungkinkan perempuan paruh baya mampu memanfaatkan sumber-sumber yang ada dan mencari sumber-sumber baru yang dapat dimanfaatkan sebagai penyelesaian adaptif terhadap berbagai masalah yang dihadapi serta bermanfaat bagi pengembangan diri mencapai generativitasnya.

Latihan yang diberikan pada saat terapi seperti latihan berpikir positif, penyelesaian masalah yang adaptif, relaksasi, latihan kognitif, dan latihan komunikasi kemungkinan besar menjadi faktor yang sangat berpengaruh pada peningkatan generativitas perempuan paruh baya setelah terapi selesai dilakukan.

Usia berbanding lurus dengan kondisi kedewasaan baik fisik maupun psikologis. Hal ini sejalan dengan pernyataan Siagian (1995) bahwa semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berpikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain.

Tabel 5.19 Hubungan Karakteristik Perempuan Paruh Baya pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sesudah Dilakukan TKT

Jenis variabel	Kelompok	p
Usia	kontrol	0,262
	Intervensi	0,968
Tingkat pendidikan	kontrol	0,275
	Intervensi	0,554
Pekerjaan	kontrol	0,827
	Intervensi	0,373
Pendapatan	kontrol	0,148
	Intervensi	0,206
Hubungan sosial	kontrol	0,037
	Intervensi	0,012

Menurut Papalia, Olds, dan Feldman (2008), semakin tua umur seseorang maka semakin generatif pula perilakunya. Menurut Hurlock (1998), pada kondisi normal, semakin cukup usia maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang semakin meningkat, baik itu dalam berpikir maupun dalam bekerja.

Pernyataan tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian. Menurut asumsi peneliti, pengalaman dan pola hidup yang dipelajari dari lingkungan yang sama dan mengakibatkan perempuan paruh baya memiliki perilaku yang tidak jauh berbeda dalam mengatasi masalah kehidupan sehari-hari dimana hal tersebut sangat terkait dengan sikap/perilaku generativitas.

Papalia, Olds, dan Feldman, (2008) menyatakan tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pencapaian tugas perkembangan tersebut. Hal ini didukung oleh pendapat yang dikemukakan oleh Stuart dan Laraia (2005) bahwa pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

Tingkat pendidikan juga tidak berhubungan dengan generativitas perempuan paruh baya. Padahal, menurut Papalia, Olds, dan Feldman (2008), tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pencapaian tugas perkembangan tersebut. Hal ini didukung oleh Stuart dan Laraia (2005) bahwa pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

Hasil penelitian tidak sejalan dengan pendapat teoritis di atas. Menurut asumsi peneliti, pendidikan formal sebagian besar ilmu yang dipelajari adalah mengenai ilmu fisik dan hanya sebagian kecil bahkan sangat jarang sekali yang mengajarkan tentang ilmu pengembangan diri.

Hal tersebut seperti cara penyelesaian masalah, cara menghadapi stres, cara mendidik anak secara tepat agar menjadi manusia dewasa yang mandiri dan siap menghadapi tantangan hidup secara adaptif dan lain sebagainya. Hal ini menjelaskan walaupun tingkat

pendidikan seseorang hanya SD atau SMP bila ia memiliki pengetahuan dan kemampuan tentang semua itu, bisa saja memiliki nilai generativitas yang jauh lebih tinggi dari mereka yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Karakteristik lain yang tidak berhubungan dengan generativitas perempuan paruh baya adalah pekerjaan. Menurut (Hawari, 2001), masalah pekerjaan merupakan sumber stres pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit. Semakin tinggi beban stres seseorang maka ia semakin sulit untuk menjalankan tugas perkembangannya dengan baik (Berk, 2005).

Riset membuktikan, baik yang bekerja maupun tidak bekerja dapat mengalami beban stres yang tinggi (Papalia, Olds, & Feldman, 2008). Berdasarkan hal tersebut, peneliti berasumsi apapun status pekerjaan responden baik bekerja maupun tidak bekerja, bila mereka tidak memiliki perkembangan diri yang baik, maka nilai generativitas mereka tentunya sebagian besar adalah sama.

Karakteristik pendapatan juga tidak memiliki hubungan dengan generativitas perempuan paruh baya. Orang dengan pendapatan yang lebih rendah memiliki harapan hidup yang lebih rendah pula, memiliki banyak keterbatasan aktivitas dikarenakan penyakit kronis, kesejahteraan yang lebih rendah dan memiliki akses yang lebih terbatas kepada perawatan kesehatan ketimbang orang dengan pendapatan yang lebih tinggi (Spiro, 2002 dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2008).

Depkes (2007) juga memiliki pendapat orang yang memiliki pendapatan rendah akan membatasi dirinya untuk melakukan upaya peningkatan kesehatan dibanding yang berpendapatan tinggi. Hal ini disebabkan oleh alasan yang bersifat psikososial dimana orang-orang dengan pendapatan tinggi cenderung memiliki kepekaan yang lebih besar terhadap apa yang terjadi pada tubuh mereka ketika usia mereka semakin bertambah, dan mereka bisa memilih gaya hidup yang lebih sehat (Whitbourne, 2001 dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2008).

Berdasarkan pernyataan tersebut, peneliti berasumsi orang yang memiliki tingkat pendapatan lebih tinggi memang lebih cenderung memiliki kepekaan terhadap tubuhnya, artinya masalah kesehatan fisik yang cenderung lebih mereka perhatikan dibanding masalah kesehatan jiwa mereka. Padahal, kesehatan itu tidak akan terwujud tanpa kesehatan jiwa. Sehingga, tidak sedikit kita dapati di masyarakat, orang yang memiliki tingkat pendapatan tinggi dengan kondisi perkembangan psikososial terganggu.

Penelitian lain juga membuktikan pada tingkat hubungan sosial yang baik (termasuk dukungan sosial) menunjukkan status kesehatan dan perkembangan psikis yang lebih baik (penelitian terhadap 695 perempuan dan laki-laki dewasa oleh Choi dan Wodarski, 1996). Hal ini juga sejalan dengan pendapat Mireault dan de Man (1996) yang mengatakan sebagian besar orang yang bunuh diri saat usia yang sudah matang sangat berhubungan dengan isolasi sosial yang tinggi dan ketidakpuasan terhadap kesehatan dan dukungan sosialnya. Artinya perkembangan jiwa seseorang sangat terkait dengan kualitas dan kepuasan terhadap hubungan sosial yang dijalaninya. Gejala yang menyimpang dari generativitas atau mengalami stagnasi bisa erat kaitannya dengan ketidakpuasan dalam hubungan sosial.

Hasil penelitian sejalan dengan teori yang ada. Menurut asumsi peneliti, hubungan sosial yang baik dapat mencerminkan penerimaan diri perempuan paruh baya terhadap orang lain dan penerimaan orang lain terhadap diri perempuan paruh baya. Keharmonisan hubungan dengan pasangan misalnya, akan sangat memberikan kontribusi terhadap perkembangan paruhbaya. Bila hubungan tersebut terjalin dan dapat dipertahankan oleh paruh baya, keutuhan itu menjadi panutan bagi generasi berikutnya sebagai warisan yang positif. Sehingga, juga akan berlanjut secara turun temurun.

Kesimpulan

Karakteristik perempuan paruh baya pada kelompok intervensi dan kontrol hanya berbeda pada rata-rata usia yaitu 44 tahun (kelompok intervensi) dan 44,67

tahun (kelompok kontrol). Sedangkan karakteristik yang lain sama yaitu, tingkat pendidikan rata-rata rendah (SD, SMP), rata-rata tidak bekerja, dan rata-rata memiliki pendapatan keluarga di bawah Rp1 juta/bulan serta rata-rata hubungan sosial baik.

Generativitas perempuan paruh baya sebelum dilakukan TKT pada intervensi lebih tinggi yaitu 65,76 daripada kelompok kontrol yaitu 64. Namun keduanya dalam rentang nilai generativitas yang cukup tinggi. Karakteristik usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan pendapatan perempuan paruh baya tidak berhubungan dengan generativitas perempuan paruh baya sesudah TKT dilakukan baik pada kelompok yang mendapatkan TKT maupun yang tidak mendapatkan TKT. Namun demikian, terdapat hubungan karakteristik hubungan sosial (dukungan sosial, sumber stres dan sumber coping) dengan generativitas perempuan paruh baya sesudah TKT dilakukan baik pada kelompok intervensi maupun kontrol dengan kualitas hubungan adalah sedang.

Saran peneliti berdasarkan hasil penelitian antara lain Depkes RI sebagai lembaga tertinggi di bidang kesehatan sebaiknya membuat kebijakan baru agar program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat dapat berdiri sendiri tanpa terintegrasi dengan program kesehatan lain di Puskesmas. Hal ini agar pelayanan kesehatan jiwa masyarakat bisa lebih optimal dilaksanakan dan dapat mendukung terwujudnya Indonesia sehat 2025. Terapi kelompok terapeutik ini selanjutnya dijadikan sebagai standar kompetensi bagi perawat jiwa yang disertifikasi oleh organisasi profesi melalui kolegium keperawatan jiwa.

Bagi perawat jiwa di masyarakat, sekiranya dapat melakukan sosialisasi hasil penelitian. Sosialisasi penting agar masyarakat mengetahui pentingnya upaya peningkatan kesehatan jiwa bagi perempuan usia paruh baya melalui TKT. Selain itu, penelitian lain hendaknya dilakukan terhadap para perawat Puskesmas di Kabupaten Pinrang mengenai TKT perempuan paruh baya di wilayah kerja masing-masing. Penelitian dapat dilakukan dengan merangkul peneliti lain, institusi pendidikan dan organisasi profesi melalui kolegium keperawatan jiwa (DN, AY, YA).

Referensi

- Badan Pembangunan Nasional. (2007). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 17 tahun 2007 tentang rencana pembangunan jangka panjang nasional tahun 2005 – 2025*. Diperoleh dari <http://www.bappenas.go.id/get-file-server/node/84/>.
- Berk. (2005). *Development through the life span* (2th ed.). USA: Allyn & Bacon.
- Choi, N., & Wedarski, J. (1996). *Relationship between social support and the health status of elderly people*. Diperoleh dari <http://www.apa.org/monitor/jan00/cs.aspx>.
- Depkes RI. (2007). *Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran*. Diperoleh dari www.depkes.go.id/downloads/profil/prov%20lampung%202007.pdf
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizoprenia*. Jakarta : FKUI.
- Hurlock, E. (1998). Children language acqusition. *Journal of Social Psychology & Personality*, 9 (23). Washington DC: American Psychological Association.
- Keliat, B.A., et al. (2005). *Modul basic course community health nursing* (Tidak dipublikasikan). Jakarta: FIK UI.
- Mireault, M., & de Man, A.F. (1996). Suicidal ideation among the elderly: Personal variables, stress, and social support. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 24 (4), 385-392.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Papalia, D.E., Old, S.W., & Feldman, R.D. (2008). *Human development* (9th Ed.). Jakarta: Kencana.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2007). *Laporan nasional 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. Jakarta: Depkes.
- Rumah Sakit Kabupaten Pinrang. (2009). *Data Unit Gawat Darurat Kabupaten Pinrang*. Rumah Sakit Kabupaten Pinrang, Makassar.
- Siagian, S.P. (1995). *Teori, motivasi, dan aplikasinya* (Cet. II). Jakarta: Rineka Cipta.
- Shives, L.R. (1998). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th Ed.). St Louis: Mosby.
- Townsend. (2009). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (5th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Karena manusia cinta akan dirinya, tersembunyilah baginya aib dirinya;
tidak kelihatan olehnya walaupun nyata. Kecil dipandangnya walaupun bagaimana besarnya.
- Jalinus At Thabib -

Untuk itu, menirulah, karena meniru adalah jalan terpendek
untuk menjadikan diri Anda sama dengan pribadi yang Anda kagumi.
- Mario Teguh -

PENINGKATAN PERILAKU SEKS SEHAT MELALUI MODEL TERAPI KELOMPOK PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL

Loetfia Dwi Rahariyani^{1*}, Yohanes Kamaru Windi¹, Nikmatul Fadilah¹, Kuntoro²

1. Program Studi Keperawatan Sutopo Poltekkes Kemenkes Surabaya, Jawa Timur 55555, Indonesia
2. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

*Email: rahariyani@yahoo.com

Abstrak

Keberhasilan pencegahan penularan penyakit menular seksual (PMS) tidak hanya tergantung pada pemerintah/tenaga kesehatan dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang peduli dengan kasus ini saja, tetapi partisipasi aktif dari kelompok yang mempunyai resiko tinggi tertular (Pekerja Seks Komersial) sangat memegang peran penting. Oleh karena itu mengikut sertakan kelompok resiko tinggi dalam kegiatan pencegahan PSM perlu dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas model terapi kelompok (intensive problem solving group) dalam meningkatkan perilaku seks yang sehat. Desain penelitian ini adalah Pra Eksperimental, jenis *pretest-posttest design*. Sampel penelitian sebanyak 20 orang PSK yang terbagi menjadi dua group, masing-masing group terdiri dari 10 orang. Setiap group mendapat intervensi tiga kali terapi kelompok pada subyek yang sama. Setelah dilakukan penelitian dan dianalisis dengan menggunakan uji statistik paired t - test, hipotesis penelitian diterima ada perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum dan sesudah dilakukan terapi kelompok pada pekerja seks komersial. Model terapi kelompok sangat diperlukan untuk mencegah penularan PMS pada kelompok beresiko.

Kata kunci: model terapi kelompok, perilaku seks, pekerja seks komersial

Abstract

The success of preventing sexually transmitted diseases (STDs) not only depends on a well-organised collaboration among government, health professionals and NGOs but also active participation of group with high risk, including commercial sex workers (CSWs), on the transfer of STDs. Involving this high risk group is crucial on preventing STDs transmission. Determining the effectiveness of Group Therapy Model (GTM) through an intensive problem solving group on promoting healthy sexual behavior was the intention of this study. The variables are knowledge, attitude and practice STDs. It is a pre-experimental study using Pretest-Post test type design. The samples involving 20 CSWs divided into two groups of 10 CSWs for each. Each group was intervened three times with GTM on the same subject. Statistical analysis using paired t-test, conclusion of accepting the research hypothesis. There is significant difference of knowledge, attitude and practices on STDs before and after the implementation of GTM among the CSWs. It is, therefore, advised to consider GTM on preventing the transmission of STDs among high-risk groups.

Keywords: group therapy model, sexual behavior, commercial sex workers

Pendahuluan

Angka kejadian penyakit menular seksual (PMS) semakin mengalami peningkatan, salah satunya penyakit *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Keberhasilan pencegahan penularan PSM tidak hanya bergantung pada pemerintah/tenaga kesehatan dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) yang peduli dengan kasus ini saja, tetapi partisipasi aktif dari kelompok yang mempunyai resiko tinggi tertular (Pekerja Seks Komersial) sangat memegang peran penting untuk mengatasinya. Oleh karena itu mengikutsertakan kelompok resiko tinggi dalam kegiatan pencegahan PSM perlu untuk dilakukan.

Salah satu model untuk menyelesaikan permasalahan di atas adalah dengan mengefektifkan terapi kelompok. Terapi kelompok adalah metode untuk pengobatan dan penyelesaian masalah, yang berfokus pada peningkatan *self awareness*, hubungan interpersonal, penyesuaian sosial, kemampuan untuk menyelesaikan masalah, serta melakukan suatu perubahan (Beck, Rawlins, & Williams, 1993). Dengan terapi kelompok maka individu akan belajar untuk mengemukakan pendapatnya, menghargai pendapat kelompok, memperoleh dukungan moral, dan memperoleh pengetahuan tentang permasalahan yang diajukan, sehingga diharapkan akan terjadi perubahan perilaku yang berdasarkan kesadaran diri sendiri.

Model terapi kelompok yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah “*model intensive problem solving groups*”, yaitu kelompok perlakuan akan diberi suatu permasalahan yang berkaitan dengan perilaku seks baik yang menyimpang maupun tidak menyimpang, dan kelompok akan mendiskusikan permasalahan tersebut serta mencari solusi/ penyelesaian masalah secara bersama sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Penelitian ini perlu dilakukan untuk melihat sejauh mana efektifitas dari terapi kelompok pada pekerja seks komersial dalam meningkatkan perilaku seks yang sehat. Perilaku seks yang tidak sehat rawan untuk terjadinya penularan penyakit kelamin, dan kehamilan yang tidak diharapkan.

Metode

Desain penelitian ini adalah Pra-Eksperimen, dengan jenis *pretest-posttest design*, dimana sudah dilakukan observasi pertama (pretes) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen. Terapi kelompok dilakukan sebanyak tiga kali dan setiap tahap dilakukan pengukuran, meliputi pengetahuan, sikap, dan kegiatan seks yang dilakukan. Bentuk rancangan penelitian sebagai berikut:

Pre-tes	Perlakuan	Pos-tes
01	X	02

Populasi penelitian ini adalah seluruh PSK di kawasan Bangunsari, dan kawasan Tambak Asri di kota Surabaya dengan jumlah sekitar 700 orang. Sampel penelitian kawasan Bangunsari satu kelompok, dan kawasan Tambak Asri satu kelompok, dengan jumlah masing-masing anggota kelompok sebanyak 10 orang, selanjutnya dibuat dua kelompok yaitu kelompok A yaitu responden berusia di bawah/ sama dengan 20 tahun, dan group B responden berusia di atas 20 tahun.

Cara pengambilan data untuk mengukur pengetahuan responden dengan menggunakan kuesioner terbuka, untuk mengidentifikasi perilaku seks dengan wawancara mendalam, untuk mengukur sikap

responden tentang perilaku yang sehat dengan menggunakan skala *Likert*, sedangkan untuk terapi kelompok model *problem solving* dengan menggunakan *Focused Group Discussion* (FGD) dengan bantuan panduan terapi kelompok. Guna melihat perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan terapi kelompok digunakan uji statistik *Paired T-test*.

Hasil

Umur responden pada kelompok A yaitu kelompok pekerja seks dewasa muda, usia terkecil adalah 14 tahun (20%), sedangkan pada kelompok B pekerja seks dewasa tua, usia tertua dalam kelompok adalah 51 tahun (10%). Mayoritas responden berpendidikan tamat SD (90%) baik dari kelompok A maupun kelompok B.

Dari hasil wawancara mendalam usia pertama kali melakukan hubungan seks pada kelompok A sebagian besar (80%) pada usia 10 – 15 tahun, sedangkan pada kelompok B sebagian besar melakukan hubungan seks pada usia 16 – 20 tahun (70%). Penghasilan yang diperoleh PSK tiap Minggu pada kelompok A sebagian besar (70%) lebih dari Rp300.000,- sedangkan penghasilan PSK kelompok B hampir separuh (40%) mempunyai penghasilan kurang Rp100.000,-.

Hasil uji statistik *Paired T-test* dengan taraf *significancy* 0,05 diperoleh hasil terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,000$, $\alpha=0,05$) untuk pengetahuan dan sikap pada responden, sebelum dilakukan terapi kelompok dan sesudah dilakukan terapi kelompok baik pada kelompok A dan kelompok B (lihat pada tabel 1).

Pembahasan

Pengetahuan responden

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Seseorang bisa melakukan sesuatu yang salah karena mereka memang betul-betul tidak tahu, atau sebaliknya mereka mau melakukan hal yang salah tersebut dengan penuh kesadaran atau tahu betul tindakan yang dilakukan beserta segala risikonya.

Solusi penyelesaian untuk dua permasalahan tersebut jelas berbeda, seseorang yang melakukan kesalahan karena tidak tahu, diharapkan setelah tahu secara pasti dia tidak berbuat kesalahan lagi, berbeda dengan orang yang tahu tetapi tetap berbuat kesalahan maka solusinya adalah perbaikan moral dan sikap.

Hasil penelitian awal tingkat pengetahuan responden, sebelum diberikan terapi kelompok (70%) kelompok A memiliki pengetahuan yang kurang untuk kesehatan reproduksi dan penyakit-penyakit akibat hubungan seksual. Peneliti berasumsi pengetahuan yang kurang tersebut disebabkan minimnya informasi yang diterima baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Dari wawancara pada beberapa responden mengatakan pernah diberi penyuluhan tentang penyakit AIDS atau PHS, tetapi mereka tidak paham betul, hal ini disebabkan karena penyuluhan tersebut bersifat general dan cenderung formal.

Menurut Rogers, sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yakni: *awareness* (kesadaran) di mana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek), *interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut, *evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut, *trial* (mencoba) di mana subyek mulai mencoba melakukan sesuai yang dikehendaki, *adaption* dimana subyek telah berperilaku baru sesuai pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya (Notoatmojo, 1997).

Teori tersebut menyatakan bahwa untuk merubah perilaku seseorang tidaklah mudah, perlu pendekatan yang intensif dan pemberian informasi yang berulang sampai betul-betul seseorang paham dan tertarik terhadap stimulus tersebut. Dengan adanya diskusi

kelompok ini maka masing-masing anggota kelompok dapat memperoleh informasi dan memberikan informasi lain sesuai dengan apa yang dibahas oleh kelompok. Semua anggota kelompok mempunyai peran yang sama dan semua dapat aktif terlibat dalam transfer informasi ini. Hal ini sesuai dengan pendapat Whyte (1956 dalam Niven, 1994) yang menyatakan keputusan yang diambil sekelompok orang lebih baik dibandingkan dengan keputusan individu. Karena keterbatasan penelitian, maka dalam penelitian ini semua teori Roger tidak dapat dievaluasi, khususnya tahap *trial* (mencoba), dan *adaption*. Hal ini disebabkan peneliti tidak dapat mengetahui atau mengamati secara langsung tentang perubahan-perubahan tersebut, khususnya penggunaan kondom, apakah PSK benar-benar menggunakan atau tidak.

Setelah dilakukan terapi kelompok selama tiga kali terapi, tingkat pengetahuan responden mengalami perubahan. Hal ini diperkuat dari hasil uji statistik dengan menggunakan *paired-t test*, menunjukkan ada perbedaan yang sangat signifikan untuk tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan terapi kelompok, baik pada kelompok A (dewasa muda) maupun kelompok B (dewasa tua) ($p=0,000$, $\alpha=0,05$).

Sikap Responden

Beberapa ahli psikologi seperti Luis Thurstone, Rines Liker, Charles Osgood, menyatakan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan yang mana dapat memihak (*favorable*) maupun yang tidak memihak (*unfavorable*) pada suatu obyek tertentu. Sesuatu yang telah diketahui atau diyakini individu dapat menjadi *stereotype* baginya sehingga pikiran dan sikapnya selalu terpola pada hal tersebut (Notoatmodjo, 1997).

Tabel 1. Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Responden Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Kelompok

Perbedaan Pengetahuan dan Sikap	Pre-tes Rata-rata	Post-tes Rata-rata	p
1. Pengetahuan kelompok A	3.1000	8.4000	0.000
2. Pengetahuan kelompok B	4.8000	8.2000	0.000
3. Sikap kelompok A	2.5400	3.1100	0.000
4. Sikap kelompok B	2.4700	2.9400	0.003

Hasil penelitian didapatkan (100%) responden mempunyai sikap yang positif (*favorable*) terhadap perilaku seks yang sehat, hal ini menunjukkan bahwa mereka mempunyai keyakinan dan konsep yang baik terhadap perilaku seks yang sehat. Dari hasil analisis untuk sikap, seluruh responden menyatakan setuju dengan pernyataan hubungan seks yang sehat penting bagi kesehatan diri sendiri, dan mereka juga menyatakan tidak setuju jika pemakaian kondom adalah merugikan.

Di samping itu, hampir seluruh responden menyatakan mereka beresiko untuk terkena penyakit kelamin/AIDS, dan tidak dapat menikmati hubungan seks yang dilakukan dengan pelanggan, dengan argumentasi bahwa mereka hanya bersifat melayani. Hubungan seksual atau yang disebut bersetubuh yang benar menurut etika, moral, dan agama adalah jika dilakukan melalui sebuah ikatan pernikahan antara seorang laki-laki dan perempuan yang dilandasi oleh rasa cinta, sehingga terjadi ikatan secara fisik dan emosional (Dianawati, 2002). Hal ini sesuai dengan teori bahwa sikap seseorang ditunjang oleh keyakinan dan konsep yang dimiliki.

Adanya sikap yang positif dari pekerja seks komersial terhadap perilaku seks yang sehat, diharapkan ada perubahan perilaku/kesadaran untuk menggunakan kondom dan melakukan hubungan seks yang sehat. Setelah dilakukan terapi kelompok selama tiga kali, terlihat ada perbedaan sikap yang signifikan dibandingkan sebelum menjalani terapi kelompok, ($p=0,000$, $\alpha=0,05$).

Perilaku Seks Responden

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena merupakan perpaduan dari berbagai faktor internal dan eksternal individu. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit, dan penyakit yang meliputi; *health promotion behavior*, *health prevention behavior*, *health seeking behavior*, and *health rehabilitation behavior* (Niven, 1994).

Hasil penelitian sebelum dilakukan terapi kelompok, diperoleh informasi mayoritas responden kelompok A

(dewasa muda) dan kelompok B (dewasa tua) memiliki perilaku seks yang cenderung beresiko, dimana (70%) responden kelompok A mengatakan memakai kondom saat hubungan seks apabila pelanggannya bersedia untuk memakai kondom, jika pelanggan tidak bersedia menggunakan kondom maka mereka akan tetap melakukan hubungan seks tanpa kondom.

Disamping itu, cara hubungan seks pada kelompok ini cenderung variatif yaitu dengan cara genitor-genital, oral, bahkan beberapa responden pernah melakukan hubungan seks lewat anus, seks rame-rame dengan lebih dari satu orang pelanggan dalam waktu yang bersamaan, dan juga menggunakan alat-alat berbahaya dalam melakukan hubungan seks, yang beresiko untuk mengalami injury atau trauma dari organ reproduksinya. Untuk melindungi diri dari penyakit kelamin sebagian besar responden mengkonsumsi obat-obat antibiotik tanpa resep dokter, misal supertetra, amoxicicylyn, dan amoxan. Penggunaan obat tersebut menurut beberapa responden atas saran teman, apabila salah satu mengeluh mempunyai gejala-gejala penyakit kelamin, maka teman yang pernah menderita dan mengkonsumsi salah satu jenis obat tertentu akan menyarankan pada temannya. Hal ini sesuai dengan teori bahwa seseorang yang menderita penyakit kelamin akan datang ke tempat pelayanan kesehatan apabila yang bersangkutan sudah tidak mampu lagi untuk mengatasi permasalahannya, hal ini disebabkan karena stigma masyarakat tentang penyakit kelamin merupakan suatu hal yang memalukan.

Pada saat dilakukan terapi kelompok, responden diajak untuk saling berbagi pengalaman tentang perilaku seksnya, cara pencegahan yang dilakukan, dan tindakan yang dilakukan jika menderita penyakit kelamin, serta dengan memberikan materi pendidikan kesehatan khususnya kesehatan reproduksi dan PHS. Tampak respon positif dari responden untuk saling tukar menukar informasi, dan saling mendukung untuk memberikan solusi terhadap masalah-masalah yang kemungkinan timbul akibat dari pekerjaan yang dilakukan.

Fokus terapi kelompok ialah menjadi *self awareness*, peningkatan hubungan interpersonal, membuat perubahan atau ketiganya (Stuart & Laraia, 2001).

Hal ini terlihat pada waktu dilakukan terapi, responden berani mengemukakan pendapat karena mereka merasa senasib, mempunyai pengalaman yang tidak jauh berbeda, serta mempunyai keyakinan dan konsep yang sama tentang pekerjaan yang dilakukan.

Hasil *Focused Group Discussion* (FGD) tentang Perilaku Seks yang Sehat

Terapi kelompok yang digunakan dalam penelitian ini adalah *intensive problem solving groups* dengan menggunakan metode FGD. Dalam pelaksanaan terapi ini baik kelompok A maupun kelompok B dibantu 1 orang pemimpin FGD dan 1 orang notulen yang berasal dari tim peneliti sendiri. Pelaksanaan diawali dengan pengenalan masing-masing anggota kelompok, pada fase ini diharapkan ada hubungan saling percaya antara anggota kelompok, adanya keterbukaan dan rasa saling menghormati. Pada fase ini peneliti dapat melihat bagaimana karakter dari masing-masing anggota kelompok, ada anggota kelompok yang pemalu dan ada juga anggota kelompok yang memiliki rasa percaya diri cukup tinggi, seperti pernyataan berikut:

"Nama saya N, sorry....! Saya datang terlambat karena sibuk melayani tamu, maklum baru saja ada kapal yang mendarat".

Pernyataan di atas menunjukkan yang bersangkutan tidak malu mengakui diri sebagai seorang PSK, secara teori seseorang yang dapat menyadari "siapa saya?" adalah individu yang mempunyai konsep diri positif sesuai dengan teori Jauhary Window (Keliat, 2002). Di dalam teori ini dijelaskan bahwa individu harus tahu siapa dirinya dan orang luarpun tahu siapa dia, sehingga diharapkan pekerja seks komersial tahu secara pasti dan bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan baik dari segi kesehatan maupun moral, demikian juga dengan orang luar/pengguna jasa seks harus tahu akan resiko yang dapat ditimbulkan akibat hubungan seks bebas yang dilakukan. Pada saat diberikan permasalahan yang berkaitan dengan kondom, pada FGD yang pertama beberapa anggota kelompok mengatakan sebagai berikut:

"Saya mau pakai kondom sesuai dengan permintaan pelanggan, jika pelanggan mau ya...saya pakai, tetapi jika pelanggan tidak mau ya...saya tidak pakai".

"Saya tidak mau pakai kondom, karena kata pelanggan saya...makan pisang kok sama kulitnya".

"Kalau tamu saya tidak mau pakai....ya....saya tidak pakai, eman-eman Rp.200.000,- masa hilang?"

Beberapa pernyataan di atas menunjukkan, mayoritas PSK akan memakai kondom jika pelanggan mau memakai. Hal ini dapat diasumsikan baik PSK maupun pelanggan PSK belum mempunyai ketetapan hati atau kesadaran untuk melindungi diri dari penularan penyakit kelamin dengan menggunakan kondom. Pada pelaksanaan terapi kelompok pertama, dibagikan 5 kondom gratis kepada peserta disertai beberapa *leaflet* yang terkait dengan kesehatan reproduksi dan penyakit AIDS. Respon dari peserta terhadap kondom tidak terlalu antusias, mereka menerima dengan sikap datar dan tidak terlalu peduli.

Pada pelaksanaan terapi kelompok yang ke dua diawali dengan pemberian pendidikan kesehatan tentang kesehatan reproduksi dan penyakit kelamin beserta pencegahannya. Dari hasil diskusi beberapa responden cukup aktif melontarkan beberapa pertanyaan dan beberapa anggota kelompok merespon dengan memberikan jawaban sesuai dengan pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki masing-masing, seperti pertanyaan: "Bagaimana cara saudara mengetahui pelanggan yang mempunyai penyakit kelamin?". Beberapa responden menjawab:

"Lampu terus menyala, sehingga saya tahu persis apakah pelanggan ada luka atau borok, jika ada boroknya saya yakin dia menderita penyakit kelamin".

"Saya pencet kemaluannya, jika ada nanah saya tidak mau melayani, karena pasti dia menderita penyakit kelamin".

"Saya bisa tahu dari bauya, jika pelanggan baunya tidak enak, kemungkinan besar dia menderita penyakit kelamin".

Jawaban responden tersebut dapat diasumsikan, beberapa responden sudah mengetahui secara praktis pelanggan yang menderita penyakit kelamin, dengan cara mendeteksi penyakit kelamin secara sederhana, hal ini dimungkinkan berdasarkan pengalaman atau informasi dari sesama PSK.

Pada saat dilakukan diskusi kelompok ke dua, juga diberikan penyuluhan tentang cara menggunakan kondom secara benar, anggota kelompok dapat belajar dari sesama anggota lain, dan saling melengkapi sehingga pada akhir diskusi semua anggota kelompok mempunyai pengetahuan dan persepsi yang sama tentang masalah kesehatan yang sering dihadapi sehari-hari, khususnya yang berkaitan dengan penggunaan kondom.

Pada diskusi kelompok yang ke tiga, antara peneliti dan anggota kelompok sudah terjalin hubungan saling terbuka, masing-masing anggota kelompok sudah berani menceritakan permasalahan pribadinya tanpa malu-malu, dan mengharapkan ada masukan/informasi dari anggota kelompok lain, seperti pertanyaan yang diajukan oleh salah satu anggota kelompok:

“.....Pelanggan saya pernah memaksa saya untuk menggunakan alat-alat untuk berhubungan seks seperti cicin, gotri, bulu kambing yang dipasang pada kemaluan, apakah itu berbahaya untuk kesehatan saya?”

Pertanyaan diatas, menunjukkan anggota kelompok sudah mulai mencari informasi dan solusi yang berkaitan dengan kesehatannya, hal ini merupakan perkembangan yang sangat baik, karena individu sudah sadar tentang kondisi dan kemungkinan masalah yang timbul akibat perilaku seks yang dijalani. Beberapa jawaban dari anggota kelompok yang lain tentang permasalahan temannya, sudah sesuai dengan konsep kesehatan seperti pernyataan berikut:

“.....Sebenarnya kita hanya digunakan sebagai alat pemuas pelanggan, dan itu sangat berbahaya, karena alat kelamin kita dapat rusak, kalau rusak kita tidak dapat mencari uang lagi, ruginya banyak sekali, kita dapat Rp. 200.000,- tapi jika sakit biayanya lebih dari itu.”

“Kita harus berani menolak, jika tindakan tersebut sangat merugikan kita, pelanggan senang tetapi kita kesakitan?”

Jawaban tersebut menggambarkan adanya pemahaman yang sama tentang konsep perilaku seks yang membahayakan/merugikan, sehingga pada akhir

diskusi sudah tercapai kesepakatan untuk berani menolak pelanggan jika perilaku seks tersebut merugikan kesehatan.

Pada akhir terapi kelompok perilaku responden terhadap penggunaan kondom sangat positif hal ini terlihat dari permintaan responden terhadap kondom.

“Bu.... Saya minta kondomnya lagi ya? Yang kemarin sudah habis”.

“Saya masih aktif lho....minta kondomnya pak”.

Pada pertemuan yang ketiga, dibagikan 10 kondom lagi secara gratis, tetapi beberapa PSK meminta lebih, dengan alasan pelanggannya cukup banyak dan akan berusaha untuk menggunakan kondom selalu.

Model terapi kelompok bertujuan untuk membantu anggota kelompok berhubungan dengan orang lain dan merubah perilaku yang maladaptive menjadi adaptive. Kekuatan kelompok ada pada kontribusi dari setiap anggota kelompok dalam mencapai tujuan kelompok.

Fungsi kelompok akan tercapai jika anggota kelompok berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain. Dari hasil terapi kelompok yang dilakukan selama tiga kali pada PSK dapat dilihat banyak sekali perubahan yang bisa dilihat, baik pengetahuan, sikap maupun perilaku responden tentang seks yang sehat.

Kesimpulan

Terapi kelompok sangat efektif digunakan sebagai media pendidikan kesehatan, dengan terapi kelompok maka individu dapat mengembangkan diri secara positif, memperoleh pengetahuan secara aktif, serta dapat mengembangkan pola pikir realistis. Hal ini terbukti setelah dilakukan penelitian dengan menggunakan uji statistik *paired t-test* diperoleh hasil $p=0,000$ dan $\alpha=0,05$. Maka hipotesa penelitian diterima ada perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku sebelum dan sesudah dilakukan terapi kelompok pada pekerja seks komersial (NM, JS, YA).

Referensi

- Dianawati, A. (2002). *Pendidikan seks untuk remaja* (Cetakan ke 3). Jakarta: EGC.
- Keliat, B. (2002). *Konsep diri*. Jakarta: EGC.
- Niven, N. (1994). *Health psychology: An introduction for nurses and other health care professionals*. London: Churchill Livingstone.
- Notoatmodjo, S. (1997). *Ilmu kesehatan masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rawlins, R.P., Williams, S.R., & Beck, C.K. (1993). *Mental health psychiatric a holistic hife-ycle approach*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stuart, G. W., & Laraia, M.T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Seventh ed. Philadelphia. St Louis: Mosby Year Book.

Seseorang yang oprimis akan melihat adanya kesempatan dalam setiap malapetaka,
sedangkan orang pesimis melihat malapetaka dalam setiap kesempatan.

- Anonim -

Orang besar bukan orang yang otaknya sempurna,
tetapi orang yang mengambil sebaik-baiknya dari otak yang tidak sempurna.

- Anonim -

Ketahuilah bahwa sabar, jika dipandang dalam permasalahan seseorang
adalah ibarat kepala dari suatu tubuh.
Jika kepalanya hilang maka keseluruhan tubuh itu akan membusuk.
Sama halnya, jika kesabaran hilang, maka seluruh permasalahan akan rusak.

- Khalifah 'Ali -

Setiap hari berpotensi baik,
tetapi memang tidak setiap pribadi dari kita berfokus pada perasaan,
pikiran, dan tindakan yang mengubah potensi baik menjadi kenyataan baik.

- Mario Teguh -

PENURUNAN KEJADIAN LUKA TEKAN *GRADE I* (*NON BLANCHABLE ERYTHEMA*) PADA KLIEN STROKE MELALUI POSISI MIRING 30 DERAJAT

Dame Elysabeth Tuty Arna Uly Tarihoran^{1,2*}, Ratna Sitorus³, Lestari Sukmarini³

1. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Pelita Harapan, Tangerang 15811, Indonesia

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

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

*Email: elysabeth_tarihoran@uph.edu, lisa_tarihoran@yahoo.com

Abstrak

Morbiditas dan mortalitas akibat dari luka tekan semakin hari semakin meningkat. Kurangnya aplikasi strategi pencegahan luka tekan berdasarkan rekomendasi terkini. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh pengaturan posisi miring 30 derajat mencegah kejadian luka tekan *grade I* (*Non Blanchable Erythema*) pada klien stroke dengan imobilisasi. Metode yang digunakan *quasi experiment purposive sampling*, dengan 33 responden (16 kontrol dan 17 intervensi) kelompok intervensi dan kontrol mendapatkan perawatan sesuai institusi. Kelompok intervensi diberikan aplikasi posisi miring 30 derajat dengan menggunakan penyanggah bantal segitiga. Kejadian luka tekan dievaluasi setelah 3x 24 jam. Hasil penelitian menyatakan perbandingan kejadian luka tekan sangat signifikan ($p=0,039$, $\alpha=0,05$), $R=9,600$, kelompok kontrol berpeluang terjadi luka tekan hampir 10 kali dibanding kelompok intervensi. Pengaturan posisi miring 30 derajat sebaiknya dijadikan sebagai strategi pencegahan luka tekan.

Kata kunci: luka tekan, miring 30 derajat, pencegahan, pengaturan posisi, stroke

Abstract

Morbidity and mortality from pressure ulcer are increasing in number. The application of injury prevention strategies based on the recommendations. The aim of this research to identify the effect of 30 degree lateral positioning on the incidence of grade I (Non Blanchable Erythema) pressure ulcer. The method used quasi-experimental with control group study, purposive sampling technique involving 33 patients, divided into 2 groups, (control n=16, intervention n=17). Both groups received the standard of care in the hospital. The intervention group was given 30 degree lateral position by using a triangular pillow. The incidence of grade I pressure ulcer were evaluated within 3x24 hours. The result show that the incidence of pressure ulcer was statistically significant between the group ($p=0,03$, $\alpha=0,05$) $OR=9.600$, where the control group have an almost 10 times the risk to development of grade I pressure ulcer. 30 degree lateral position should be used as a pressure ulcer prevention strategies.

Keywords: pressure ulcer, 30 degree lateral position, prevention, turning position, stroke

Pendahuluan

Luka tekan adalah cedera yang terlokalisasi pada kulit dan atau jaringan dibawahnya biasanya diatas tonjolan tulang, sebagai akibat adanya tekanan, atau kombinasi dari tekanan dan gesekan (NPUAP-EPUAP, 2009). Luka tekan menimbulkan ancaman dalam pelayanan kesehatan khususnya bagi klien dengan keterbatasan mobilitas, penyakit kronis dan klien-klien lanjut usia. Hal ini menjadi masalah serius karena populasi klien yang berpotensi luka tekan jumlahnya semakin meningkat (Bryant, 2000), di rumah sakit, komunitas, segala tingkat usia, sosial, dan ras (Culley, 2000).

Di Asia, negara Korea, kejadian luka tekan meningkat dari 10%-45% (Kim, et al., 2009). Di Indonesia, survei angka kejadian dekubitus di Rumah Sakit Sardjito Yogyakarta pada Oktober 2001, dilaporkan bahwa dari 40 orang klien yang tirah baring, 40% menderita luka dekubitus (Purwaningsih, 2000 dalam Setiyawan, 2008). Tahun berikutnya Setyajati (2001) melakukan survei angka kejadian luka tekan di Rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta, didapatkan 38.18% klien mengalami luka tekan (Setiyawan, 2008). Indikator standar mutu pelayanan rumah sakit oleh WHO, diadopsi oleh Depkes RI 2001 ditetapkan bahwa sasaran target mutu dekubitus 0% (Lumenta, 2008).

Melihat angka kejadian luka tekan yang tinggi di Indonesia, sangatlah wajar, bila masalah luka tekan perlu penanganan khusus.

Insiden luka tekan di rumah sakit lebih tinggi dibandingkan di komunitas seperti yang diungkapkan Hobbs (2004) pada perawatan jangka panjang seperti *nursing home* berkisar 2,4% - 23%, sedangkan di rumah sakit 2,7% - 29,5%. Hal diatas cukup ironis, mengingat rumah sakit sebagai tatanan pelayanan rujukan dalam masalah kesehatan. Clark menyatakan bahwa teknologi yang semakin canggih, namun insiden luka tekan tidak pernah turun (Moore, 2004). Semakin menegaskan kembali bahwa teknologi tidak dapat sepenuhnya menggantikan peran pemberi pelayanan perawatan.

Penelitian tentang bagaimana pengaturan posisi yang paling tepat masih sangat sedikit, terbukti baru 17 literatur yang ditemukan dari 1965 - 2006 (Vanderwee, 2006). Aplikasi pengaturan posisi di tatanan pelayanan kesehatan banyak dilakukan semata-mata berdasarkan rutinitas dan kebiasaan saja. Ini diungkapkan oleh Clark (1998) bahwa perubahan posisi setiap dua jam sekali pada klien seringkali lebih karena mengikuti kebiasaan atau ritual dibandingkan nilai dan makna hasil penelitian yang sebenarnya (Moore, 2004).

Suriadi (2002) membuktikan bahwa imobilisasi adalah faktor resiko yang paling signifikan menyebabkan luka tekan dalam penelitiannya di salah satu rumah sakit di Pontianak (Sari, 2007). *Evidence Based Practice* mengenai pencegahan luka tekan (Adelaide, 1997) ditemukan empat rekomendasi pengkajian kulit, pembebasan tekanan, penggunaan alat bantu, dan perbaikan kualitas. *National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP-EPUAP) 2009* menetapkan enam, yaitu pengkajian resiko, pengkajian kulit, nutrisi, pengaturan posisi, penggunaan alat penyanggah, dan populasi khusus. Pada kenyataannya, aplikasinya sangat minim di tatanan pelayanan.

Florence Nightingale (1859) menuliskan “*If he has bedshore, it’s generally not the fault of the disease, but of the nursing*” (Nightingale, 1859 dalam Ayello

& Lyder, 2008). Perawat sejatinya mempunyai peran yang paling utama sebagai garis pertahanan terdepan yang mencegah dan menjaga klien dari berkembangnya luka tekan (Ayello & Lyder, 2008).

Pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan dan luka tekan pun tidak terjadi. Tom Defloor meneliti sepuluh posisi yang berbeda-beda, didapatkan bahwa tekanan yang paling minimal dicapai oleh tubuh yakni saat diposisikan miring 30 derajat (Defloor, 2000).

Seiler tahun 2005 (Vanderwee, et al., 2006) menyatakan bahwa luka tekan pada trokanter dan sakral dapat dieliminasi dengan memiringkan klien hingga 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras. Maklebus dalam “*rule of 30*”, posisi kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat, posisi badan klien dimiringkan sebesar 30 derajat dapat disanggah dengan bantal busa terbukti klien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral (NPUAP, 1996).

Rata-rata angka kejadian luka tekan yang ditemukan di sebuah rumah sakit di Tangerang yakni sebanyak 0,31% (laporan angka kejadian luka tekan Siloam Hospitals Lippo Village, 2009) dan rumah sakit di Jakarta 0,43% (laporan angka kejadian luka tekan Siloam Hospitals Kebun Jeruk, 2009). Angka kejadian luka tekan ini masih belum sesuai dengan standar mutu pelayanan kesehatan yang ditetapkan WHO dan Depkes 2001 yakni 0% (Lumenta, 2008).

Metode

Penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental* dengan *post-test only with control group*. Kelompok intervensi dan kontrol mendapatkan intervensi pencegahan luka tekan sesuai standar pelayanan rumah sakit. Ada yang berbeda pada kedua kelompok tersebut yakni pada saat miring kiri/kanan, seluruh responden pada kelompok intervensi menggunakan bantal segitiga yang telah didisain oleh peneliti untuk menjaga konsistensi perlakuan pada setiap klien.

Sebagai upaya melindungi hak azasi dan aspek etik mulai dari *self determination, privacy, anonymity, informed consent* dan *protection from discomfort* klien diberikan *informed consent*. Setelah itu pengkajian data karakteristik responden berupa nama, diagnosa, jenis kelamin, usia, nilai albumin, indeks massa tubuh, riwayat merokok, skor skala braden.

Sampel penelitian ini adalah klien stroke (setelah fase akut), mengalami imobilisasi, skor Braden < 17, menjalani perawatan inap minimal tiga hari. Penelitian dilakukan di rumah sakit yakni SHLV (*Intervention group*) dan SHKJ (*Control group*). Kejadian luka tekan dievaluasi setiap perubahan posisi hingga maksimal setelah 3 x 24 jam intervensi menggunakan klasifikasi *grade* luka tekan EPUAP-NPUAP 2009.

Pada penelitian ini dilakukan uji homogenitas terhadap usia, jenis kelamin, jenis stroke, skala Braden, riwayat merokok, kadar albumin, dan indeks massa tubuh pada kelompok kontrol dan intervensi. Untuk mengetahui apakah pengaturan posisi miring 30 derajat berpengaruh terhadap kejadian luka tekan menggunakan *Chi Square*. Tingkat kemaknaan ditetapkan sebesar 95%.

Hasil

Tabel 1. Karakteristik Usia Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Jenis Kelompok	n	Mean	Med	SD	Min – Maks	95% CI
Intervensi	17	65,06	65,5	9,91	46-78	59,78 – 70,35
Kontrol	16	65,88	67	12,7	45-85	59,07 – 72,68

Data yang diperoleh selama satu bulan, total responden 33 klien antara lain, 17 (intervensi) dan 16 (kontrol) (tabel 1). Distribusi responden berdasarkan usia rata-rata yakni 65 tahun, stroke hemoragik dan stroke iskemik masing-masing 50%, 21 (63%) laki-laki dan wanita 12 (37%), skor Braden > 9 yakni 15 (46%) klien (tabel 2).

Distribusi frekuensi berdasarkan variabel *confounding* (tabel 3), terdapat 19 (58%) responden berusia < 71 tahun dan yang berusia ≥ 71 tahun sebanyak 14 (42%)

responden. Responden dengan riwayat merokok berjumlah 21 (64%) responden. Kadar albumin responden hampir seimbang dimana 18 (54.5%) responden memiliki kadar albumin >3 gr/dl. Distribusi berdasarkan indeks massa tubuh, sebanyak 22 (66.7%) responden nilai indeks massa tubuh >18 kg/m² 33.3% (tabel 4).

Hasil analisis hubungan antara perlakuan posisi miring 30 derajat dengan kejadian luka tekan (tabel 5), ditemukan bahwa terdapat 6 (37,5%) responden pada kelompok kontrol mengalami luka tekan. Sedangkan pada kelompok intervensi terdapat satu (5,9%) responden terjadi luka tekan (p= 0,039, α= 0,05).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis stroke, Jenis kelamin, dan Skala Braden

Karakteristik	Intervensi		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	N	%
Jenis Stroke						
Stroke Non Hemoragik	8	47.1	8	50	16	48
Hemoragik	9	52.9	8	50	17	52
Jenis Kelamin						
Laki-laki	10	58.8	11	68.8	21	63
Perempuan	7	41.2	5	31.3	12	37
Skala Braden						
Skala Braden ≤ 9	9	52.9	9	56.3	18	54
Skala Braden > 9	8	47.1	7	43.8	15	46
Total	17	100	16	100	33	100

Kejadian luka tekan *grade I (Non Blanchable Erythema)* terjadi pada trokanter kanan, trokanter kiri dan siku kiri, trokanter kiri dan tumit kiri, tumit kiri, trokanter kanan dan siku kanan, serta sakrum kuadran kanan atas. Disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengaturan posisi dengan kejadian luka tekan. Responden yang tidak diberi posisi miring 30 derajat berpeluang 9,6 kali terjadi luka tekan dibanding dengan responden dengan perlakuan posisi miring 30 derajat (OR= 9.600).

Analisis hubungan antara *confounding variable* dengan kejadian luka tekan pada kelompok intervensi (tabel 6) menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan, namun mengindikasikan adanya resiko.

Responden yang usianya ≥ 71 tahun beresiko 0,8 kali terjadi luka tekan, merokok beresiko hampir 0,9 kali terjadi luka tekan, responden dengan IMT < 18 kg/m² beresiko 0,8 kali terjadi luka tekan, dan responden dengan albumin < 3 mg/dL, beresiko 0,8 kali mengalami luka tekan.

Pembahasan

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Tom Defloor dimana dari sepuluh posisi yang berbeda-beda, didapatkan bahwa tekanan yang paling minimal tercapai saat klien diposisikan miring 30 derajat (Defloor, 2000). Maklebust dalam "rule of 30" dimana kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat, badan klien dimiringkan 30 derajat disanggah bantal busa terbukti membebaskan klien dari penekanan area trokanter, sakral (NPUAP, 1996). Didukung penelitian Seiler tahun 2000 (Vanderwee, et al., 2006), luka tekan area trokanter dan sakral dapat dieliminir dengan memiringkan klien 30 derajat secara teratur, menyangganya dengan matras.

Tabel 3. Distribusi Variabel *Confounding* Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel <i>Confounding</i>	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		Total	
	n	%	n	%	N	%
Usia						
≥ 71 Tahun	7	41,2	7	43,8	14	42
< 71 Tahun	10	58,8	9	56,2	19	58
Riwayat Merokok						
Merokok	9	52,9	12	75	21	64
Tidak Merokok	8	47,1	4	25	12	36
Kadar Albumin						
≤ 3 gr/dl	8	47,1	7	43,8	15	45,4
> 3 gr/dl	9	52,9	9	56,2	18	54,5
Total	17	100	16	100	33	100
Indeks Massa Tubuh						
≤ 18 kg/m ²	6	35,3	5	31,3	11	33,3
> 18 kg/m ²	11	64,7	11	68,7	22	66,7

Peneliti melihat bahwa pengaruh pemberian posisi miring ini sangat bermakna dalam mencegah terjadinya luka tekan. Hasil penelitian didapat 6 responden dari kelompok yang tidak diberikan posisi miring 30 derajat

mengalami luka tekan, sedangkan 17 responden pada kelompok yang diberi posisi miring 30 derajat hanya 1 yang mengalami luka tekan.

Kesimpulan

Ada pengaruh yang signifikan antara pengaturan posisi dengan kejadian luka tekan grade I (*Non Blanchable Erythema*) ($p = 0,039$, $\alpha = 0,05$) dengan nilai OR = 9,600, artinya responden yang tidak diberi perlakuan posisi miring 30 derajat mempunyai peluang 9,6 kali untuk terjadi luka tekan dibanding dengan responden yang diberi perlakuan posisi miring 30 derajat. Secara luas, pengaruh pemberian posisi 30 derajat ini akan berdampak pada penurunan angka kejadian luka tekan.

Tabel 4. Uji Homogenitas Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel <i>Confounding</i>	Intervensi		Kontrol		Total		P
	n	%	n	%	N	%	
Skor Skala Braden							
Skala Braden ≤ 9	9	52,9	9	56,2	18	54	1,000
Skala Braden > 9	8	47,1	7	43,8	15	46	
Jenis Stroke							
SNH	8	47,1	8	50	16	48	1,000
SH	9	52,9	8	50	17	52	
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	10	58,8	11	68,8	21	63	0,721
Perempuan	7	41,2	5	31,2	12	37	
Usia							
≥ 71 Tahun	7	41,2	7	43,8	14	42	1,000
< 71 Tahun	10	58,8	9	56,2	19	58	
Riwayat Merokok							
Merokok	9	52,9	12	75	21	64	0,282
Tidak Merokok	8	47,1	4	25	12	36	
Kadar Albumin							
≤ 3 gr/dl	8	47,1	7	43,8	15	45,4	1,000
> 3 gr/dl	9	52,9	9	56,2	18	54,5	
Indeks Massa Tubuh							
≤ 18 kg/m ²	6	35,3	5	31,3	11	33,3	1,000
> 18 kg/m ²	11	64,7	11	68,7	22	66,7	

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam memodifikasi Standar Prosedur Operasional (SPO) pencegahan luka tekan di institusi pelayanan kesehatan. Bantal segitiga yang didisain oleh peneliti dapat dijadikan alternatif sebagai penyanggah.

Penelitian selanjutnya perlu dipertimbangkan menambah jumlah sampel lebih besar lagi guna hasil lebih representatif. Diharapkan hasil penelitian dapat diaplikasikan dalam proses belajar mengajar di praktik klinik. Karena institusi pendidikan merupakan tempat sosialisasi yang paling efektif dalam mensosialisasikan *evidenced-based practice* (TG, RS, YA).

Tabel 5. Pengaruh Pengaturan Posisi Miring 30 Derajat dengan Kejadian Luka Tekan

Variabel Independen	Variabel Dependen				OR 95% CI	P
	Luka Tekan		Tidak Luka Tekan			
	Luka Tekan n (%)	Tidak Luka Tekan n (%)	Luka Tekan n (%)	Tidak Luka Tekan n (%)		
Kontrol	6 37,5	10 62,5	1 5,9	16 94,1	9,600	0,039
Intervensi	1 5,9	16 94,1	1 5,9	16 94,1	1,002-91,964	

Referensi

- Adelaide, S.A. (1997). Best practice: Evidence based practice information sheets for health professionals. *Australian Nursing Journal*, 1 (1). Diperoleh dari <http://www.joannabriggs.edu>.
- Ayello, E., & Lyder, C.H. (2008). *Pressure ulcers: A patient safety issue* (Chapter 12). Diperoleh dari <http://www.ahrq.gov/qual/nursesbdbk/docs>.
- Bryant, R. (2000). *Acute and chronic wound: Nursing management*. St. Louis: Mosby.
- Colin, D. (1996). Comparison of 90° and 30° laterally inclined positions in the prevention of pressure ulcer using transcutaneous oxygen and carbondioxide pressure. *Advances in wound care*, 9 (3), 35-38.
- Compas, C. (2010). *Pressure ulcer prevention and management*. Diperoleh dari www.afmc.org/documents/quality_improve/pu_pres.ppt.
- Defloor, T. (2000). The effect of position and mattress on interface pressure. *Applied nursing research*, 13 (1).
- Dharmono. (2010). Depresi dan stroke saling berhubungan. *Balipost*. Diperoleh dari <http://www.balipost.com>.
- Elliot, R., McKinley, S., & Fox, V. (2008). Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. *American journal of critical care*, 17 (4), 328-337.
- Fisher, A., Wells, G., & Harrison, M. (2004). Factors associated with pressure ulcers in adults in wcutel care hospitals. *Journal of Advanced Wound Care*, 18 (5), 242-253.
- Hobbs, B. K. (2004). Reducing the incidence of pressure ulcers: Implementation of a turn-team nursing program. *Journal of gerontological nursing*, 30 (11), 46-51.
- Kale, E.D. (2009). *Efektifitas skala Braden dalam memprediksi kejadian luka tekan di bangsal bedah-dalam RSU Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang* (Tesis Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat). Diperoleh dari <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=124739>.
- Kim, E., Lee, S., Lee, E., & Eom, M. (2009). Comparison of the predictive validity among pressure ulcer risk assessment scales for surgical ICU patients. *Australian journal of advanced nursing*, 26 (4).
- Laporan angka kejadian luka tekan SHKJ (2009). Wound and Diabetic care department Siloam Hospitals Kebun Jeruk.
- Laporan angka kejadian luka tekan SHLV. (2009). Wound and Diabetic care department Siloam Hospitals Lippo Village.
- Lumenta, N. (2008). *Lokakarya PELKESI: Strategi mempersiapkan dan menjaga mutu akreditasi rumah sakit*. Diperoleh dari www.scribd.com/doc/nico-lumenta-Mutu-Akreditasi-RS.
- Moore, Z., & Price, P. (2004). Nurse's attitude, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention, *Journal of clinical nursing*, 13, 942-951.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (1996). *Quick reference guide*. Diperoleh dari www.npuap.org/guidelines.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel-European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP-

EPUAP). (2009). *Quick reference Guide Washington DC*. Diperoleh dari www.npuap.org/

Sari, Y. (2007). *Luka tekan: Penyebab dan pencegahan*. Diperoleh dari www.ppni.com.

Setiyawan. (2008). *Hubungan tingkat pengetahuan, sikap dengan perilaku perawat dalam upaya pencegahan dekubitus di rumah sakit Cakra Husada Klaten* (Tesis master, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Jawa Tengah). Diperoleh dari <http://etd.eprints.ums.ac.id/908/1/j220060012.pdf>.

Vanderwee, K., Grypdonck, Bacquer, D., & Defloor, T. (2006). Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions. *Journal of advanced nursing*, 57, 59-68.

Young. (2004). The 30 ° tilt position vs the 90° lateral and supine positions in reducing the incidence of non blanching erythema in a hospital inpatient population. *Journal of tissue viability*, 14 (3).

Tabel 6. Hubungan antara Usia, Riwayat Merokok, Kadar Albumin, IMT pada Kelompok Intervensi

Variabel	Luka Tekan				Total		OR 95% CI	P
	Luka Tekan		Tidak Luka Tekan		N	%		
	n	(%)	n	(%)				
Usia								
>71 Thn	1	14,3	6	85,7	7	100	0,857	0,412
≤71 Thn	0	0	10	100	10	100	(0,633-1,160)	
Merokok								
Merokok	1	11,1	8	88,9	9	100	0,889	1,000
Tdk Merokok	0	0	8	100	8	100	(0,706-1,120)	
Nilai IMT								
< 18 kg/m ²	1	16,7	5	83,3	6	100	0,833	0,353
≥ 18 kg/m ²	0	0	11	100	11	100	(0,583-1,192)	
Kadar Albumin								
<3 g/dL	1	12,5	7	87,5	8	100	0,87	0,471
≥ 3 g/dL >	0	0	9	100	9	100	(0,673-1,137)	

Kita tidak pernah bisa belajar jadi berani dan sabar kalau di dunia ini hanya ada kebahagiaan

- Hellen Keller -

Anda tidak akan pernah menemukan kedamaian dengan cara mengabaikan kehidupan.

- Virginia Wolf -

PENURUNAN RISIKO KAMBUH DAN LAMA RAWAT PADA KLIEN STROKE ISKEMIK MELALUI RENCANA PEMULANGAN TERSTRUKTUR

Uke Pemila^{1,2*}, Ratna Sitorus³, Sutanto Priyo Hastono⁴

1. RSUD Lubuk Basung Kabupaten Agam, Sumatera Barat 26415, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: uke_pemila@yahoo.com

Abstrak

Penelitian tentang pengaruh rencana pemulangan terstruktur klien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, lama rawat, dan peningkatan status fungsional telah dilakukan di sebuah RS di Bukittinggi. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen dengan sampel 43 orang (20 kelompok intervensi dan 23 kelompok kontrol). Hasil penelitian menunjukkan perbedaan faktor risiko kekambuhan ($p=0,00$; $\alpha=0,05$), lama rawat ($p=0,02$; $\alpha=0,05$) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan rencana pemulangan, namun belum dapat mengubah status fungsional klien (penilaian *Barthel Index*). Rencana pemulangan terstruktur pada klien stroke iskemik dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan dan lama rawat. Hasil penelitian ini dapat diterapkan dalam penatalaksanaan stroke iskemik di rumah sakit maupun di rumah (*home care*). Penelitian lanjut perlu dilakukan untuk mengkaji pengaruh sistem dukungan klien dalam upaya mencegah kekambuhan, komplikasi, dan meminimalkan kecacatan pada klien stroke.

Kata kunci: faktor risiko kekambuhan, lama rawat, klien stroke iskemik, rencana pemulangan, status fungsional

Abstract

A research to examine the effect of structured discharge planning for the ischemic stroke patients in decreasing the recurrence risk factors and length of stay, and improving functional status has been conducted in a hospital in Bukittinggi. This quasi-experimental research included 43 subjects (20 subjects as the intervention group and 23 subjects as the control group). The findings of the study demonstrated that there is difference in recurrence risk factors ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) and length of stay ($p=0,02$; $\alpha=0,05$) but no difference in functional status (measured by Barthel Index) between two groups. This finding showed that structured discharge planning has significant effect to reduce recurrence of risk factors and length of stay of the ischemic stroke patients. This study can be an evidence to be incorporated in the ischemic stroke nursing care in the hospital as well as home care. Further, it is recommended to examine the patient's support system on reducing stroke recurrence, complication, and disability.

Keywords: recurrence risk factor, length of stay, ischemic stroke patient, discharge planning, functional status

Pendahuluan

Stroke merupakan penyakit serius karena memiliki angka kematian cukup tinggi yaitu lebih dari 15 juta jiwa/ tahun di seluruh dunia. Sekitar 5 juta orang pernah mengalami stroke di Amerika Serikat. Di Indonesia, stroke menyerang 35,85% klien lanjut usia dan 12,9% pada usia yang lebih muda. Penderita stroke diperkirakan berjumlah 500.000 jiwa setiap tahun dan 2,5%-nya meninggal dunia. Angka kejadian stroke di Indonesia meningkat tajam. Bahkan saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Bila tidak ditangani dengan serius,

diperkirakan pada tahun 2020 sekitar 7,6 juta jiwa akan meninggal akibat serangan stroke (Rien, 2009). Angka kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemoragik, yaitu sebanyak 80-85% dari seluruh kejadian stroke. Meskipun prevalensi kejadian stroke iskemik cukup tinggi, tetapi harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dari pada stroke hemoragik. Namun demikian, tingkat kecacatan akan lebih berat pada stroke iskemik akibat kerusakan neuron-neuron yang terkena iskemik. Masa pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke-8 (Harsono, 1999).

Waktu pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik sangat tergantung pada kualitas penatalaksanaan dan asuhannya. Lama hari rawat dapat dijadikan sebagai alat ukur dalam mengevaluasi kualitas asuhan yang diberikan suatu pelayanan kesehatan. Selain itu, evaluasi penatalaksanaan stroke juga dinilai dari upaya untuk mencegah terjadinya serangan berulang pada klien stroke. Kejadian stroke berulang menunjukkan angka yang cukup tinggi. Harsono (1999) menjelaskan bahwa kejadian emboli berulang pada otak antara 30-65%, dan risiko serangan ulang yang terjadi beberapa minggu pertama setelah serangan adalah 15-25%, dengan risiko kematian 20% dalam satu bulan pertama.

Penatalaksanaan utama stroke pada fase akut bertujuan untuk mencegah agar stroke tidak berlanjut atau berulang, mengupayakan agar kecacatan dapat dibatasi, mencegah terjadinya komplikasi, membantu pemulihan, serta mencegah terjadinya kematian. Tujuan penatalaksanaan stroke ini merupakan tanggung jawab utama bagi semua tenaga kesehatan yang tergabung dalam tim tatalaksana stroke. Tenaga kesehatan juga melibatkan klien dan keluarga agar memiliki pemahaman tentang proses penyakit, cara penanganan, serta kontinuitas perawatan pada fase rehabilitasi dan adaptasi yang disusun dalam suatu rencana pemulangan (Rasyid, et al., 2007).

Rencana pemulangan merupakan suatu proses mempersiapkan klien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai klien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal klien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). Tindakan utama dalam rencana pemulangan adalah pemberian pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan dukungan terhadap kondisi kesehatan klien, serta tindak lanjut yang harus dilakukan setelah pulang ke rumah (Slevin, 1986).

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi-eksperimen *non-equivalent control group*. Besar sampel yaitu 43

responden. Sejumlah 20 responden pada kelompok intervensi diberikan rencana pemulangan terstruktur dan 23 responden pada kelompok kontrol diberikan rencana pemulangan rutin yang ada di rumah sakit.

Kriteria inklusi meliputi: (1) klien stroke iskemik yang baru masuk ruang perawatan; (2) serangan stroke iskemik untuk pertama kalinya; (3) kesadaran kompos mentis kooperatif; dan (4) klien stroke iskemik yang memiliki satu atau lebih faktor risiko sebagai berikut: hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, serta faktor gaya hidup (merokok, aktifitas fisik yang kurang, kegemukan, diet yang salah, dan penggunaan alkohol).

Pengumpulan data dilakukan pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menilai skor faktor risiko kekambuhan pada saat masuk ruang perawatan dan saat klien kontrol ke poliklinik sesuai waktu yang telah ditetapkan, penilaian status fungsional diukur saat klien masuk dan saat klien keluar (pulang) serta penilaian lama hari rawat. Analisis data dilakukan dengan *Paired t-test* (uji *T dependen*) untuk mengetahui apakah ada pengaruh rencana pemulangan terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, status fungsional sebelum dan sesudah diberikan rencana pemulangan pada kelompok intervensi dan kontrol.

Pooled t-test (uji *T independen*) digunakan untuk mengetahui perbedaan lama hari rawat pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. *Multivariate Analysis of Variance* (MANOVA) digunakan untuk membandingkan pengaruh variabel dependen (faktor risiko kekambuhan, lama rawat, dan status fungsional) pada setiap kelompok yang ada pada variabel independen (umur dan tingkat pendidikan).

Hasil

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Jenis Kelompok	N	Mean	Med	SD	Min – Mak	95% CI
Intervensi	20	57,6	58	8,0	43- 70	53,8- 61,3
Kontrol	23	57,4	54	9,9	40- 76	53,1- 61,7

Karakteristik Responden

Perbedaan umur responden kelompok intervensi dan kontrol tidak jauh berbeda. Dari 43 responden rerata umur 57 tahun (lihat tabel 1). Tingkat pendidikan responden terbanyak yaitu SMP, tujuh orang (35%) pada kelompok intervensi dan sembilan orang (39,1%) pada kelompok kontrol. Tingkat pendidikan paling sedikit ialah Perguruan Tinggi hanya dua orang pada kelompok intervensi.

Hubungan Karakteristik Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, LOS (*Length Of Stay*), dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Hasil penelitian menunjukkan umur hanya memiliki hubungan bermakna dengan lama rawat (*Length of Stay/LOS*) ($p= 0,02, \alpha= 0,05$) (tabel 2). Sementara itu, umur tidak memiliki hubungan dengan faktor risiko kekambuhan dan status fungsional ($p> 0,05$). Faktor risiko kekambuhan diukur menggunakan instrumen penilaian faktor risiko stroke oleh Feigin (2007) dengan menjumlahkan skor dari semua faktor risiko stroke baik faktor risiko yang dapat dimodifikasi maupun tidak dapat dimodifikasi. Hasil penjumlahan dari skor faktor risiko tersebut ada dalam rentang 0-25. Skor tersebut dikategorikan risiko rendah bila memiliki nilai 1-4, risiko sedang bila nilai 5-9, risiko tinggi bila nilai 10-13, serta risiko sangat tinggi bila total nilai > 14 .

Tabel 2. Analisis Hubungan Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, LOS (*Length Of Stay*) dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Variabel	r	R ²	Persamaan garis	p
Umur	0,002	0,0	FR = 4,5+ Umur	0,9
	0,3	0,1	LOS = 2,7+ 0,1 Umur	0,02
	0,03	0,001	SF = 9,6 + 0,01 Umur	0,08

Hubungan Karakteristik Tingkat Pendidikan Klien Stroke Iskemik terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Hasil analisis pada tabel 3 menunjukkan ada hubungan tingkat pendidikan dengan faktor risiko kekambuhan dengan $p= 0,008, \alpha= 0,05$. Akan tetapi, tidak ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan

lama rawat dengan ($p= 0,5, \alpha= 0,05$). Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status fungsional (*Barthel Index*) ($p= 0,5, \alpha= 0,05$).

Hasil penelitian menggambarkan pada kelompok intervensi terdapat perbedaan signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan rencana pemulangan terstruktur ($p= 0,00, \alpha= 0,05$). Sedang pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah diberi rencana pemulangan rutin rumah sakit ($p= 1,00, \alpha= 0,05$).

Perbedaan yang signifikan terdapat diantara kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan rencana pemulangan baik terstruktur maupun rutin rumah sakit ($p= 0,00, \alpha= 0,05$). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan rencana pemulangan ($p= 0,48, \alpha= 0,05$). Dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan lama rawat antara kelompok intervensi dan kontrol ($p= 0,02, \alpha= 0,05$).

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Hasil analisis data menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan terhadap rerata status fungsional (nilai *Barthel Index*) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan rencana pemulangan terstruktur ($p= 0,00, \alpha= 0,05$). Begitu juga dengan kelompok kontrol yang diberikan rencana pemulangan rutin rumah sakit ($p= 0,00, \alpha= 0,05$) (lihat tabel 4).

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Status Fungsional (nilai *Barthel Index*) Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Tidak ada perbedaan signifikan antara rerata status fungsional (nilai *Barthel Index*) klien stroke iskemik sebelum diberi rencana pemulangan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol ($p= 0,39, \alpha= 0,05$) (lihat tabel 5). Begitu juga rerata status fungsional yang dinilai sesudah diberi rencana pemulangan.

Tabel 3. Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, LOS, dan Status Fungsional

Variabel	Mean	SD	95% CI	p
Tingkat Pendidikan dgn Faktor Risiko				
- SD	6,3	2,5	4,7 – 7,8	0,008
- SMP	4,2	2,4	2,9 – 5,5	
- SMU	3,0	1,3	2,2 – 3,9	
- PT	5	0	5 – 5	
Tingkat Pendidikan dgn LOS				
- SD	10	2,6	8,4 – 11,6	0,5
- SMP	9,2	3,3	7,4 – 11	
- SMU	8,8	3,2	6,7 – 10,8	
- PT	11,5	0,7	5,1 – 17,8	
Tingkat Pendidikan dgn Status Fungsional				
- SD	7,3	3,5	5,2 – 9,5	0,001
- SMP	10,4	2,8	8,9 – 11,9	
- SMU	14,3	5,1	11 – 17,6	
- PT	13	2,8	12,4 – 18,4	

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Tabel 6 memperlihatkan ada pengaruh yang signifikan ($p=0,000$, $\alpha=0,05$) faktor risiko ($p=0,000$; $\alpha=0,05$) dan lama hari rawat ($p=0,008$, $\alpha=0,05$) pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan rencana pemulangan, setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Selanjutnya tidak terdapat pengaruh pada status fungsional (penilaian *Barthel Index*) sesudah diberikan rencana pemulangan, setelah dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan ($p=0,873$, $\alpha=0,05$).

Pembahasan

Umur Klien Stroke Iskemik dengan Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Feigin (2007) menyatakan bahwa risiko terkena stroke meningkat sejak umur 45 tahun. Setelah umur 50 tahun, setiap penambahan umur 3 tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%. Umur > 65 tahun memiliki

risiko paling tinggi. Hubungan yang tidak signifikan ini kemungkinan disebabkan karena variasi umur klien yang diteliti sangat kurang yaitu rerata umur klien stroke iskemik adalah 57 tahun, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan dengan pernyataan Feigin (2007) yaitu tidak ada hubungan antara umur klien dengan faktor risiko kekambuhan yang ditunjukkan dalam analisis bivariat dan multivariat. Analisis bivariat dapat disimpulkan bahwa ada hubungan umur dengan lama rawat klien stroke iskemik ($p=0,02$, $\alpha=0,05$).

Hasil ini didukung oleh pendapat Feigin (2007) yang menyatakan bahwa faktor umur mempengaruhi tingkat kepulihan klien. Semakin muda umur klien yang terkena serangan *stroke* tingkat pemulihannya cenderung lebih cepat dan prognosinya juga akan lebih baik dan akan mempersingkat hari rawat klien.

Tabel 2 menunjukkan umur tidak mempengaruhi status fungsional (penilaian *Barthel Index*). Hasil ini diperkuat oleh Umphred (2001) yang menyatakan faktor umur tidak mempengaruhi proses rehabilitasi dalam upaya meningkatkan status fungsional klien stroke.

Tabel 4. Analisis Status Fungsional (Nilai *Barthel Index*) pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

<i>Barthel Index</i>	Kelompok	N	Mean	SD	p
Kelompok Intervensi	Sebelum	20	2,8	2,7	0,00
	Sesudah	20	11,3	3,1	
Kelompok Kontrol	Sebelum	23	5,7	5,6	0,00
	Sesudah	23	10,1	5,5	

Hal ini bertolakbelakang dengan pernyataan Feigin (2007) bahwa faktor umur sangat menentukan tingkat kepulihan klien, semakin muda umur klien yang terkena serangan stroke tingkat pemulihan dan tingkat kemandiriannya juga akan lebih cepat tercapai.

Salah satu kemungkinan penyebab tidak berpengaruh umur terhadap peningkatan status fungsional pada penelitian ini adalah karena jumlah sampel yang sedikit dan variasi umur klien yang kurang pada kelompok intervensi dan kontrol, sehingga belum bisa menggambarkan pengaruhnya pada peningkatan status fungsional.

Tingkat Pendidikan Klien Stroke Iskemik dengan Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan faktor risiko kekambuhan waktu kontrol ($p=0,008$, $\alpha=0,05$; tabel 3). Analisis multivariat menunjukkan tingkat pendidikan mempengaruhi faktor risiko kekambuhan ($p=0,008$, $\alpha=0,05$; tabel 6). Artinya, tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman dan penerimaan seseorang terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan.

Hasil penelitian Angelelli (2006) yang menyimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin bagus kualitas pemberian perawatan lanjutan di rumah setelah klien pulang dari rumah sakit, yang berarti memperkuat hasil penelitian. Penelitian ini juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi lama rawat klien stroke iskemik. Lama rawat merupakan salah satu indikator penilaian kualitas

pelayanan kesehatan yang diberikan pada klien, artinya semakin pendek hari rawat dan klien pulang dengan status kesehatan yang meningkat menandakan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan semakin bagus. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada klien tidak tergantung pada tingkat pendidikan klien. Semua klien memiliki hak yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan.

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) ($p=0,001$, $\alpha=0,05$) (tabel 3). Hal ini diperkuat dengan analisis multivariat pada tabel 6 yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi nilai *Barthel Index*. Upaya peningkatan status fungsional klien diawali dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang tujuan, manfaat serta proses pelaksanaan rehabilitasi yang akan dijalani oleh klien. Proses ini membutuhkan kesamaan persepsi antara perawat, fisioterapis, klien, dan keluarga. Penerimaan klien dan keluarga terhadap pendidikan, arahan perawat, dan fisioterapi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan akan mempermudah terjadi persamaan persepsi dan akan mempercepat proses kemandirian klien.

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada faktor risiko kekambuhan klien stroke iskemik sesudah diberikan rencana pemulangan terstruktur dibanding rencana pemulangan rutin dari rumah sakit. Hasil ini didukung oleh penelitian Dai, Chang, dan Tai (2002) yang menyimpulkan bahwa rencana pemulangan dapat mengurangi faktor risiko kekambuhan pada klien stroke sehingga menurunkan angka serangan berulang. Hal ini diperkuat oleh suatu penelitian meta-analisis yang menjelaskan bahwa rencana pemulangan komprehensif secara signifikan dapat mengurangi angka kekambuhan pada klien (Shepperd, et al., 2004).

Tabel 5. Analisis Perbedaan Status Fungsional (Nilai *Barthel Index*) Kelompok Intervensi dan Kontrol

<i>Barthel Index</i>	Kelompok	N	Mean	SD	p
Sebelum diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	2,8	2,7	0,39
	Kontrol	23	5,7	5,6	
Setelah diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	11,3	3,1	0,39
	Kontrol	23	10,1	5,5	

Skor faktor risiko stroke Feigin (2007) menunjukkan penurunan faktor risiko kekambuhan pada kelompok intervensi dari 6,8 menjadi 2,7. Ini menggambarkan kemungkinan seseorang terkena stroke berkurang sebesar 5-10%. Bila dibandingkan dengan kelompok kontrol, nilai faktor risiko saat masuk rumah sakit sebesar 6,2 dan waktu kontrol ke poliklinik masih 6,2 yang artinya tidak ada penurunan faktor risiko kekambuhan.

Hasil ini memberi makna bahwa klien dan keluarga yang diberikan pendidikan kesehatan lebih awal dan terstruktur menjadi mampu memberikan kontinuitas perawatan setelah klien pulang dari rumah sakit sesuai kebutuhan. Dengan demikian, status kesehatan klien dapat dipertahankan dan faktor risiko kekambuhan dapat berkurang dengan cara berperilaku hidup sehat.

Schneider et al. (2003) dalam penelitiannya juga menyimpulkan bahwa pentingnya pemberian pendidikan kesehatan khususnya tentang tanda, gejala, serta faktor risiko stroke pada kelompok yang berisiko tinggi dan anggota keluarganya akan membantu dalam penatalaksanaan dan upaya pencegahan terjadinya serangan berulang.

Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Lama Rawat Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Perbedaan yang signifikan antara lama rawat klien stroke iskemik kelompok intervensi dengan kelompok

kontrol didapatkan dari hasil penelitian. Rerata lama rawat kelompok intervensi yang mendapat rencana pemulangan terstruktur 8,2 hari sedangkan kelompok kontrol 10,5 hari. Data setahun terakhir di rumah sakit lokasi penelitian menunjukkan rerata lama rawat klien stroke iskemik adalah melebihi 10 hari. Walaupun pencapaian lama rawat belum tercapai sesuai pedoman penatalaksanaan stroke yang ditetapkan, tetapi ada perbedaan yang nyata pada rerata lama rawat kedua kelompok yang diteliti.

Hasil ini membuktikan bahwa pemberian rencana pemulangan terstruktur pada klien stroke iskemik berpengaruh pada lama rawat dan secara tidak langsung akan meringankan beban finansial keluarga khususnya untuk biaya rawat. Semakin singkat hari rawat, biaya pun akan semakin berkurang.

Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian yang sama seperti di Taiwan yang menyimpulkan bahwa rencana pemulangan yang komprehensif dapat mengurangi lama rawat klien stroke tanpa menurunkan kualitas dan waktu pemulihan dalam status fungsional (Dai, Chang & Tai, 2002).

Shepperd, et al. (2004) dalam penelitian meta-analisisnya juga menyimpulkan bahwa pemberian rencana pemulangan komprehensif dapat mengurangi lama rawat. Implementasi utama rencana pemulangan adalah pemberian pendidikan kesehatan sejak awal klien masuk dan dilakukan secara terstruktur dan komprehensif. Rankin dan Stallings (2001) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dapat mengurangi lama rawat. Ini dikarenakan klien dan keluarga dapat berpartisipasi lebih baik dalam pemulihan dan perencanaan untuk kontinuitas perawatan klien setelah pulang.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan lama rawat pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan rencana pemulangan ($p=0,008$) setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Dengan demikian, pemberian rencana pemulangan secara signifikan dapat menurunkan lama rawat yang setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan klien.

Tabel 6. Analisis Pengaruh Umur, Tingkat Pendidikan, dan Kelompok Rencana Pemulangan terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

<i>Independent</i>	<i>Dependent</i>	p
Umur	- Faktor risiko kekambuhan	0,936
	- Lama rawat	0,801
	- Status fungsional (<i>Barthel Index</i>)	0,014
Tingkat Pendidikan	- Faktor risiko kekambuhan	0,008
	- Lama rawat	0,000
	- Status fungsional (<i>Barthel Index</i>)	0,966
Kelompok <i>Discharge Planning</i>	- Faktor risiko kekambuhan	0,000
	- Lama rawat	0,873
	- Status fungsional (<i>Barthel Index</i>)	0,008

Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna peningkatan status fungsional antara klien yang mendapat rencana pemulangan terstruktur dengan klien yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit ($p=0,39$, $\alpha=0,05$).

Pada kedua kelompok terjadi peningkatan status fungsional yang signifikan. Walaupun nilai rerata peningkatan status fungsional pada kelompok yang mendapat rencana pemulangan terstruktur lebih tinggi (nilai *Barthel Index* 11,3) dibandingkan kelompok yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit (*Barthel Index* 10,1).

Hasil penelitian ini memiliki kesamaan dengan penelitian Dai, Chang, dan Tai (2002) dan Shepperd, et al. (2004) yang menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada status fungsional (penilaian *Barthel Index*) antara kelompok intervensi maupun kelompok kontrol karena kedua kelompok menunjukkan adanya peningkatan status fungsional.

Tidak terjadi penurunan faktor risiko kekambuhan pada klien kelompok kontrol. Hal ini membuktikan bahwa klien dan keluarga tidak memiliki pemahaman dan

pengetahuan yang cukup untuk mengendalikan faktor risiko yang dimilikinya sehingga berisiko tinggi untuk terkena stroke berulang (Muller, et al., 2005).

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan rencana pemulangan terhadap faktor risiko ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Oleh karena itu, pemberian rencana pemulangan secara signifikan dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan bila dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan klien.

Kesimpulan

Pemberian rencana pemulangan terstruktur dan komprehensif yang dimulai sejak awal klien stroke iskemik masuk ruang perawatan dapat mempengaruhi faktor risiko kekambuhan, lama hari rawat, dan status fungsional setelah dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko kekambuhan klien yang diberikan rencana pemulangan terstruktur menurun dibandingkan klien yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit. Begitu juga dari lama hari rawat yang membuktikan bahwa lama rawat klien yang mendapat rencana pemulangan terstruktur lebih singkat dari klien yang mendapat rencana pemulangan rutin.

Peningkatan yang signifikan antara kedua kelompok dapat dilihat dari status fungsional, walaupun sama-sama terjadi. Hal ini dapat disimpulkan bahwa peningkatan status fungsional (*Barthel Index*) klien yang mendapat rencana pemulangan terstruktur lebih baik dibanding klien yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit.

Hasil penelitian juga menyatakan bahwa umur tidak mempengaruhi faktor risiko kekambuhan dan status fungsional namun umur berhubungan dengan lama rawat. Sementara faktor risiko kekambuhan dan status fungsional (*Barthel Index*) memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat pendidikan. Rencana pemulangan terstruktur dan komprehensif direkomendasikan untuk dapat diterapkan dalam penatalaksanaan pada klien stroke iskemik.

Perawat (minimal ketua tim atau perawat primer) perlu memiliki pemahaman dan kemampuan dalam menerapkan rencana pemulangan terstruktur untuk menunjang kontinuitas perawatan klien pascastroke dan positif bagi peningkatan kualitas tindakan mandiri keperawatan khususnya sebagai pendidik. Penelitian lanjut diharapkan dapat mengkaji pengaruh sistem dukungan klien dalam upaya mencegah kekambuhan, komplikasi, dan meminimalkan kecacatan pada klien stroke (TN, ENN, PY).

Referensi

- Angelelli, J., et al. (2006). Effect of educational level and minority status on nursing home choice after hospital discharge. *Am J Public Health*, 96 (7), 1249-1253.
- Cawthorn, L. (2005). *Discharge planning under the umbrella of advanced nursing practice case manager*. Canada: Longwoods Publishing.
- Dai, Y.T., Chang, D.R., & Tai, T.Y., (2003). Effectiveness of a pilot project of discharge planning in Taiwan. *Research in Nursing and Health*, 26 (1), 53-63.
- Feigin, V. (2007). *Stroke: Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Harsono. (1999). *Buku ajar neurologi klinis*. Yogyakarta: Penerbit Gadjah Mada University Press.
- Muller, J., et al. (2005). Knowledge about risk factors for stroke. A population-based survey with 28090 participants, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 35-44.
- Rankin, S., & Stallings, K (2001). *Patient education: Principles and practice* (4th edition). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rasyid, et al. (2007). *Unit stroke. Manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Rien, T. (2009). *Stroke...???* Diperoleh dari <http://evianggarini.blogspot.com>.
- Schneider, A., T., et al. (2003). Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *JAMA*, 289: 343-346.
- Shepperd, S., et al., (2004). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Slevin, A. P. (1986). A model for discharge planning in nursing education. *J Community Health Nurs*, 3 (1), 35-42.
- Umphred, D. A. (2001). *Neurological rehabilitation* (4th Ed.). Philadelphia: Mosby.

Hidup kita meningkat hanya bila kita mengambil kesempatan-kesempatan,
dan resiko pertama dan paling sulit yang dapat kita ambil adalah jujur dengan diri kita sendiri.

- Walter Anderson -

Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari
betapa dekatnya mereka dengan keberhasilan saat mereka menyerah.

- Thomas Alva Edison -

PENURUNAN TINGKAT KECEMASAN PADA LANSIA MELALUI TERAPI MUSIK LANGGAM JAWA

Junaidi^{1*}, Zolkhan Noor²

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jl. Lingkar Barat, Tamantirto, Kasihan Bantul, Yogyakarta
2. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah, Yogyakarta

*Email: tarmuloe02@yahoo.co.id

Abstrak

Lansia rentan terkena serangan kecemasan. Relaksasi dengan terapi musik dapat mencegah dan menurunkan kecemasan. Terapi musik langgam Jawa diteliti pengaruhnya terhadap penurunan tingkat kecemasan dalam penelitian kuasi eksperimen *pre-post with control group* ini. Sebanyak 60 sampel penelitian dibagi menjadi dua kelompok, 30 sampel eksperimen dan 30 sampel kontrol diambil secara acak di sebuah panti di Yogyakarta. Instrumen penelitian yang digunakan adalah modifikasi *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* dan terapi dengan kaset campur sari langgam Jawa Waljinah. Ada perbedaan bermakna pada kelompok eksperimen ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) dengan penurunan *mean* 8,58 atau 14,3% dan penurunan yang bermakna pada kelompok kontrol ($p=0,01$, $\alpha=0,05$) dengan penurunan *mean* 2,04 atau 3,4%. Terapi musik langgam Jawa secara signifikan dapat menurunkan tingkat kecemasan terutama gejala kecemasan sedang dan berat pada lansia.

Kata kunci: kecemasan, lansia, terapi musik

Abstract

Elderly people are susceptible to have anxiety. Relaxation with music therapy may avoid and reduce anxiety. The objective of this quasi experimental pre-post with control group research was to identify the influence of the Langgam Jawa music therapy in reducing anxiety. There were 60 samples taken randomly then divided into two groups, 30 samples was experimental group and 30 samples was control group. The instrument used was modified from the Hamilton Rating Scale for Anxieties (HRS-A) and Campur Sari Langgam Jawa cassette by Waljinah. There are significant differences in the experimental group ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) with decrease mean 8,58 or 14,3% and there was significant degradation in control group ($p=0,01$, $\alpha=0,05$) mean degradation 2,04 or 3,4%. Langgam Jawa music therapy can significantly reduce level of anxiety especially moderate and severe anxiety in elderly.

Keywords: anxiety, elderly, music therapy

Pendahuluan

Kecemasan adalah respons emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, dan tidak tenteram disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan manapun sebagai gangguan penyakit (Vida, 2004). Sedangkan menurut Pietra (2001) dan Haryanto, et al. (2004) kecemasan adalah adanya reaksi yang menjadi nyata atau bayangan ancaman dan perasaan umum dari tidak aman atau rasa takut. Masalah kecemasan adalah masalah yang kompleks sehingga perlu penanganan serius.

Prevalensi kecemasan di Indonesia berkisar antara 2-5% dari populasi umum yang disebabkan oleh

berbagai faktor (Rehatta, 1999). Konsep psikoneuroimunologi menjelaskan kecemasan sebagai stresor yang bisa menurunkan imun tubuh. Hal ini terjadi melalui serangkaian aksi yang diperantarai oleh aksis Hipotalamus-Hipofisis-Adrenal sehingga merangsang hormon hipofisis anterior untuk meningkatkan produksi ACTH (*Adrenocorticotropic hormone*). Hormon ini akan merangsang korteks adrenal untuk meningkatkan sekresi kortisol yang selanjutnya akan menekan sistem imun tubuh (Rehatta, 1999; Guyton & Hall, 1997).

Sekitar 6% penduduk Indonesia berusia 60 tahun ke atas dan 3% berusia 65 tahun ke atas atau lebih. Yogyakarta adalah barometer lansia secara nasional seiring dengan meningkatnya angka harapan hidup penduduk di Yogyakarta (Nugroho, 2008).

Data kantor statistik Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada tahun 1990 menunjukkan jumlah lansia pada sensus penduduk tahun 1990 yaitu 317.043 orang (Witiarto, 2001).

Kecemasan khususnya pada lansia semakin hari dapat cenderung semakin meningkat karena banyaknya faktor dari dalam tubuh lansia yang dapat mempengaruhi kecemasan misalnya penurunan fungsi organ. Lansia yang berada di panti dapat mengalami peningkatan kecemasan karena faktor lingkungan dan sosial dalam kehidupan sehari-hari di panti.

Survei pendahuluan di sebuah panti di Yogyakarta sebagai lokasi penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 80% dari total 100 penghuni panti mengalami kecemasan yang beragam mulai dari ringan sampai berat. Angka kecemasan ini termasuk tinggi bahkan untuk ukuran Yogyakarta yang dijadikan barometer lansia di Indonesia. Hal ini membuktikan bahwa kecemasan menjadi salah satu masalah yang perlu ditangani di panti ini.

Angka kecemasan yang tinggi dan faktor penyebabnya yang cukup kompleks memerlukan penanganan yang serius, salah satu pilihannya adalah dengan teknik relaksasi (Budiarti et al., 2006). Salah satu teknik relaksasi yang dapat digunakan adalah terapi musik (*National Safety Council*, 2004). Pilihan musik merupakan hal yang penting karena musik yang dikenal sebelumnya dipercaya lebih efektif untuk mengatasi kecemasan (Salve & Prabowo, 2007; Setiadarma, 2002). Oleh karena itu, pemilihan jenis musik disesuaikan dengan kultur populasi yakni pada penelitian yang melibatkan populasi Jawa dan berlokasi di Yogyakarta ini digunakan terapi musik langgam Jawa. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh terapi musik langgam Jawa terhadap tingkat kecemasan pada lansia.

Metode

Metode penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan rancangan *pre-post test with control group*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan melibatkan kelompok kontrol dan eksperimen. Pemilihan kedua kelompok

ini menggunakan teknik *random sampling* dengan membagi menjadi dua kelompok (Arikunto, 1997). Penelitian melibatkan 60 orang lansia yang mengalami kecemasan dari total 100 orang lansia yang tinggal di Panti. Sejumlah masing-masing 30 sampel dipilih secara acak untuk diberi perlakuan dan atau sebagai kelompok kontrol. Data diambil melalui teknik wawancara dengan bantuan modifikasi kuesioner *Hamilton Rating Scale (HRS-A)*. Sedangkan, *post-test* dilakukan kepada semua partisipan penelitian baik kelompok eksperimen maupun kontrol. Semua subjek penelitian bersuku Jawa sehingga dapat diambil sebagai prasyarat inklusi yakni di wisma A, C, dan E.

Total enam ruangan/wisma yang ada di tempat penelitian yaitu sebuah Panti Werdha di Yogyakarta. Wisma A, C, E dijadikan kelompok perlakuan dan wisma B, D, F sebagai kelompok kontrol. Pembagian kelompok berdasarkan wisma ini bertujuan agar kelompok kontrol dan perlakuan tidak tercampur. Lansia yang berada di Wisma B, D, dan F tidak diberi ijin oleh pihak Panti untuk berkunjung ke ruangan sampel selama proses penelitian dan saat istirahat siang diatur sehingga warga Panti dapat berdiam di kamar untuk istirahat.

Penelitian ini berpedoman pada prinsip-prinsip etika antara lain: tidak membahayakan sampel, menghargai kehormatan sampel, dan memperlakukan sampel secara adil. Setiap sampel telah mendapat penjelasan mengenai tujuan, manfaat penelitian, serta jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan sampel kepada peneliti. Penelitian dilakukan setelah masing-masing sampel menyetujui melalui *informed consent*.

Hasil

Rentang usia pada masing-masing kelompok sampel adalah sama yakni usia 60 tahun ke atas. Jumlah responden terbanyak adalah wanita yakni 23 sampel pada kelompok kontrol dan 20 sampel pada kelompok eksperimen. Jumlah responden pria pada kelompok kontrol dan eksperimen masing-masing 7 dan 10. Status perkawinan sebagian besar adalah janda dan duda. Pada kelompok eksperimen terdapat 19 orang janda dan 9 duda, sedangkan kelompok kontrol terdapat 23 orang janda dan 7 duda (lihat tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

Kelompok Sampel	Rerata Usia	Jenis Kelamin		Rerata lama tinggal	Status pernikahan	Penyakit yang diderita
		Laki-laki	Perempuan			
Eksperimen	≥ 60	10	20	3 bulan-20 tahun	9 duda 19 janda 1 suami-istri	2 hipertensi 4 rematik 23 keluhan somatik
Kontrol	≥ 60	7	23	3 bulan-20 tahun	7 duda 23 janda	9 hipertensi 7 rematik 4 keluhan somatik

Hanya sedikit responden yang hidup secara bersama-sama, yakni sepasang suami istri. Penyakit yang diderita responden sangat beragam seperti hipertensi, rheumatik, dan yang terbanyak adalah keluhan somatik.

Teknik pemberian terapi musik adalah dengan mendengarkan musik langgam Jawa pada jam-jam tertentu sebagai pengantar istirahat. Jenis musik yang digunakan antara kaset yang satu dengan yang lainnya sama, sehingga memiliki homogenitas alat uji.

Hasil analisis tingkat kecemasan responden kelompok eksperimen sebelum diberi terapi musik langgam Jawa memperlihatkan bahwa responden mengalami tingkat kecemasan sedang (33,33%) dan berat (40%). Kemudian setelah diberikan terapi musik Langgam Jawa, tingkat kecemasan berkurang yaitu menjadi 3,33% sedang dan 0% berat.

Tingkat kecemasan responden kelompok kontrol sebelum diberi terapi musik langgam Jawa menunjukkan gejala kecemasan sedang (23,33%) dan berat (23,33%). Setelah enam minggu, dilakukan pengukuran kembali dan didapatkan peningkatan gejala kecemasan yaitu cemas sedang (30%) dan berat (70%). Analisis ini hanya dilakukan pada hasil mayoritas atau yang diakibatkan naik atau turunnya angka *pre test* dan *post test* (lihat tabel 2).

Hasil uji statistik pada kelompok kontrol *pre test* didapatkan *mean* sebesar 19,57, t-hitung -54,79, SD 7,04 ($p=0,00$, $\alpha=0,05$, CI 95%). Pengukuran *pre test* kelompok eksperimen didapatkan hasil *mean* sebesar 25,33, t hitung -50,21, SD 7,05 ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Sedangkan, hasil akhir *post test* pada

kelompok kontrol didapatkan *mean* 17,53, t hitung -47,42, SD 8,37 ($p=0,00$, $\alpha=0,05$). Hasil akhir pengukuran *post test* kelompok eksperimen menunjukkan *mean* 16,80, t hitung -60,47, SD 16,80 ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) (lihat tabel 3).

Pembahasan

Rerata usia antar kelompok sampel saling mendekati dan hampir sama. Responden berjenis kelamin wanita lebih banyak yakni sebesar 71,66%, sedang responden berjenis kelamin pria sebesar 28,33%. Rerata lama tinggal di panti adalah tiga hingga 20 tahun, baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Status pernikahan yaitu 90% janda dan duda, hanya satu pasangan. Jenis penyakit yang diderita antara kelompok kontrol dan eksperimen bersifat homogen. Akan tetapi terdapat perbedaan jumlah yang signifikan, yakni pada kelompok eksperimen responden yang mengalami hipertensi berjumlah dua orang, mengalami keluhan reumatik sebanyak 4 orang, dan 23 responden mengalami keluhan somatik. Sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak sembilan orang mengalami hipertensi, jumlah penderita rheumatik sebanyak 13 orang serta 14 yang mengalami keluhan somatik.

Faktor perancu dikaji dengan pengukuran sama subjek dan beda subjek untuk mengetahui ada atau tidak perbedaan hasil *pre test* pada masing-masing kelompok. Pengukuran sama subjek dan beda subjek dilakukan dengan cara berikut: hasil *pre test* kelompok kontrol dibanding *pre test* kelompok eksperimen, hasil *pre test* perlakuan dengan hasil *pre test* eksperimen dan *pre test* kontrol dengan hasil *pre test* kontrol. Hal ini dilakukan untuk melihat penurunan awal.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kategori Tingkat Kecemasan Kelompok Eksperimen dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Kategori Tingkat Kecemasan	Frekuensi			
	Sebelum		Sesudah	
	n	%	n	%
Eksperimen				
Tidak ada gejala	1	3.33	11	36.66
Gejala ringan	7	23.33	10	33.33
Gejala sedang	10	33.33	8	26.66
Gejala berat	2	40	1	3.33
Gejala berat sekali	0	0	0	0
Kontrol				
Tidak ada gejala	9	30	11	36.66
Gejala ringan	7	23.33	6	20
Gejala sedang	7	23.33	9	30
Gejala berat	7	23.33	21	70
Gejala berat sekali	0	0	0	0

Tingkat kecemasan yang dialami setelah pengukuran kuesioner dengan teknik wawancara didapatkan bahwa gejala kecemasan yang paling sedikit berada pada rentang antara angka satu hingga 14. Angka satu berarti tidak ada gejala kecemasan dan angka yang paling besar menunjukkan kecemasan berat pada kelompok eksperimen. Sedangkan pada kelompok kontrol angka yang paling besar berada pada rentang nilai satu sampai dengan 14 berarti tidak ada kecemasan. Sedangkan pada kecemasan ringan, sedang, dan berat sama-sama memiliki jumlah angka tujuh, sedangkan pada kedua sampel penelitian tidak didapatkan memiliki kecemasan berat sekali.

Tingkat kecemasan pada masing-masing responden baik pada kelompok eksperimen maupun pada kelompok kontrol didapatkan hasil yang beragam setelah penghitungan nilai akhir kuesioner pada tiap-tiap pertanyaan dengan nilai yang paling sedikit berada pada tidak adanya gejala kecemasan dan paling banyak terdapat pada kecemasan berat.

Pada responden kecemasan kelompok eksperimen sesudah dilakukan tindakan dengan pemberian terapi musik langgam Jawa terdapat penurunan tingkat kecemasan dari kecemasan berat 12 responden (40%) menjadi satu responden (3,33%), gejala sedang 10 responden (33,33%) turun menjadi delapan responden (26,66%), dari beberapa responden antara tingkat kecemasan tanpa gejala (0 sampai nilai 14 pada hasil

uji kuesioner) dan gejala ringan (15 sampai dengan nilai 20 pada hasil uji kuesioner) mengalami sedikit peningkatan diakibatkan oleh penurunan yang sangat berarti dari gejala berat dan sedang menjadi ringan dan tanpa gejala yakni 23.33%, pada gejala ringan menjadi 33.33%, dan pada tanpa gejala kecemasan dari 33.33% menjadi 36.66%. Artinya, penurunan sangat berarti pada gejala berat dan sedang.

Sesuai dengan penelitian dari Budiarti, et al. (2006) bahwa pemberian terapi musik langgam Jawa dapat memberikan efek ketenangan dan berakibat pada penurunan kecemasan dengan cara menurunkan ekskresi hormon kortisol dan pengaturan denyut jantung sehingga pembentukan imunitas akan tinggi.

Hasil uji statistik dengan uji normalitas didapatkan angka 0,20 dan 0,12 (lebih besar dari 0,05) baik pada pria maupun wanita sehingga dapat diartikan bahwa data terdistribusi normal. Selanjutnya data yang didapat diuji dengan statistik parametrik *Uji Paired Simple t Test* dan untuk mengetahui sebaran hasil sebelum dan sesudah perlakuan sesama sampel dan lain sampel pada kelompok eksperimen dan pengukuran pre test dan post tes tanpa perlakuan pada kelompok kontrol dengan *One Samples t Test*.

Hasil penelitian uji statistik menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi musik langgam Jawa terhadap penurunan respon psikologis kecemasan pada lansia.

Hal ini disebabkan dengan mendengarkan musik tempo lamban atau sekitar 60 *beat* per menit yang dimiliki oleh musik langgam Jawa dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak yang menandakan ketenangan. Hal ini terjadi karena dengan stimulasi *binaural-beat* dapat mendorong seseorang untuk kembali kedalam kesadaran (Campbell, 2002; Salve & Prabowo, 2007).

Musik antara 56 sampai 60 *beat* per detik dapat digunakan untuk melatih relaksasi dan gelombang otak menuju keadaan alfa (Salve & Prabowo, 2007; Chan, 1998). Dalam keadaan tenang seseorang akan memiliki substansi yang memiliki beta karbolin, yaitu antagonis GABA yang menyebabkan penurunan jumlah *down regulator receptor* GABA. Penurunan ini yang akan mengurangi hambatan terhadap timbulnya kecemasan (Sholeh, 2005).

Penurunan respons psikologis kecemasan bisa disebabkan karena mendengarkan musik merupakan salah satu bentuk relaksasi yang bisa mensinkronisasi ritme tubuh dengan cara adanya fibrasi serta bisa menstimulasi seseorang untuk merasakan ketenangan (Pratiwi, 2008). Rasa nyaman yang timbul pada saat mendengarkan musik dapat diakibatkan karena kelenjar hipofisis melepaskan endorfin, yang terjadi akibat aktivitas elektrik yang tersebar di regio-regio otak yang berhubungan dengan sistem limbik dan pusat kontrol otonomi (Campbell, 2002; Ester, 2002; McGregor, 2001). Dengan mendengarkan musik yang disukai, maka seseorang akan merasa lebih santai yang akhirnya bisa menurunkan ketegangan dan kecemasan terhadap stresor yang dihadapi.

Penurunan dari gejala ringan juga dialami pada kelompok kontrol yaitu sebanyak tujuh responden (23.33%) menjadi enam responden (20%), sedangkan pada gejala yang lainnya mengalami peningkatan yang sangat signifikan yakni gejala sedang dari tujuh responden (23.33%) menjadi sembilan (30%), gejala berat dari tujuh responden (23.33%) meningkat menjadi 21 responden (70%), dan tidak ada yang mengalami gejala yang berat sekali (0%).

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan pada kelompok kontrol tanpa pemberian perlakuan, mengalami penurunan pada gejala ringan dari 23.33% menjadi 20%, hal ini mungkin disebabkan karena para responden kelompok kontrol juga mengikuti kegiatan senam yang diadakan setiap pagi di PSTW. Penurunan ini tidak begitu signifikan.

Terjadinya peningkatan kecemasan pada kelompok kontrol dilihat dari hasil statistik memiliki angka yang sangat berarti yakni pada gejala sedang dari tujuh responden (23.33%) menjadi sembilan responden atau sebanyak (30%), serta gejala berat dari tujuh orang responden (23.33%) meningkat menjadi 21 orang responden atau naik menjadi (70%).

Peningkatan pada kelompok kontrol mungkin dipengaruhi oleh frustrasi yang diakibatkan oleh tidak tercapainya tujuan yang diinginkan, adanya konflik diakibatkan oleh individu tidak dapat memilih diantara dua atau lebih dari macam kebutuhan, adanya tekanan yang akan menyebabkan stressor lebih serta krisis yang dialami dimana perubahan keadaan yang mendadak sehingga menimbulkan kecemasan, seperti kematian atau kehilangan yang mendadak.

Tabel 3. Rerata Skor Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol dengan Perbandingan Pengukuran Sama Subjek

Kelompok Sampel	Mean	Hasil <i>t-Test</i>		
		t hitung	SD	Sig.
<i>Pre test</i> Kontrol vs	19.57	-54.79	7.04	0.00
<i>Post test</i> Kontrol	17.53	11.47	8.37	0.00
<i>Pre test</i> Eksperimen vs	25.33	19.67	7.05	0.00
<i>Post test</i> Eksperimen	16.80	13.87	6.63	0.00

Hasil uji statistik sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok eksperimen didapatkan hasil t hitung sebesar 2.654 serta nilai signifikansi diperoleh $p=0,000$ masih jauh dari $p=0,05$. Pengaruh pemberian terapi musik langgam Jawa terhadap tingkat kecemasan pada lansia yakni sebesar 0,477 sehingga R square dapat disebut koefisien determinasi, dalam hal ini berarti 43.27% penurunan tingkat kecemasan dipengaruhi oleh musik langgam Jawa. Penurunan ini disebabkan karena penggunaan musik sebagai relaksasi, diketahui bahwa relaksasi dapat membantu meningkatkan pemahaman mengenai penurunan ketegangan otot dan kecemasan dapat dibenarkan.

Pada bagian otot, dengan penggunaan musik yang dikenal dan disukai sebelumnya dapat menurunkan sekresi asam laktat dan zat-zat kinin sehingga rasa sakit atau nyeri yang disebabkan oleh kecemasan dapat berkurang. Sedangkan pada derajat kecemasan, seseorang yang memilih musik yang disukainya akan terbawa ke keadaan tenang dengan perubahan *mood* ke lebih baik, sehingga hormon endorfin dalam tubuh akan keluar dan ketenangan akan meningkat (Jabrohim, 2008). Selebihnya penikmat musik ini akan menekan pengeluaran hormon kortisol atau hormon stres sehingga lambat laun pembentukan imunitas tidak terganggu. Mendukung hasil penelitian Eder (2001) dalam Haryanto, et al., (2004) menyatakan bahwa peningkatan imunitas ini adalah dengan cara meningkatkan opiat endogen (endorfin dan enkefalin) serta menurunkan katekolamin sehingga daya tahan tubuh penderita meningkat. Hal ini dimungkinkan karena mekanisme terciptanya kenyamanan jiwa, ketika telinga kita menangkap suara musik yang lembut dapat memperlambat detak jantung, memperhalus kerja nafas dan akhirnya menyamankan jiwa (Bullock et al., 2001).

Kelompok kontrol juga mengalami penurunan, hal ini diduga efek dari penggunaan terapi lainnya seperti obat-obatan dan latihan fisik (olah raga) yang selalu rutin dilakukan oleh kelompok kontrol di tempat penelitian seperti senam lansia, diketahui bahwa senam juga akan menurunkan kecemasan (Manz, 2007). Latihan yang berulang-ulang akan merangsang otak untuk menghasilkan sejumlah sinyal sehingga kimia darah

dapat selalu berada dalam rentang normal (Guyton & Hall, 1997; Manz, 2007).

Pengukuran dengan regresi didapatkan hasil angka berada pada rentang-rentang angka yang menunjukkan pengaruh yang signifikan atau ada hubungan antara sebab akibat, karena t hitung terletak pada H_0 ditolak, maka dapat disimpulkan bahwa pada kelompok eksperimen lebih signifikan penurunan tingkat kecemasannya setelah perlakuan dengan terapi musik langgam Jawa. Berdasarkan nilai signifikansi yang dimiliki masing-masing kelompok variabel, dimana tingkat signifikansi kelompok eksperimen $p=0.000 < 0,05$, tingkat signifikansi kelompok kontrol $p=0.001 < 0,05$.

Kesimpulan

Kelompok perlakuan dengan pemberian terapi musik langgam Jawa selama enam minggu mengalami penurunan kecemasan dari awal 25,33 turun menjadi 16,80, penurunan angka sebesar 8.58 poin dengan $p=0.000 (<0.05)$. Hal ini dapat diartikan bahwa setelah dilakukan *post-test* didapatkan hasil yang menyatakan perbedaan yang sangat bermakna pada kelompok eksperimen. Sehingga dapat diartikan bahwa terapi musik langgam Jawa terbukti lebih efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan terapi musik langgam Jawa yakni dari pre tes 19.57 menjadi 17.53 pada pos test, turun sebesar 2.02 poin atau $p=0.001 (<0.05)$ penurunan poin jauh di bawah kelompok perlakuan. Diseminasi manfaat terapi musik langgam Jawa perlu dilakukan untuk memperluas pemanfaatannya sebagai salah satu alternatif menurunkan kecemasan terutama pada kelompok lansia (TH, INR).

Referensi

- Arikunto, S. (1997). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik* (edisi revisi V). Jakarta: Rineka Cipta.
- Budiarti, A., Sutjahjo, R.A., Kusnanto, & Dian, N.K. (2006). Pengaruh terapi musik langgam Jawa terhadap penurunan kecemasan pasien preoperasi

- katarak. *Pioners Majalah Keperawatan UNAIR*, 9-13.
- Bullock. (2001). *Human and pathophysiology*. Philadelphia: Lippincott.
- Campbell, D. (2002). *Efek Mozart: Memanfaatkan kekuatan musik untuk mempertajam pikiran, meningkatkan kreativitas & menyehatkan tubuh*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Chan, L. (1998). *Music therapy for anxiety of respiration patient*. Heart-Lung Ester. 2002. Effects of music on patient anxiety. Diperoleh dari www.findartikel.com.
- Ester. (2002). *Efects of Music on Patient anxiety*. Diperoleh dari www.findartikel.com.
- Guyton, & Hall. (1997). *Fisiologi kedokteran*. Jakarta: EGC. (Terjemahan bahasa indonesia).
- Haryanto, J., Kusnoto, & Sumarno, A. (2004). Efek teknik relaksasi progresif pada klien dengan nyeri akibat penyakit glaukoma. *Jurnal Penelitian Medika Eksakta*, 5, 24.
- Jabrohim. (2008). *Mengurangi depresi lewat seni musik*. Diperoleh dari <http://suara-muhammadiyah.com/?p=455>.
- Manz, C.C. (2007). *Manajemen emosi.Think*. Jogjakarta. Hal 175, 181-182.
- McGregor, S. (2001). *Piece of mind: Menggunakan kekuatan pikiran bawah sadar untuk mencapai tujuan*. Jakarta: Gramedia.
- National Safety Council. (2004). *Managemen Stress*. Jakarta Penerbit: Buku Kedokteran EGC.
- Nugroho. (2008). *Keperawatan "Gerontik & geriatrik"*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Pietra, A. (2001). Pengaruh kecemasan dalam proses persalinan dan cara mengatasinya. *Skripsi Strata Satu, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Pratiwi, R.P. (2008). *Terapi musik*. Diperoleh dari <http://siarindonesia.net/utty/2008/10/15/terapi-musik/>.
- Rehatta, N.M. (1999). *Pengaruh pendekatan psikologis prabedah terhadap toleransi nyeri dan respon ketahanan imunologik pasca bedah* (Disertasi, Pasca Sarjana Universitas Airlangga). Universitas Airlangga, Surabaya.
- Salve, H.R., & Prabowo, H. (2007). *Treatment metamusic untuk menurunkan stress* (Tesis Pasca Sarjana). Universitas Gunadarma, Jakarta.
- Setiadarma, P.M. (2002). *Painting with heart: Apa dan bagaimana manfaatnya melalui perspektif psikologi. Seminar dan Workshoop Art Therapy*. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Sholeh, M. (2005). *Tahajud, terapi religius: Manfaat praktis ditinjau dari ilmu kedokteran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Vida, N. (2004). *Hubungan antara pengetahuan menopause dengan kecemasan pada wanita dalam menghadapi masa menopause di Desa Kotesan Kecamatan Prambanan Kabupaten Klaten* (Skripsi, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta). Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Witiarto. (2001). *Problem-problem psikologis pada USILA* (Skripsi, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta). Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Manusia dapat mengubah kehidupannya dengan mengubah sikap pikiran mereka.

- William James -