

JURNAL

KESEHATAN

Status Gizi dan Asupan Zat Gizi Makronutrien Anak Stunted dan Tidak Stunted 1-3 Tahun

Pengaruh Peran Tenaga Kesehatan terhadap Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Mahasiswa dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Pembelajaran di Laboratorium

Hubungan Shift Kerja dengan Tingkat Kelelahan pada Pekerja Pengumpul Tol

Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Suspek Penderita Tuberkulosis Paru

Tinjauan Sistematis: Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Early Warning Score (EWS) oleh Perawat Di Rumah Sakit

Mengembangkan Perawatan Paliatif Berbasis Masyarakat di Indonesia: Belajar dari Implementasi Sukses di India dan Uganda

Hubungan Kecerdasan Spiritual dengan Perilaku Caring Perawat pada Praktek Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit

Pengaruh Back Massage Terapi terhadap Penurunan Nyeri Reumatik pada Lansia

Hubungan Pengetahuan tentang Covid-19 terhadap Tingkat Kecemasan pada Lansia yang Mengalami Hipertensi

Address: Jl. Brigjen Dharsono No. 12B By. Pass Cirebon Telp. (0231)- 247852
Website: <http://pts-stikescirebon.ac.id/>



Diterbitkan Oleh
Lembaga Pengembangan, Penelitian & Pengabdian Masyarakat (LP3M)
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

JURNAL KESEHATAN

Volume 11, Nomor 2, Desember 2020

p-ISSN 2088-0278

e-ISSN 2721-9518

Jurnal Kesehatan merupakan jurnal yang berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian dan kajian analisis kritis di bidang kesehatan. Diterbitkan 2 kali setahun pada bulan Juni dan Desember.

Susunan Dewan Redaksi

Editor in Chief : Awis Hamid Dani

Editor Onboard :

1. Lilis Banowati, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
2. Heni Fa'riatul Aeni, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
3. Herlinawati, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
4. Nuniek Tri Wahyuni, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
5. Andi Suhenda, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Reviewer :

1. Cucu Herawati, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
2. Suzana Indragiri, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
3. Agus Sutarna, Sekolah Tinggi Kesehatan Cirebon
4. Didik Sumanto, Universitas Muhammadiyah Semarang
5. Isna Hikmawati, Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Administrasi :

1. Ratu Tsamarah Kusumaning Ayu

Alamat Redaksi

Lembaga Pengembangan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat

Jl. Brigjen Dharsono No 12B Cirebon

Telp : (0231) 247852

Fax : (0231) 221395

e-mail : jurnalkesehatan.stikescrib@gmail.com

JURNAL KESEHATAN

Volume 11, Nomor 2, Desember 2020

p-ISSN 2088-0278

e-ISSN 2721-9518

DAFTAR ISI

Status Gizi dan Asupan Zat Gizi Makronutrien Anak Stunted dan Tidak Stunted 1-3 Tahun	
Lisna Nurhayati, Wiwi Mardiah, Dyah Setyorini	83 – 92
Pengaruh Peran Tenaga Kesehatan terhadap Pencegahan Penyakit Menular Seksual	
Maesaroh	93-102
Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Mahasiswa dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Pembelajaran di Laboratorium	
Destu Satya Widyaningsih, I Putu Aditya Riandana Putra	103-108
Hubungan Shift Kerja dengan Tingkat Kelelahan pada Pekerja Pengumpul Tol	
Heni Fa'riatul Aeni, Muslimin Ali, Rahmat Faedoni	109-117
Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Suspek Penderita Tuberkulosis Paru	
Triani Banna, Dirgantari Pademme, Merlis Simon	118-123
Tinjauan Sistematis: Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Early Warning Score (EWS) oleh Perawat Di Rumah Sakit	
Dinny Ria Pertiwi, Cecep Eli Kosasih, Aan Nuraeni	124-132
Mengembangkan Perawatan Paliatif Berbasis Masyarakat di Indonesia: Belajar dari Implementasi Sukses di India dan Uganda	
Syarifah Lubna, Dr Geraldine Lane	133-149
Hubungan Kecerdasan Spiritual dengan Perilaku Caring Perawat pada Praktek Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit	
Lin Herlina, Harmuni, Nur Hikmah	150-155
Pengaruh Back Massage Terapi terhadap Penurunan Nyeri Reumatik pada Lansia	
Awaludin Jahid Abdillah, Maryam Fitria Suwandi	156-164
Hubungan Pengetahuan tentang Covid-19 terhadap Tingkat Kecemasan pada Lansia yang Mengalami Hipertensi	
Healthy Seventina Sirait, Awis Hamid Dani, Devy Rokhmah Maryani	165-169

PANDUAN BAGI PENULIS NASKAH

Jurnal Kesehatan ini menerbitkan naskah berupa penelitian ilmiah di bidang kesehatan meliputi, kesehatan masyarakat, keperawatan, kebidanan, kesehatan lingkungan, radiodiagnostik dan fisioterapi.

Naskah yang dikirim kepada redaksi adalah naskah yang belum pernah dan tidak akan dipublikasikan di tempat lain baik dalam bentuk cetakan atau media lain. Pengirim naskah bertanggung jawab atas keaslian dan substansi naskah. Redaksi tidak bertanggungjawab bila ada tuntutan hukum disebabkan penayangan di tempat lain. Dewan penyunting berhak mengedit untuk kesamaan format, gaya dan kejelasan tanpa mengubah spasi.

Naskah diunggah melalui website <http://jurnal.stikescirebon.ac.id/index.php/kesehatan/index> setelah melalui proses registrasi Naskah diunggah dengan format .doc menggunakan pengolah kata Microsoft Word dengan jenis font Times New Roman 11. Naskah diketik menggunakan kertas berukuran A4 dengan jarak 2 spasi pada satu sisi (tidak bolak-balik) dengan panjang tulisan maksimal 20 halaman. Margin atau batas tulisan dari pinggir kertas 2,5 cm pada keempat sisi. Naskah diketik dalam satu kolom.

Sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Judul ditulis maksimal 14 kata
2. Identitas peneliti ditulis di catatan kaki di halaman pertama
3. Abstrak dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris maksimal 200 kata, dalam satu alinea mencakup masalah, tujuan, metode, hasil, disertai dengan 3-5 kata kunci
4. Pendahuluan tanpa subjudul, berisi latar belakang, sedikit tinjauan pustaka dan tujuan penelitian
5. Metode dijelaskan secara rinci, desain, populasi, sampel, teknik/instrument pengumpulan data, prosedur analisis data.
6. Hasil dan pembahasan memuat hasil penelitian (sesuai dengan parameter yang diamati). Disertai pembahasan ilmiah dan argumentasi yang mendukung
7. Tabel diketik 1 spasi sesuai urutan penyebutan dalam teks. Jumlah maksimal 6 tabel dengan judul singkat
8. Simpulan dan saran menjawab masalah penelitian tidak melampaui kapasitas temuan, pernyataan tegas. Saran logis, tepat guna dan tidak mengada-ada.
9. Rujukan sesuai aturan Vancouver, urut sesuai dengan pemunculan dalam keseluruhan teks, dibatasi maksimal 25 rujukan dan 80% merupakan periode publikasi 10 tahun terakhir.
Cantumkan nama belakang penulis dan inisial nama depan. Maksimal 6 orang, selebihnya diikuti' dkk(et al"). Huruf pertama judul ditulis dengan huruf besar, selebihnya dengan huruf kecil, kecuali penamaan orang, tempat dan waktu. Judul tidak boleh digaris bawah dan ditebalkan hurufnya.

Contoh bentuk referensi:

Artikel Jurnal Penulis Individu

Fathi, Keman S, Wahyuni CU. Peran faktor lingkungan dan perilaku terhadap penularan demam berdarah dengue di kota Mataram. Jurnal Kesehatan Lingkungan.2005;2(1)

Buku yang ditulis Individu

Azwar A. Pengantar epidemiologi. Edisi Revisi. Jakarta: Binarupa Aksara;1999

Artikel Koran

Tynan T. Medical Improvements lower homicide rate:study sees drop in assault rate. The Washington Post.2002 Aug 12;Sect.A:2(col.4)

CD-ROM

Anderson SC, Poulse KB.Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2002

Internet

Walthur C. The disaster management cycle. [diakses tanggal 22 Januari 2008]. Diunduh dari: http://www.grdc.org/uem/disaster/1-dm_cycle.html.

Tesis/Disertasi

Tjandrarini DH. Hubungan antara factor karakteristik ibu dan pelayanan kesehatan dengan pemberian kolostrum lebih dari satu jam pertama setelah melahirkan: analisis data sekunder survey demografi kesehatan Indonesia 1997 [tesis]. Depok:Universitas Indonesia;2000

Makalah pada konferensi/seminar ilmiah

Roesli U. Mitos menyusui. Makalah disampaikan pada Seminar Telaah Mutakhir tentang ASI. Bali: FAOPS-Perinasia;2001



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

STATUS GIZI DAN ASUPAN ZAT GIZI MAKRONUTRIEN ANAK *STUNTED* DAN TIDAK *STUNTED* 1-3 TAHUN

Lisna Nurhayati*

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
lisna.nurhayati.09@gmail.com

Wiwi Mardiah**

Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

Dyah Setyorini***

Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

Abstrak

Stunted merupakan gangguan pertumbuhan linier dengan tinggi badan <-2 S.D. sesuai usia, dan jenis kelamin. Kurangnya asupan zat gizi makronutrien pada anak merupakan salah satu masalah gizi utama yang dapat mempengaruhi pertumbuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui status gizi dan asupan zat gizi makronutrien anak *stunted* dan tidak *stunted* 1-3 tahun. Desain penelitian menggunakan metode deskriptif kuantitatif. Populasi dalam penelitian berjumlah 634, jumlah sampel anak *stunted* 75 dan tidak *stunted* 77, diambil dengan menggunakan metode *disproportionate stratified random sampling*. Pengumpulan data dengan pengukuran TB dan BB, serta menggunakan formulir *Food Recall 24 Jam*. Analisis data secara statistik deskriptif menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan pada anak *stunted* indeks B.B/U sebagian besar (60%) normal, berdasarkan B.B/T.B sebagian besar (70,7%) baik. Pada anak tidak *stunted* indeks B.B/U sebagian besar (90,9%) normal, berdasarkan B.B/T.B sebagian besar (84,4%) baik. Asupan zat gizi makronutrien pada anak *stunted*, yaitu: karbohidrat dan lemak sebagian besar defisit sedang, sedangkan protein defisit ringan. Pada anak tidak *stunted*, sebagian besar asupan karbohidrat defisit sedang, sedangkan lemak dan protein normal. Berdasarkan hal tersebut perhatian orang tua terhadap kebutuhan zat gizi makronutrien anak khususnya anak *stunted* perlu ditingkatkan. Oleh karena itu, pemberian edukasi pada orang tua oleh tenaga kesehatan penting dilakukan.

Kata Kunci: Anak usia 1-3 tahun, Status gizi, *Stunted*, Zat gizi makronutrien

Abstract

Stunted is a linear growth disorder with height <-2 S.D. according to age, and gender. Lack of intake macronutrient in children is one of the main nutritional problems that can affect growth. This study aims to describe nutritional status and macronutrient intake in *stunted* and non-*stunted* children aged 1-3 years. This research design use quantitative descriptive method. Population in this study was 634, sample size 75 *stunted* and 77 non-*stunted*, taken using *disproportionate stratified random sampling* method. Collecting data by measurements of height and weight, and using 24-hour *Food Recall* form. Descriptive statistical data analysis using frequency distribution. The results showed most of the *stunted* children base on weight/age (60%) normal, based on weight/height most of them (70.7%) normal. In not *stunted* children base on weight/age mostly (90.9%) normal, based on weight/height mostly (84.4%) normal. Macronutrient intake in *stunted* children, namely: carbohydrates and fats, mostly had a moderate deficit, while protein had a mild deficit. In non *stunted* children, most of the carbohydrate intake was moderate deficit, while fat and protein were normal. Based on this, parents attention to macronutrient needs for children especially *stunted* needs to be increased. Therefore, it is important to provide education to parents by health workers.

Keywords: Children aged 1-3 years, Nutritional status, *Stunted*, Macronutrient

PENDAHULUAN

Stunted atau pendek merupakan gangguan pertumbuhan linier dengan tinggi badan <-2 S.D. atau $<P_3$ kurva yang berlaku sesuai usia dan jenis kelamin.^[1] *Stunted* dengan tinggi badan <-2 S.D. sampai -3 S.D. merupakan kondisi fisiologis. Sedangkan tinggi badan dengan nilai <-3 S.D. maka kemungkinan 80% termasuk dalam kondisi patologis yang memerlukan penanganan lebih lanjut. Selain itu, dilihat juga dari kecepatan tumbuh, ada tidaknya disporposi tubuh, dismorfism atau kelainan genetik.^[2] *Stunted* disebabkan oleh dua kondisi, yaitu: kondisi non patologis dan kondisi patologis. Kondisi non patologis pada anak *stunted* terdiri dari dua jenis. Pertama *familial short stature* atau faktor keturunan dimana kondisi ini disebabkan oleh orang tua yang memiliki tinggi badan pendek. Kedua *constitutional delay of growth and puberty* (C.D.G.P) dimana pada kondisi ini anak mengalami keterlambatan pertumbuhan pada tiga tahun pertama kehidupan.^[1] Penelitian yang dilakukan oleh Awad et. al (2018) menyebutkan kejadian *stunted* patologis salah satunya disebabkan oleh nutrisi. Berdasarkan hal tersebut nutrisi memiliki peranan sebagai faktor penyebab penurunan keadaan kearah patologis yang memerlukan penanganan lebih lanjut.^[3] Di Indonesia, permasalahan pendek pada anak (*stunted*) terbanyak adalah *stunting*. Dimana *stunting* dihubungkan dengan malnutrisi dan infeksi kronis pada anak *stunted*. Oleh karena itu, *stunting* merupakan bagian dari *stunted*, namun tidak semua anak *stunted* adalah *stunting*.^[1] Keadaan umum anak dapat berubah ke arah patologis, sehingga berdasarkan hal tersebut perlu perhatian khusus dalam pemenuhan asupan gizi pada anak usia satu sampai tiga tahun untuk menghindari penurunan kondisi kearah kondisi patologis yang mana kondisi tersebut dapat berpengaruh di masa dewasa nanti, khususnya pada anak *stunted* yang memiliki risiko lebih tinggi mengalami penurunan keadaan karena memiliki kelainan status gizi dilihat dari indeks T.B./U. Pemenuhan kecukupan gizi pada anak diperlukan konsumsi makanan yang beraneka ragam, seimbang, memiliki kandungan gizi yang berkualitas dan diberikan dalam jumlah yang tepat. Sehingga zat gizi pada anak yang digunakan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan dibutuhkan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan tercukupi.

Zat gizi makronutrien ialah unsur-unsur yang terdapat dalam makanan dan mempengaruhi kesehatan yang terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak.^[4] Terdapat kaitan erat antara status gizi dan asupan zat gizi. Status gizi merupakan kondisi fisik seseorang atau anak sebagai akibat dari keseimbangan energi yang masuk dan keluar dari tubuh. Status gizi dapat dinilai dengan mengukur antropometri.^[5] Status gizi yang optimal akan tercapai apabila kebutuhan gizi dapat terpenuhi. Untuk memperoleh hal tersebut keadaan gizi anak perlu disiapkan sejak dini.

Asupan zat gizi pada anak sangat penting untuk diperhatikan dalam mendukung pertumbuhan anak sesuai dengan grafik pertumbuhannya. Begitupun pada anak *stunted*, meskipun anak *stunted* masih dimungkinkan akan bertambah tinggi dimasa kehidupan selanjutnya. Namun, keadaan ini dapat menurun kearah keadaan patologis apabila pemenuhan zat gizi pada anak tidak adekuat. Permasalahan kurang asupan zat gizi merupakan salah satu masalah gizi utama pada anak. Kurangnya asupan zat gizi pada anak apabila tidak diperbaiki pada usia sebelum tiga tahun dapat menyebabkan penurunan kualitas fisik yang dapat menghambat produktivitas kerja dimasa yang akan datang. Berdasarkan hal tersebut perlu untuk diketahui bagaimana tingkat asupan zat gizi pada anak khususnya zat gizi makronutrien untuk menghindari penurunan keadaan kearah patologis yang berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Zat gizi makronutrien dapat membantu menyediakan energi yang dibutuhkan oleh tubuh. Zat gizi ini akan mempengaruhi status gizi anak apabila dikonsumsi kurang dari kebutuhan tubuh. Makronutrien terdiri dari karbohidrat, protein, dan lemak dimana apabila terjadi ketidakseimbangan antara ketiga zat tersebut terhadap kebutuhan tubuh dapat menyebabkan perubahan jaringan dan masa tubuh yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.^[4]

Penelitian yang dilakukan oleh Tang et. al (2018) menyebutkan protein berpengaruh secara signifikan terhadap pertumbuhan anak ditahun pertama kehidupan.^[6] Selain protein, asupan energi pada anakpun mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan dimana energi tersebut berasal dari karbohidrat dan lemak dalam tubuh. Penelitian yang dilakukan oleh Solihin et al (2013) menyebutkan penambahan satu persen tingkat kecukupan energi akan menambah *z-score* T.B./U

sebesar 0,032. Sehingga berdasarkan hal tersebut asupan energi pada anak mempengaruhi proses pertumbuhan.^[7]

Permasalahan *stunted* di Indonesia masih dihitung masalah kesehatan yang berat dimana berdasarkan hasil Riskesdas 2018, angka kejadian pendek dan sangat pendek berdasarkan indikator T.B/U pada anak balita Indonesia mencapai 30.8%.^[8] Berdasarkan hal tersebut penting untuk diketahui status gizi anak dan tingkat asupan zat gizi makronutrien pada anak untuk menghindari penurunan keadaan kearah patologis.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi status gizi dan asupan zat gizi makronutrien yang meliputi karbohidrat, protein dan lemak pada anak *stunted* dan tidak *stunted* usia 1-3 tahun.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui gambaran status gizi dan asupan zat gizi makronutrien pada anak *stunted* dan tidak *stunted* usia 1-3 tahun di wilayah Puskesmas Tanjungsari. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah anak *stunted* dan tidak *stunted* usia 1-3 tahun di wilayah Puskesmas Tanjungsari, sampel yang diambil sebanyak 75 anak *stunted* dan 77 anak tidak *stunted*. Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *disproportionate stratified random sampling*.

Pengumpulan data untuk penentuan status gizi anak dilakukan dengan pengukuran langsung tinggi badan (T.B.) yang diukur menggunakan *infantometer* atau *microtoise* dengan ketelitian 0,1 cm dan berat badan (B.B.) yang diukur menggunakan timbangan digital maupun manual atau timbangan injak dengan ketelitian alat ukur 0,1 kg. Kemudian setelah hasil pengukuran didapat dikategorikan menurut Permenkes No 2 Tahun 2020 mengenai standar antropometri anak. Pengumpulan data untuk mengetahui asupan zat gizi makronutrien melalui wawancara langsung mengenai konsumsi makanan anak secara terstruktur kepada responden (Ibu dari anak) menggunakan formulir *food recall* 24 jam yang didapat dari Kementerian Kesehatan R.I.. Wawancara dilakukan sebanyak tiga kali dalam satu minggu di hari yang tidak berurutan.

Kemudian hasil pencatatan *food recall* 24 jam diolah menggunakan aplikasi *Nutrisurvey* atau menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (D.K.B.M.). Setelah mengetahui jumlah kandungan masing-masing zat gizi makronutrien dilakukan penghitungan tingkat asupan individu menggunakan A.K.G. yang dikoreksi dengan berat badan. Kemudian dilakukan penghitungan untuk menentukan tingkat pemenuhan zat gizi anak. Selanjutnya dikategorikan menurut *cut off* depkes, 1996. Setelah data terkumpul dimasukkan dalam tabel distribusi frekuensi.

HASIL PENELITIAN

Data yang telah terkumpul dianalisis dimana analisis yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu analisa univariat. Hasil yang didapatkan dimasukkan dalam tabel melalui perhitungan distribusi frekuensi.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Status Gizi Anak *Stunted*

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	34	45.3
Laki-Laki	41	54.7
Total	75	100.0
T.B/U		
Sangat Pendek	28	37.3
Pendek	47	62.7
B.B/U		
B.B Sangat Kurang	6	8.0
B.B Kurang	23	30.7
B.B Normal	45	60.0
Risiko B.B Lebih	1	1.3
B.B/T.B		
Gizi Buruk	1	1.3

Gizi Kurang	4	5.3
Gizi Baik	53	70.7
Berisiko Gizi Lebih	11	14.7
Gizi Lebih	3	4.0
Obesitas	3	4.0

Berdasarkan tabel 1 diatas menunjukkan sebagian besar anak berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 41 anak (54.7%). Status gizi pada anak *stunted* dari indeks T.B/U sebagian besar dalam kategori pendek sebanyak 47 anak (62.7%). Indeks B.B/U sebagian besar memiliki berat badan normal yaitu sebanyak 45 anak (60.0%). Indeks B.B/T.B. sebagian besar memiliki kategori gizi baik yaitu sebanyak 53 anak (70.7%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Status Gizi Anak Tidak *Stunted*

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	36	46.8
Laki-Laki	41	53.2
Total	77	100.0
T.B/U		
Normal	77	100.0
B.B/U		
B.BSangat Kurang	1	1.3
B.B Kurang	2	2.6
B.B Normal	70	90.9
Risiko B.B Lebih	4	5.2
B.B/T.B		
Gizi Buruk	1	1.3
Gizi Kurang	1	1.3
Gizi Baik	65	84.4
Berisiko Gizi Lebih	7	9.1
Gizi Lebih	2	2.6
Obesitas	1	1.3

Berdasarkan tabel 2 diatas menunjukkan sebagian besar anak berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 41 anak (53.2%). Status gizi pada anak tidak *stunted* dari indeks T.B/U seluruhnya normal. Indeks B.B/U sebagian besar memiliki berat badan normal yaitu sebanyak 70 anak (90.9%). Indeks B.B/T.B. sebagian besar memiliki kategori gizi baik yaitu sebanyak 65 anak (84.4%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Asupan Zat Gizi Makronutrien Pada Anak *Stunted*

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	34	45.3
Laki-Laki	41	54.7
Total	75	100.0
Karbohidrat		
Defisit Berat	16	21.3
Defisit Sedang	31	41.3
Defisit Ringan	18	24.0
Normal	9	12.0
Lebih	1	1.3
Lemak		
Defisit Berat	3	4.0
Defisit Sedang	37	49.3

Defisit Ringan	16	21.3
Normal	18	24.0
Lebih	1	1.3
Protein		
Defisit Sedang	5	6.7
Defisit Ringan	36	48.0
Normal	33	44.0
Lebih	1	1.3

Berdasarkan tabel 3 diatas menunjukkan sebagian besar anak berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 41 anak (54.7%). Asupan karbohidrat sebagian besar termasuk kedalam klasifikasi defisit sedang yaitu sebanyak 31 anak (41.3%). Asupan lemak sebagian besar termasuk kedalam klasifikasi defisit sedang yaitu sebanyak 37 anak (49.3%). Asupan protein sebagian besar termasuk kedalam klasifikasi defisit ringan yaitu sebanyak 36 anak (48%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Asupan Zat Gizi Makronutrien Pada Anak Tidak *Stunted*

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	36	46.8
Laki-Laki	41	53.2
Total	77	100.0
Karbohidrat		
Defisit Berat	2	2.6
Defisit Sedang	32	41.6
Defisit Ringan	15	19.5
Normal	25	32.5
Lebih	3	3.9
Lemak		
Defisit Berat	2	2.6
Defisit Sedang	24	31.2
Defisit Ringan	19	24.7
Normal	30	39.0
Lebih	2	2.6
Protein		
Defisit Sedang	9	11.7
Defisit Ringan	12	15.6
Normal	45	58.4
Lebih	11	14.3

Berdasarkan tabel 4 diatas menunjukkan sebagian besar anak berjenis kelamin laki-laki yakni sebanyak 41 anak (53.2%). Asupan karbohidrat sebagian besar termasuk kedalam klasifikasi defisit sedang yaitu sebanyak 32 anak (41.6%). Asupan lemak sebagian besar memiliki asupan yang normal yakni sebanyak 30 anak (39.0%). Asupan protein sebagian besar memiliki asupan protein yang normal yakni sebanyak 45 anak (58.4%).

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil yang telah didapat maka akan dipaparkan pembahasan terkait hasil penelitian pada 75 anak *stunted* dan 77 anak tidak *stunted* di usia 1-3 tahun mengenai status gizi dan asupan zat gizi makronutrien pada anak *stunted* dan tidak *stunted* usia 1-3 tahun.

Status Gizi Pada Anak *Stunted* dan Tidak *Stunted* Usia 1-3 Tahun

Status gizi merupakan suatu ukuran sebagai akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi didalam tubuh. Status gizipun merupakan gambaran dari kondisi fisik anak akibat dari keseimbangan energi yang masuk dan keluar dari tubuh. ^[5]

Berdasarkan hasil penelitian mengenai status gizi pada anak *stunted* berdasarkan indikator T.B/U sebagian besar anak mengalami pendek. Lalu dalam indikator B.B/U sebagian besar anak atau sebanyak 60% memiliki berat badan normal namun masih terdapat 30.7% anak dengan berat badan kurang dan 8.0% anak dengan berat badan sangat kurang. Sedangkan dalam indikator B.B/T.B. sebagian besar memiliki kategori gizi baik yaitu sebanyak 70.7%, namun masih terdapat 5.3% anak memiliki gizi kurang, 1.3% gizi buruk dan 14.7% anak berisiko gizi lebih. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kecenderungan anak *stunted* memiliki berat badan normal dan status gizi baik.

Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati dan Ikbal (2017) bahwa bertambahnya umur pada anak maka berat badan dan tinggi badan anak tersebut akan bertambah. Perbedaan tersebut dikarenakan terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi status gizi seperti penyakit infeksi, pola asuh orang tua, pendidikan, ekonomi, budaya dan pekerjaan orang tua.^[9] Hal ini didukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Ernawati (2018) bahwa status gizi pada anak dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Dimana faktor eksternal, yaitu: pendapatan, pendidikan, pekerjaan, budaya sedangkan faktor internal, yaitu: usia ibu, kondisi fisik, dan infeksi.^[5] Sehingga dapat disimpulkan status gizi pada anak tidak akan sama antara anak yang satu dengan yang lainnya dikarenakan dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal yang dimiliki oleh anak.

Selain faktor-faktor yang telah disebutkan. Pendek pada anak dapat disebabkan oleh faktor keturunan. Hal tersebut mungkin terjadi sebagaimana yang telah dijelaskan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Fuada (2017) bahwa orang tua dengan tinggi badan kurang dari 150 cm cenderung akan memiliki anak pendek. Permasalahan tersebut akan terjadi sebagai warisan yang berlanjut dari orang tua kepada anaknya.^[10] Penelitian tersebut didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Hussein et al (2017) yang menyebutkan bahwa berdasarkan hasil penelitian, pendek karena keturunan merupakan faktor yang paling tinggi.^[11] Selain faktor keturunan, faktor keterlambatan pertumbuhanpun dapat menyebabkan *stunted*. Keterlambatan tersebut terjadi karena usia tulang mengalami retradasi sehingga pertumbuhan tulang membutuhkan waktu yang lebih lama dari rata-rata anak yang lain. Namun pada anak dengan keterlambatan pertumbuhan, dimasa dewasa akan mencapai tinggi badan normal.

Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian mengenai status gizi pada anak tidak *stunted* berdasarkan indikator T.B/U seluruhnya normal. Indikator B.B/U hampir seluruh anak memiliki berat badan normal (90.9%) namun masih terdapat sebagian kecil anak dengan berat badan kurang sebanyak 2.6% dan risiko berat badan lebih 5.2%. Begitupun dalam indikator B.B/T.B. sebagian besar memiliki kategori gizi baik (84.4%) namun masih terdapat anak dengan gizi kurang sebanyak 1.3%, gizi buruk 1.3% dan berisiko gizi lebih sebanyak 9.1% . Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada anak tidak *stunted* sebagian besar memiliki kategori berat badan normal dan status gizi baik.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati dan Ikbal (2017) bahwa bertambahnya umur pada anak maka berat badan dan tinggi badan anak tersebut akan bertambah.^[9] Status gizi yang baik dapat dipengaruhi oleh pola asuh yang diberikan oleh orang tua. Dimana orang tua memberikan perhatian lebih untuk mendorong pertumbuhan dan perkembangan anaknya. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Putri, Sulastri, dan Lestari (2015) bahwa status gizi pada anak erat kaitannya dengan pola asuh orang tua. Dimana pola asuh yang diberikan seperti memberikan waktu yang cukup untuk memperhatikan asupan zat gizi yang dimakan oleh anak. Sehingga anak memiliki pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan usianya.^[12] Selain pola asuh, pertumbuhan dan perkembangan anak dapat disebabkan oleh tingkat pendidikan ibu. Hal tersebut mungkin terjadi sebagaimana yang telah dijelaskan dalam penelitian Atukunda et al. (2019) bahwa setelah pemberian pendidikan kesehatan pada ibu mengenai nutrisi dan stimulasi anak berpengaruh positif pada pertumbuhan dan perkembangan anak saat mencapai usia tiga tahun.^[13] Begitupun penelitian yang dilakukan oleh Mahmudiono et al. (2018) menyebutkan bahwa intervensi perilaku ibu dapat mempengaruhi pertumbuhan anak dan mencegah

terjadinya gagal tumbuh.^[14] Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa peranan orang tua dalam pertumbuhan dan perkembangan anak sangat mempengaruhi status gizi anak tersebut.

Asupan Zat Gizi Makronutrien Pada Anak *Stunted* Usia 1-3 Tahun

Zat gizi makronutrien merupakan zat-zat yang diperlukan oleh tubuh dalam jumlah besar yang terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak yang dapat menghasilkan energi bagi tubuh.^[15] Asupan zat gizi pada anak sangat penting untuk diperhatikan, begitupun pada anak *stunted* meskipun anak *stunted* masih dimungkinkan akan bertambah tinggi dimasa kehidupan selanjutnya. Namun, keadaan ini dapat menurun kearah keadaan patologis apabila pemenuhan zat gizi pada anak tidak adekuat.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai asupan zat gizi makronutrien pada anak *stunted* menunjukkan bahwa asupan karbohidrat pada anak *stunted* sebagian besar (41.3%) termasuk dalam kategori defisit sedang, sedangkan 21.3% defisit berat dan 24% normal. Hasil penelitian ini menunjukkan kecenderungan asupan karbohidrat pada anak dalam kategori defisit sedang. Sehingga sebagian besar asupan karbohidrat pada anak tersebut tidak memenuhi kebutuhan anak itu sendiri dimana hal tersebut dapat mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Prasetya (2017) yang menyebutkan bahwa asupan karbohidrat dapat mempengaruhi status gizi pada anak dalam proses pertumbuhan dan perkembangan. Karbohidrat merupakan zat gizi makronutrien penghasil glukosa yang memiliki fungsi sebagai sumber energi utama untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Apabila asupan karbohidrat dalam tubuh dalam jumlah lebih maka akan dirubah menjadi lemak dan disimpan sebagai cadangan dalam jumlah yang tidak terbatas. Ketika tubuh kekurangan energi, maka cadangan tersebut akan digunakan oleh tubuh. Apabila tubuh kekurangan asupan karbohidrat maka cadangan lemak akan terus terpakai dan berkurang sehingga akan mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak.^[16] Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam hal ini kekurangan asupan karbohidrat pada anak *stunted* dapat mempengaruhi proses pertumbuhan anak dan berisiko menurunkan keadaan anak tersebut.

Hasil penelitian mengenai asupan lemak pada anak *stunted* menunjukkan sebagian besar (49.3%) termasuk dalam kategori defisit sedang, 21.3% termasuk defisit ringan dan 24.0% normal. Hasil penelitian ini menunjukkan kecenderungan asupan lemak yang dimiliki oleh anak *stunted* termasuk dalam defisit sedang. Apabila hal tersebut terjadi secara terus menerus maka dapat berisiko menurunkan keadaan status gizi pada anak. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Julianingrum (2019) menjelaskan bahwa ketidakcukupan asupan zat gizi makronutrien termasuk lemak dapat menyebabkan kurangnya energi yang dihasilkan sehingga terjadi ketidakseimbangan energi dan terjadi perubahan massa serta jaringan tubuh.^[17]

Lemak merupakan salah satu zat gizi yang menyediakan energi paling besar dalam tubuh dan berfungsi melarutkan vitamin A, D, E, K. Tingkat asupan lemak yang rendah dapat menyebabkan kurangnya energi sehingga dapat merubah masa dan jaringan dalam tubuh serta mengurangi penyerapan vitamin yang larut dalam lemak. Hal tersebut dapat mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan anak dalam aktivitas sehari-harinya karena cadangan energi dalam tubuh tidak memenuhi kebutuhan tubuh itu sendiri.^[18] Sehingga dapat disimpulkan bahwa asupan lemak pada anak *stunted* dapat mempengaruhi proses pertumbuhan serta perkembangan anak untuk melakukan aktivitas sehari-harinya.

Selanjutnya hasil penelitian mengenai asupan protein pada anak *stunted* menunjukkan sebagian besar (48%) termasuk dalam kategori defisit ringan, sedangkan 44% normal dan 6.7% defisit sedang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa asupan protein pada anak kecenderungan termasuk dalam kategori defisit ringan. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar asupan protein pada anak *stunted* masih belum memenuhi kebutuhan meskipun apabila dibandingkan dengan asupan zat gizi makro yang lain tingkat asupan protein pada anak lebih baik. Namun hal tersebut tetap dapat mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak itu sendiri.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tang et. al (2018) bahwa protein berpengaruh secara signifikan terhadap pertumbuhan anak ditahun pertama

kehidupan. Protein diperlukan oleh tubuh sebagai zat pembangun, pemelihara sel dan jaringan tubuh dan membantu dalam proses metabolisme sistem kekebalan pada tubuh anak. Kurangnya asupan protein dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh sehingga anak akan mudah terserang penyakit infeksi dimana penyakit infeksi tersebut dapat mengganggu aktivitas sehari-hari anak, terjadinya penurunan nafsu makan sehingga asupan zat gizi pada anak rendah dan mengakibatkan penyerapan dan pemanfaatan zat gizi makronutrien dalam tubuh tidak optimal.^[6] Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam hal ini asupan protein pada anak *stunted* memiliki pengaruh dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak yang dapat berisiko menurunkan keadaan anak tersebut.

Asupan Zat Gizi Makronutrien Pada Anak Tidak *Stunted* Usia 1-3 Tahun

Anak pada usia satu sampai tiga tahun sedang mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan yang relatif pesat, peka terhadap lingkungan, serta rentan terhadap gizi. Sehingga diperlukan perhatian yang lebih khususnya dalam hal gizi agar pemenuhan kecukupan gizi pada anak dapat diberikan dalam jumlah yang tepat dan memiliki kandungan yang berkualitas. Salah satunya dalam hal pemenuhan zat gizi makronutrien yang dapat membantu menyediakan energi yang dibutuhkan tubuh dalam menunjang proses pertumbuhan dan perkembangan anak.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai asupan zat gizi makronutrien pada anak tidak *stunted* menunjukkan bahwa asupan karbohidrat pada anak sebagian besar (41.6%) mengalami defisit sedang, terdapat 19.5% defisit ringan dan 32.5% normal. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar anak tidak *stunted* dalam penelitian memiliki asupan karbohidrat defisit sedang. Oleh karena itu, anak tidak *stunted* dapat mengalami kekurangan asupan karbohidrat. Hal tersebut dapat terjadi karena asupan zat gizi yang kurang bervariasi dan kandungan gizi yang kurang berkualitas sehingga berpengaruh terhadap kandungan zat gizi dalam tubuh anak.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetia (2017) yang menyebutkan bahwa terdapat kaitan antara status gizi dengan asupan karbohidrat pada anak dimana anak yang memiliki asupan karbohidrat tercukupi memiliki status gizi yang baik begitupun sebaliknya.^[13] Hal tersebutpun dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati dan Iqbal (2017) yang menyebutkan bahwa anak dengan status gizi normal memiliki asupan karbohidrat yang mencukupi.^[9] Perbedaan hasil penelitian ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu: pola asuh orang tua, pekerjaan orang tua, ekonomi keluarga, tingkat pendidikan orang tua, penyakit infeksi serta budaya.

Kunci utama asupan zat gizi anak terletak pada ibu. Kebiasaan makan pada anak tergantung pada pola asuh ibu atau pengasuh dalam memberikan makanan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi pada anak. Pola asuh orang tua erat kaitannya dengan tingkat pendidikan orang tua serta keadaan ekonomi keluarga. Hal tersebut mungkin terjadi sebagaimana dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan oleh Subarkah dan Rachmawati (2012) bahwa ibu dengan pendidikan tinggi dapat memilih jenis dan jumlah makan yang baik sehingga kebutuhan gizi anak terpenuhi. Dalam hal ekonomi, keluarga dalam memilih bahan makanan akan disesuaikan dengan kemampuan daya beli keluarga.^[19]

Oleh karena itu, asupan karbohidrat sebagai sumber energi utama dalam tubuh khususnya pada anak untuk melangsungkan pertumbuhan dan perkembangannya bergantung pada jumlah dan jenis makanan yang diberikan. Apabila jumlah dan jenis makanan yang diberikan tidak sesuai maka dapat menyebabkan kekurangan asupan karbohidrat yang mengakibatkan penggunaan cadangan energi yang disimpan oleh lemak pada tubuh akan terus terpakai dimana hal tersebut berisiko menyebabkan penurunan masa dan jaringan pada tubuh yang dapat mempengaruhi status gizi anak.^[13] Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat asupan karbohidrat pada anak sangat ditentukan oleh pola asuh orang tua dalam memberikan jenis makanan yang beraneka ragam, seimbang, memiliki kandungan gizi yang berkualitas dan jumlah yang tepat dalam memenuhi kebutuhan anak.

Hasil penelitian mengenai asupan lemak pada anak tidak *stunted* sebagian besar (39.0%) memiliki asupan lemak normal, terdapat 31.2% defisit sedang dan 24.7% defisit ringan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada anak tidak *stunted* sebagian besar asupan lemak masuk dalam kategori normal. Sehingga proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak berjalan sesuai

usia anak. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Diniyyah dan Nindya (2017) yang menyebutkan bahwa anak dengan tingkat asupan lemak cukup memiliki status gizi yang baik. Sehingga asupan lemak pada anak erat kaitannya dengan status gizi anak.^[20] Penelitian inipun didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati dan Ikbal (2017) yang menyebutkan bahwa anak dengan status gizi normal memiliki asupan lemak yang cukup.^[9]

Lemak merupakan salah satu zat gizi makronutrien sebagai penyumbang energi terbesar, melindungi organ dalam tubuh serta dapat melarutkan vitamin dan mengatur suhu tubuh. Lemak dibutuhkan dalam tubuh sebanyak 15-20% dari energi total. Tercukupinya pemenuhan asupan lemak dalam tubuh maka cadangan energi yang dihasilkanpun dapat tercukupi sehingga proses pertumbuhan dan perkembangan anak akan sesuai dengan usianya.^[14] Sehingga dapat disimpulkan bahwa asupan lemak berperan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak itu sendiri.

Selanjutnya mengenai asupan protein pada anak tidak *stunted* menunjukkan bahwa asupan protein pada anak sebagian besar (58.4%) memiliki tingkat asupan yang normal, 15.6% defisit ringan dan 14.3% klasifikasi lebih. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kecenderungan asupan protein pada anak tidak *stunted* dalam klasifikasi normal. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tang et. al (2018) menyebutkan protein berpengaruh secara signifikan terhadap pertumbuhan anak ditahun pertama kehidupan.^[6]

Protein merupakan salah satu zat gizi makronutrien yang memiliki fungsi sebagai zat pembangun, memelihara sel dan jaringan tubuh serta membantu proses metabolisme kekebalan tubuh. Fungsi utama protein adalah membentuk jaringan baru dan memperbaiki jaringan yang rusak. Sehingga protein diperlukan bagi pertumbuhan anak khususnya usia 1-3 tahun dimana pada masa itu pertumbuhan terjadi sangat pesat. Oleh karena itu, kecukupan asupan protein pada masa tersebut sangat dibutuhkan oleh anak untuk menentukan masa depan anak itu sendiri. Dimana pada usia dewasa protein diperlukan untuk perkembangan dan memelihara jaringan tubuh. Asupan protein dari bahan makanan dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan asam amino esensial yang mana asam amino ini tidak dapat dibentuk oleh tubuh sendiri namun harus diperoleh dari makanan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat asupan protein pada anak sangat diperlukan oleh anak khususnya usia 1-3 tahun untuk mendorong proses pertumbuhan dan perkembangannya

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dilihat dari indeks T.B/U sebagian besar anak *stunted* dalam kategori pendek dan anak tidak *stunted* seluruhnya normal. Dilihat dari indeks B.B./U dan B.B./T.B. pada anak *stunted* maupun tidak *stunted* sebagian besar memiliki berat badan normal dan status gizi baik. Namun perlu diperhatikan bagi anak yang memiliki status gizi tidak normal yang dapat menurunkan kondisi anak kearah keadaan patologis, di mana hal tersebut diperlukan intervensi untuk meningkatkan status gizi anak kearah keadaan yang lebih baik. Asupan zat gizi makronutrien pada anak *stunted*, asupan karbohidrat dan lemak sebagian besar termasuk dalam klasifikasi defisit sedang dan protein termasuk dalam klasifikasi defisit ringan. Hal tersebut menunjukkan perlunya peningkatan perhatian orang tua atau pengasuh terhadap kebutuhan zat gizi makronutrien pada anak karena apabila kondisi tersebut tidak diperbaiki maka akan mempengaruhi status gizi anak dan berisiko menurunkan keadaan kearah patologis yang dapat menyebabkan kejadian *stunting*. Sedangkan pada anak tidak *stunted* atau normal asupan karbohidrat dalam klasifikasi defisit sedang, sedangkan lemak dan protein dalam klasifikasi normal. Berdasarkan hal tersebut diperlukan intervensi lebih dalam peningkatan pemenuhan asupan karbohidrat.

SARAN

Petugas kesehatan yang terlibat dan berinteraksi langsung dengan orang tua diharapkan dapat meningkatkan perhatian dan kreatifitas para orang tua yang mempunyai anak usia 1-3 tahun terhadap kebutuhan asupan zat gizi anak. Hal yang dapat dilakukan oleh orang tua, yaitu: orang tua dapat sekreatif mungkin untuk mencari dan mengetahui bahan makanan yang murah dan mudah, dapat mengolah dengan baik bahan makanan tersebut, dan dapat menyajikannya dengan menarik, sehingga dapat disukai oleh anak-anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. IDAI. Perawakan Pendek Pada Anak Dan Remaja Di Indonesia. In: 1st Ed. Badan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia; 2017. P. 1–9.
2. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Best Practices In Pediatrics. Trihono P, Djer M, Sjakti, Hendrarto T, Prawistasari T, Editors. Jakarta: IDAI Cabang DKI Jakarta; 2013. 11–18 P.
3. Awad N, Albalawi S, Abdulrahman B, Alsabah B, Alrefaei AY, Mohammed A, Et Al. Short Stature In Children. 2018;70(January):228–33.
4. Waryana. Gizi Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Rihama; 2010.
5. Sari F, Ernawati E. Hubungan Sikap Ibu Tentang Pemberian Makanan Bayi Dan Anak (PMBA) Dengan Status Gizi Bayi Bawah Dua Tahun (Baduta). 2018;77–80.
6. Tang M, Hendrick AE, Krebs N. A Meat- Or Dairy-Based Complementary Diet Leads To Distinct Growth Patterns In Formula-Fed Infants: A Randomized Controlled Trial. Yudha EK, Yulianti D, Subekti NB, Wahyuningsih E, Ester M, Editors. 6th Ed. 2018;107:734–42.
7. Solihin R, Arwar F, Sukandar D. Kaitan Antara Status Gizi, Perkembangan Kognitif, Dan Perkembangan Motorik Pada Anak Usia Prasekolah. 2013;36(1):62–72.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Utama Riskesdas 2018. 2018;
9. Kusumawati DE, Ikbal M. Gambaran Status Gizi, Tingkat Kecukupan Energi Dan Zat Gizi Balita Usia 12-23 Bulan Yang Mendapat Penyapihan Dini Di Wilayah Kerja Puskesmas Mamboro. 2017;11(2):1179–93.
10. Fuada N. Status Gizi Anak Baduta (Bawah Dua Tahun) Di Indonesia. 2017;15 (1):51–64.
11. Hussein A, Farghaly H, Askar E, Metwalley K, Saad K, Zahran A, Et Al. Etiological Factors Of Short Stature In Children And Adolescents: Experience At A Tertiary Care Hospital In Egypt. Ther Adv Endocrinol Metab. 2017;8(5):75–80.
12. Putri RF, Sulastri D, Lestari Y. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. 2015;4(1):254–61.
13. Atukunda P, Muhoozi GKM, Van Den Broek TJ, Kort R, Diep LM, Kaaya AN, Et Al. Child Development, Growth And Microbiota: Follow-Up Of A Randomized Education Trial In Uganda. J Glob Health. 2019;9(1).
14. Mahmudiono T, Al Mamun A, Nindya TS, Andrias DR, Megatsari H, Rosenkranz RR. The Effectiveness Of Nutrition Education For Overweight/Obese Mother With Stunted Children (NEO-MOM) In Reducing The Double Burden Of Malnutrition. Nutrients. 2018;10(12):1–16.
15. Zimmerman M, Snow B. An Introduction To Nutrition. 2012;10.
16. Prasetya E. Hubungan Pengetahuan Ibu Dan Asupan Karbohidrat Dengan Status Gizi Pada Anak Balita. Promot J Kesehat Masy. 2017;7(1):14.
17. Julianingrum, P. P. Asupan Gizi Makronutrien Pada Toodler. 2019;11(1):40–6.
18. Pusparini, Ernawati F, Arifin A, Prihatini M. Anak, Hubungan Lemak Dengan Status Gizi Anak Usia 6 Bulan-12 Tahun Di Indonesia. 2019;42(1):41–7.
19. Subarkah T, Rachmawati PD. POLA PEMBERIAN MAKAN TERHADAP PENINGKATAN STATUS GIZI PADA ANAK USAI 1 – 3 TAHUN (Feeding Pattern Toward The Increasing Of Nutritional Status In Children Aged 1 – 3 Years). 2012;1 (2):146–54.
20. Diniyyah S, Nindya T. Asupan Energi , Protein Dan Lemak Dengan Kejadian Gizi Kurang Pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Desa Suci , Gresik. 2017;2017:341–50.



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

PENGARUH PERAN TENAGA KESEHATAN TEHADAP PENCEGAHAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL

Maesaroh

Politeknik Kesehatan Bhakti Pertiwi Husada

maesarohnayla77@gmail.com

Abstrak

Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik secara vaginal, oral, ataupun anus dengan seseorang yang sebelumnya sudah terinfeksi. Tenaga kesehatan memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk melakukan upaya kesehatan untuk dapat mencegah dan memberikan promosi kesehatan terkait kesehatan reproduksi terutama dalam pencegahan penyakit menular seksual. Sehingga penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran tenaga kesehatan terhadap pencegahan PMS. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan menggunakan pendekatan “*Cross Sectional*” atau potong lintang. Populasi dalam penelitian ini adalah wanita yang telah menikah berusia 20-45 tahun di wilayah Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis sebanyak 164 orang, sedangkan sampel yang diteliti sebanyak 45 orang. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh antara peran tenaga kesehatan terhadap pencegahan penyakit menular seksual karena hasil uji statistik dengan menggunakan *Uji Chi Square*, dengan derajat kemaknaan 0,05 diperoleh *value* $0,001 >$ dan *chi square* (2) tabel ($11,414 > 3,841$). Diharapkan dalam melakukan kegiatan promosi kesehatan sebaiknya menggunakan alat peraga seperti brosur atau leaflet, sehingga responden akan lebih paham terkait peningkatan kesehatan reproduksi dan pencegahan PMS.

Kata Kunci: *tenaga kesehatan, penyakit menular seksual*

Abstract

*Sexually Transmitted Diseases (STDs) are diseases that are transmitted through sexual contact, whether vaginal, oral, or anus with someone who was previously infected. Health workers have the knowledge and skills through education in the health sector to make health efforts to prevent and provide health promotion related to reproductive health, especially in the prevention of sexually transmitted diseases. So this study aims to determine the role of health workers in preventing STDs. This research is a quantitative study, using a "cross sectional" approach. The population in this study were 164 married women aged 20-45 years in Ciharalang Village, Cijeungjing District, Ciamis Regency, while the sample studied was 45 people. The results showed that there was an influence between the role of health workers on the prevention of sexually transmitted diseases because the results of statistical tests using the Chi Square test, with a significance degree of 0.05 obtained *value* $0.001 >$ and *chi square* (2) table ($11.414 > 3.841$). It is hoped that in carrying out health promotion activities, it is best to use props such as brochures or leaflets, so that respondents will understand more about improving reproductive health and preventing STDs.*

Keywords: *health workers, sexually transmitted diseases*

PENDAHULUAN

Penyakit menular seksual atau PMS, kini dikenal dengan istilah infeksi menular seksual atau IMS, adalah penyakit atau infeksi yang umumnya ditularkan melalui hubungan seks yang tidak aman. Penyebaran bisa melalui darah, sperma, cairan vagina, atau pun cairan tubuh lainnya. Penyakit Menular Seksual (PMS) adalah penyakit yang dapat menular melalui hubungan seksual dengan seseorang yang terinfeksi. Penyakit ini dapat ditularkan oleh pasangan seksual melalui aktivitas seksual yang melibatkan vagina, penis, anus, atau mulut.¹ Berdasarkan beberapa pengetahuan diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian penyakit menular seksual adalah terjadinya infeksi yang menimbulkan penyakit-penyakit akibat berhubungan seksual secara tidak aman.

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2014 mengatakan bahwa dari tahun ke tahun insiden PMS (Penyakit Menular Seksual) bisa dikatakan semakin meningkat, terbukti dari data yang diperoleh terlihat setiap tahun tidak kurang dari 250 kasus baru ditemukan dan dari jumlah tersebut 30-50% merupakan penyakit-penyakit yang tergolong PMS. Data dari profil pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan tahun 2016 didapatkan total kasus PMS yang ditangani pada tahun 2015 sebanyak 140.803 kasus dari 430 layanan PMS. Jumlah kasus PMS terbanyak berupa cairan vagina abnormal (klinis) 20.962 dan *servicitis* (lab) 33.025.² Data dari profil Jawa Barat tahun 2016 didapatkan jumlah kasus PMS sebanyak 8.671 kasus. Lebih sedikit jika dibandingkan dengan kejadian PMS pada tahun 2013 yaitu 10.752 kasus. Meskipun demikian kemungkinan kasus yang sebenarnya di populasi masih banyak yang belum terdeteksi. Program pencegahan dan pengendalian penyakit menular seksual mempunyai target bahwa seluruh kasus PMS yang ditemukan harus diobati sesuai standar.³

Penyakit-penyakit seksual ini hampir seluruhnya disebabkan oleh hubungan seksual yang tidak aman. Resiko tinggi terkena PMS adalah melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, baik melalui vagina, oral, maupun anal dan resiko ini akan ditanggung oleh para penderita adalah harga dari sebuah perbuatan yang mementingkan kenikmatan sesaat tanpa menghiraukan akibat-akibat yang timbul kemudian dan pada kenyataannya penyakit-penyakit tersebut tidak hanya mengenai juga organ-organ yang lain.

Data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ciamis menunjukkan tahun 2017 bulan Januari sampai bulan Juli tercatat jumlah kasus PMS yang ditemukan sebanyak 190 kasus dan jumlah pasien yang ditemukan adalah 177 orang. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa kejadian PMS masih menjadi permasalahan sehingga perlu ada pencegahan guna menekan angka kejadian PMS dan menurunkan angka morbiditas. Faktor yang mempengaruhi terjadinya PMS yaitu melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, baik melalui vagina, oral, maupun anal, menggunakan narkotika, melakukan transfusi darah yang tidak diketahui asalnya darimana. Dampak dari PMS adalah kemandulan baik pria atau wanita, kanker leher rahim pada wanita, kehamilan di luar rahim, Infeksi yang menyebar, bayi lahir dengan kelahiran yang tidak seharusnya, seperti lahir sebelum cukup umur, berat badan lahir rendah, atau terinfeksi PMS. Upaya yang dapat dilakukan yaitu tidak melakukan hubungan seks, tidak berganti-ganti pasangan, menggunakan kondom setiap hubungan seks, menghindari transfusi darah dengan donor yang tidak jelas asal-usulnya, kebiasaan menggunakan alat kedokteran maupun non medis yang steril, dan yang paling penting adalah memutuskan rantai penularan infeksi PMS, serta mencegah berkembangnya PMS serta komplikasi-komplikasinya. Menyimak kenyataan tersebut, diperlukan upaya membuat terobosan yang memiliki daya ungkit untuk meningkatkan upaya pencegahan PMS oleh laki-laki dan perempuan khususnya ibu dan remaja karena perempuan lebih rentan terkena PMS. Oleh

karena itu dirasa sangat perlu untuk melakukan sebuah usaha promosi kesehatan yang berbasis komunitas (*community center based*), dengan dibantu oleh tenaga kesehatan dimana ibu dan remaja dapat dilibatkan secara aktif dalam usaha promosi kesehatan di wilayah Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis. Kegiatan tersebut dapat meningkatkan program pencegahan PMS dengan memberdayakan ibu dan remaja dengan tujuan agar warga wilayah Desa Ciharalang dapat secara aktif menyelenggarakan upaya peningkatan pencegahan PMS pada orang lain. Kegiatan penyuluhan oleh petugas kesehatan di wilayah Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis masih tetap berjalan, tetapi ibu-ibu yang mengikutinya kurang hal ini dikarenakan ibu-ibu sibuk mengurus anak-anaknya. Penulis melakukan studi pendahuluan kepada 10 wanita yang sudah menikah usia 20-45 tahun tentang pencegahan penyakit menular seksual dan pemberdayaan perempuan di Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis yaitu dari 10 wanita sebanyak 7 orang tidak mengetahui tentang cara pencegahan penyakit menular seksual dan tidak mengetahui kegiatan pemberdayaan perempuan yang dilaksanakan, sedangkan 3 orang mengetahui tentang cara pencegahan penyakit menular seksual dan mengetahui kegiatan pemberdayaan perempuan di Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi.⁴

Peran menurut Soekanto adalah proses dinamis kedudukan (*status*).⁵ Mereka menyatakan bahwa peran itu melibatkan pola pembentukan suatu produk sebagai lawan dari perilaku atau tindakan. Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi. Peran merupakan suatu kegiatan yang bermanfaat untuk mempelajari interaksi antara individu sebagai pelaku (*actors*) yang menjalankan berbagai macam peranan di dalam hidupnya, seperti dokter, perawat, bidan atau petugas kesehatan lain yang mempunyai kewajiban untuk menjalankan tugas atau kegiatan yang sesuai dengan peranannya masing-masing.

Pengertian tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan No 36 tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.⁶ Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Tenaga kesehatan memiliki beberapa petugas yang dalam kerjanya saling berkaitan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan ketenagaan medis lainnya. Peran tenaga kesehatan sebagai motivator tidak kalah penting dari peran lainnya. Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan.⁷ Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut. Sebagaimana hasil penelitian yang dilakukan oleh Maesaroh dan Roni Iryadi (2020) yang menunjukkan bahwa

pemberdayaan remaja dalam upaya pencegahan seks bebas pada program PKPR dipengaruhi oleh peran tenaga kesehatan sebesar 19,65%.⁸ Sehingga dengan adanya peran tenaga kesehatan yang optimal dapat menekan angka kejadian PMS pada WUS.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini yang digunakan adalah penelitian kuantitatif, dengan menggunakan pendekatan “Cross Sectional” atau potong lintang yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*).⁹ Dalam penelitian ini pengambilan data variabel bebas dan variabel terikat dilakukan secara bersamaan berdasarkan status keadaan pada saat itu (pengumpulan data) yaitu peran tenaga kesehatan terhadap pencegahan penyakit menular seksual di wilayah Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis.

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya.¹⁰

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian.¹¹ Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita yang telah menikah berusia 20-45 tahun di wilayah Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis selama periode bulan Agustus tahun 2017 sebanyak 164 orang, dengan jumlah sampel sebanyak 45 orang dengan *teknik acidental sampling*.

Instrumen pada penelitian ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti berdasarkan tinjauan teoritis. Kuesioner terdiri pertanyaan mengenai peran tenaga kesehatan. Kuesioner dalam penelitian ini telah diuji validitas dan reliabilitas sehingga layak untuk digunakan dalam penelitian, dengan hasil perhitungan uji validitas untuk peran tenaga kesehatan nilai r hitung sebesar (0,656-0,737), dilihat dari hasil tersebut semua pertanyaan dinyatakan valid karena nilai r hitung $>$ r tabel. Berdasarkan hasil perhitungan, maka diperoleh nilai nilai $r_{1,1}$ peran petugas kesehatan sebesar (0,757), dikonsultasikan dengan r tabel (0,05) = 0,632 maka dapat disimpulkan bahwa semua pertanyaan tersebut reliabel karena r hitung $>$ r tabel.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat. Analisis univariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian.¹¹ Analisis dilakukan dengan menggunakan *soft ware* SPSS untuk mendapatkan frekuensi dari tiap-tiap variabel.

Jawaban responden dianalisa dengan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Persentase

f : Frekuensi tiap kategori

n : Jumlah sampel

Selain analisis univariat penulis juga menggunakan analisa bivariat untuk menentukan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Pada penelitian ini menggunakan uji statistik *Chi Square* dengan tingkat kesalahan yang digunakan adalah $<$ 0,05. Besarnya pengaruh pada setiap variabel independen terhadap variabel dependen digunakan prevalen ratio dengan 95 % CI. Dengan rumus :

$$t^2 = \sum \frac{(fo - fh)^2}{fh}$$

Keterangan:

χ^2 : *Chi Square*

f_o : Frekuensi yang diobservasi atau diperoleh, baik melalui pengamatan maupun hasil kuesioner

f_h : Frekuensi yang diharapkan

Dengan keterangan sebagai berikut:

- a. χ^2 value \geq (0,05) menunjukkan hasil tidak bermakna atau tidak berhubungan (hipotesis ditolak).
- b. χ^2 value $<$ (0,05) menunjukkan hasil bermakna atau berhubungan (hipotesis diterima).¹²

HASIL PENELITIAN

Peran Tenaga Kesehatan

Pada penelitian ini yang menjadi variabel bebas peran tenaga kesehatan, serta variabel terikat adalah pencegahan penyakit menular seksual. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 45 responden mengenai pengaruh peran tenaga kesehatan terhadap pencegahan penyakit menular seksual di Desa Ciharalang Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Peran Tenaga Kesehatan

No	Kategori	F	%
1.	Baik	31	68,9
2.	Tidak Baik	14	31,1
	Jumlah	45	100,0

Berdasarkan tabel 1 diketahui frekuensi tertinggi peran petugas kesehatan adalah kategori baik sebanyak 31 orang (68,9%) dan diketahui frekuensi terendah peran petgas kesehatan adalah kategori tidak baik sebanyak 14 orang (31,1%).

Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pencegahan Penyakit Menular Seksual

No	Kategori	F	%
1.	Baik	29	64,4
2.	Tidak Baik	16	35,6
	Jumlah	45	100,0

Berdasarkan tabel 2 diketahui frekuensi tertinggi pencegahan penyakit menular seksual adalah kategori baik sebanyak 29 orang (64,4%) dan diketahui frekuensi terendah pencegahan penyakit menular seksual adalah kategori tidak baik sebanyak 16 orang (35,6%).

Pengaruh Peran Tenaga Kesehatan Terhadap Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Dari penelitian tentang pengaruh peran tenaga kesehatan terhadap pencegahan penyakit menular seksual didapatkan hasil:

Tabel 3. Pengaruh Peran Tenaga Kesehatan Terhadap Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Peran Tenaga Kesehatan	Pencegahan Penyakit Menular Seksual						value	OR (95%CI)
	Baik		Tidak Baik		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Baik	25	80,6	6	19,4	31	100	0,001	10,417 (2,413- 44,958)
Tidak Baik	4	28,6	10	71,4	14	100		
Jumlah	29	64,4	16	35,6	45	100		

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa pengaruh peran petugas kesehatan yang baik sebanyak 25 orang (80,6%) mempunyai pencegahan penyakit menular seksual yang baik, dan pengaruh peran petugas kesehatan yang tidak baik sebanyak 4 orang (28,6%) akan tetapi mempunyai pencegahan penyakit menular seksual yang baik. Pengaruh peran petugas kesehatan yang baik sebanyak 6 orang (19,4%) mempunyai pencegahan penyakit menular seksual yang tidak baik dan pengaruh peran petugas kesehatan yang tidak baik sebanyak 10 orang (71,4) mempunyai pencegahan penyakit menular seksual yang tidak baik.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan Uji *Chi Square*, dengan derajat kemaknaan 0,05 diperoleh *value* 0,001 artinya terdapat pengaruh antara peran petugas kesehatan dengan pencegahan penyakit menular seksual.

Hasil perhitungan statistik menunjukkan OR sebesar 10,417 dengan interval kepercayaan 95%, rentang nilai batas bawah adalah 2,413 dan batas atas adalah 44,958. Nilai *odds ratio* (OR) sebesar 10,417 hal ini berarti bahwa peran tenaga kesehatan yang baik memiliki pencegahan penyakit menular seksual yang baik 10,417 lebih besar daripada peran tenaga kesehatan yang tidak baik.

PEMBAHASAN

Peran Tenaga Kesehatan

Dari hasil analisa data univariat menunjukan bahwa frekuensi tertinggi peran petugas kesehatan adalah kategori baik sebanyak 31 orang (68,9%). Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan No 36 tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.⁶ Tenaga kesehatan profesional tidak hanya dilihat dari kemampuan menjaga dan merawat klien, tetapi juga kemampuan memberikan pelayanan secara menyeluruh, baik dari aspek biologis, psikologis, sosial serta spiritual dengan penuh semangat yang diiringi dengan senyuman ikhlas dan tulus.

Menurut Potter dan Perry macam-macam peran tenaga kesehatan dibagi menjadi beberapa, yaitu sebagai komunikator, sebagai motivator, sebagai fasilitator dan sebagai konselor.¹³

Berdasarkan hasil, peneliti berasumsi bahwa peran tenaga kesehatan sangat diperlukan dalam pemberdayaan perempuan khususnya dalam hal pencegahan penyakit menular seksual. Asumsi peneliti ini diperkuat dengan hasil yang diperoleh dari kuesioner yaitu dari 45 responden terdapat 38 responden dengan rata-rata umur 25-35 memberikan tanda (x) pada kolom S dan SS pada setiap pertanyaan mengenai peran tenaga kesehatan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh M Maesaroh dan Roni Iryadi tenaga kesehatan dapat mendorong dan menciptakan individu untuk mampu melakukan perubahan ke arah kemandirian

Tenaga kesehatan melalui program penyuluhan mempunyai peranan penting terhadap akses kesehatan reproduksi.⁸ Sejalan pula dengan hasil penelitian tentang pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap pengetahuan remaja tentang PMS di SMPN 5 Bangkala Kabupaten Jeneponto menunjukkan 90.2% mempunyai pengetahuan kurang sebelum diberikan Penyuluhan Kesehatan dan setelah diberikan penyuluhan oleh tenaga kesehatan terdapat 98.4% mempunyai pengetahuan baik, dengan hasil uji Wilcoxon Signed Rank Test adanya pengaruh yang signifikan, nilai *P Value* yang didapatkan pada penelitian adalah $0,000 < 0,05$, sehingga penyuluhan kesehatan oleh tenaga kesehatan memberikan pengaruh yang signifikan pada pengetahuan tentang PMS di SMPN 5 Bangkala Kabupaten Jeneponto Tentang Penyakit Menular Seksual.¹⁴ Sehubungan dengan peran tenaga sebagai konselor diharapkan dapat memberikan bantuan kepada responden dalam membuat keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman terhadap fakta-fakta sehingga diharapkan tenaga kesehatan dapat menjadi konselor yang baik terutama dalam membimbing dan membina responden dengan cara yang menarik.

Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Dari hasil analisa data univariat menunjukan bahwa frekuensi tertinggi pencegahan penyakit menular seksual adalah kategori baik sebanyak 29 orang (64,4%). Penyakit menular seksual adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Penyakit menular seksual akan lebih beresiko bila melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral maupun anal.¹

Penyakit dengan tingkat mortalitas yang tinggi disetiap tahunnya salah satunya adalah PMS. WHO sampai tahun 2012 mencatat jumlah penderita PMS khususnya HIV/AIDS di seluruh dunia meningkat hingga mencapai 5,2 juta jiwa.¹⁴

Salah satu cara strategi untuk meningkatkan pemahaman tentang penyakit menular seksual (PMS) secara komprehensif melalui sosialisasi pada semua jenjang pendidikan dan masyarakat (termasuk ibu rumah tangga dan PSK) terkait masalah penularan, pencegahan, dan pendeteksian penyakit menular seksual sejak dini. Penyakit ini dapat diobati, dengan berobat ke dokter atau tenaga kesehatan. Patuhi cara pengobatan sesuai petunjuk yang diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan untuk memastikan kesembuhan. Hindari hubungan seksual selama masih ada keluhan/gejala.

Beberapa faktor yang dapat mencegah terjadinya penularan PMS adalah pengetahuan. Pengetahuan merupakan ranah yang sangat penting bagi terbentuknya perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan cenderung tidak bersifat langgeng atau berlangsung lama. Selanjutnya menurut Notoatmodjo pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia. Selanjutnya menurut Soekidjo pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia.⁹

Selanjutnya adalah ketersediaan sarana dan prasarana, faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya tempat diadakannya kegiatan pemberdayaan perempuan, tempat konsultasi, dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung atau faktor pemungkin

Peneliti berasumsi bahwa setiap masyarakat harus mendapatkan pemahaman mengenai penularan, pencegahan dan pendeteksian penyakit menular seksual sejak dini, dan juga akses untuk

mendapatkan pelayanan kesehatan melalui sarana dan prasarana yang mudah dan baik. Asumsi peneliti ini diperkuat dengan hasil yang diperoleh dari kuesioner yaitu dari 45 responden terdapat 30 responden dengan rata-rata umur 25-35 memberikan tanda (x) pada kolom S pada setiap pertanyaan yang memaparkan pemahamannya.

Pengaruh Peran Tenaga Kesehatan Terhadap Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Dari hasil analisa bivariat di atas menunjukkan bahwa peran petugas kesehatan sebanyak 25 orang (80,6%) mempunyai peran terhadap pencegahan penyakit menular seksual yang baik, dan sebanyak 10 orang (71,4%) mempunyai peran terhadap pencegahan penyakit menular seksual yang tidak baik.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan Uji *Chi Square*, dengan derajat kemaknaan 0,05 diperoleh *value* 0,001 dan *chi square* (χ^2) hitung sebesar 11,414. Artinya terdapat pengaruh antara peran petugas kesehatan terhadap pencegahan penyakit menular seksual karena nilai *value* $< (0,001 < 0,05)$ dan nilai *chi square* (χ^2) hitung $> chi square$ (χ^2) tabel ($11,414 > 3,841$). Nilai *odds ratio* (OR) digunakan untuk mengetahui kekuatan pengaruh antar variabel. Hasil perhitungan statistik menunjukkan OR sebesar 10,417 dengan interval kepercayaan 95%. Nilai *odds ratio* (OR) sebesar 10,417 hal ini berarti bahwa peran tenaga kesehatan yang baik memiliki pencegahan penyakit menular seksual yang baik 10,417 lebih besar daripada peran tenaga kesehatan yang tidak baik.

Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan No 36 tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan.⁸ Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Menurut Potter dan Perry macam-macam peran tenaga kesehatan dibagi menjadi beberapa, yaitu sebagai komunikator, sebagai motivator, sebagai fasilitator dan sebagai konselor.¹³ Penyakit Menular Seksual menyebabkan infeksi alat reproduksi yang harus dianggap serius, bila tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menjalar dan menyebabkan penderitaan, sakit berkepanjangan, kemandulan, kehamilan dan persalinan yang beresiko bahkan kematian. Risiko wanita untuk terkena PMS lebih besar daripada laki-laki sebab alat reproduksinya lebih rentan. Dan seringkali berakibat lebih parah karena gejala awal tidak segera dikenali, sedangkan penyakit melanjut ke tahap lebih parah. Untuk itulah peran petugas kesehatan diperlukan dalam penanggulangan masalah penyakit menular seksual yang sering terjadi di masyarakat. PMS itu sendiri perlu dipahami oleh masyarakat, termasuk bahayanya, pencegahan, *screening* (deteksi dini) dan penanganannya. Berdasarkan proporsi kelompok umur, kasus HIV didominasi pada kelompok umur 25–49 tahun sebesar 69%, kelompok umur 20–24 tahun sebesar 13%, kelompok umur 15–19 tahun sebesar 13% dan kelompok umur 10–14 tahun sebesar 6%.¹⁴

Secara empiris hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian M Maesaroh dan Roni Iryadi dengan judul Pengaruh Empat Faktor Terhadap Pemberdayaan Remaja Dalam Upaya Pencegahan Seks Bebas Pada Program PKPR menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung antara variabel Peran Tenaga Kesehatan terhadap pemberdayaan remaja dalam upaya mencegah seks bebas sebesar

0,247 atau 19,65 Nilai T statistic sebesar 3,272 dan signifikan pada $\alpha = 5\%$, nilai T statistic tersebut berada di atas nilai kritis (1,96).⁸

Peran tenaga kesehatan sebagai motivator tidak kalah penting dari peran lainnya. Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi.¹⁵ Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan.⁷ Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut.¹⁶

Dalam jurnal penelitian Silaban, M. F., Harahap, J., & Megawati, M. menyatakan PMS dapat dicegah dengan formula ABCD. Formula A adalah *abstinence* yaitu tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah. B adalah *be faithful* atau setia artinya jika sudah menikah hanya melakukan hubungan seks dengan pasangan yang sah saja. C adalah *condom* artinya jika memang cara A dan B tidak bisa dilakukan maka harus dilakukan pencegahan dengan menggunakan alat kontrasepsi kondom. D adalah *don't use drugs* karena penggunaan narkoba adalah salah satu pintu infeksi menular seksual.¹⁷ Petugas kesehatan pun diharapkan dapat menyampaikan formula ABCD ini dengan baik sehingga responden tidak salah mengartikan atau memahami langkah-langkah pencegahan PMS.

Peneliti berasumsi bahwa tenaga kesehatan memberikan informasi yang dibutuhkan pada perempuan khususnya tentang pemberdayaan perempuan dalam pencegahan penyakit menular seksual salah satunya melalui kegiatan posyandu, penyuluhan, PKPR, kelas ibu hamil, kelas ibu balita, dan lain sebagainya, sehingga melalui informasi edukasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan dapat memberikan *feed back* yang positif bagi para wanita usia subur.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara peran petugas kesehatan terhadap pencegahan penyakit menular seksual karena nilai $value < (0,001 < 0,05)$ dan nilai $chi\ square (^2)$ hitung $> chi\ square (^2)$ tabel ($11,414 > 3,841$). Nilai *odds ratio* (OR) sebesar 10,417 dengan interval kepercayaan 95%, rentang nilai batas bawah adalah 2,413 dan batas atas adalah 44,958. Nilai *odds ratio* (OR) sebesar 10,417 hal ini berarti bahwa peran tenaga kesehatan yang baik memiliki pencegahan penyakit menular seksual yang baik 10,417 lebih besar dari pada peran tenaga kesehatan yang tidak baik.

SARAN

Diharapkan responden dapat lebih menggali pemahaman tentang bagaimana mengembangkan kepedulian dan peran serta perempuan dalam upaya peningkatan kesehatan reproduksi seperti dengan mengikuti kegiatan penyuluhan atau menggali informasi dari berbagai sumber seperti media cetak dan elektronik, serta kader dapat bekerjasama dengan tenaga kesehatan dalam memberikan informasi terkait kesehatan reproduksi wanita terutama dalam pencegahan penyakit seksual, sehingga wanita menjadi berdaya dan mampu menjaga kesehatan reproduksinya. Selain itu menurut peneliti ketersediaan layanan yang dapat diakses secara mudah dan mendukung program

pencegahan penyakit menular seksual dapat ditingkatkan oleh pemerintah melalui puskesmas sehingga mengurangi terjadinya penularan penyakit menular seksual.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sjaiful F. Penyakit Menular Seksual. In: UI BPF, ed. ; 2013.
2. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. *Kesmas Natl Public Heal J*. Published online 2016. doi:351.077 Ind r
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan di Jawa Barat Tahun 2016. *Dinas Kesehat Jawa Barat*. Published online 2017.
4. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. *Ed Ke-4 Jakarta Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*. Published online 2016. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
5. Soekanto S. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta :PT Raja Grafindo Persada; 2006.
6. Presiden RI. UU RI No 36 Tentang Kesehatan. *UU RI No 36 2009*. Published online 2009.
7. Mubarak WI. Promosi kesehatan untuk kebidanan. *Jakarta Salemba Med*. Published online 2011.
8. Maesaroh M, Iryadi R. Pengaruh Empat Faktor Terhadap Pemberdayaan Remaja Dalam Upaya Pencegahan Seks Bebas Pada Program PKPR. *Syntax Lit J Ilm Indones*. 2020;5(4):92-109.
9. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta; 2012.
10. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: PT Alfabet. *Sugiyono (2017) Metod Kuantitatif, Kualitatif dan R&D Bandung PT Alf*. Published online 2017. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
11. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta; 2012.
12. Hastono SP. *Analisis Data Pada Bidang Kesehatan*. (Patent No. Universitas Indonesia; 2017. <https://scholar.ui.ac.id/en/publications/analisis-data-pada-bidang-kesehatan>
13. Potter PA, Perry AG. *Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7.*; 2015. doi:IOS3107-49534
14. Zainuddin S. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Remaja Tentang Penyakit Menular Seksual Di SMPN 5 Bangkala Kabupaten Jeneponto. Published online 2017. <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/3443/>
15. Sarwono Prawihardjo. *Ilmu Kebidanan Sarwono.*; 2010.
16. Novita N. *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan*. Salemba Medika; 2011.
17. Silaban MF, Harahap J, Megawati. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Infeksi Menular Seksual Oleh Pekerja Seks Di Lokalisasi Bandar Baru Kabupaten Deli Serdang Tahun 2018. *Glob Heal Sci*. 2019;4(3). <http://jurnal.csdforum.com/index.php/GHS/article/view/ghs4306>



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN MAHASISWA DALAM PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) PADA PEMBELAJARAN DI LABORATORIUM

Destu Satya Widyaningsih*

Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta
destu.satya@gmail.com

I Putu Aditya Riandana Putra**

Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta

Abstrak

Laboratorium merupakan tempat melakukan berbagai penelitian yang menggunakan berbagai jenis alat dan bahan kimia yang berpotensi menimbulkan kecelakaan kerja. Alat pelindung diri merupakan salah satu *standar precaution* untuk meminimalisir terjadinya kecelakaan kerja. Pengetahuan tentang APD sangat penting agar dapat memaksimalkan fungsi APD. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan alat pelindung diri (APD) pada pembelajaran di laboratorium Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta. Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional menggunakan desain *cross sectional*. Sampel dipilih secara kebetulan dengan menyebar kuesioner dalam waktu yang telah ditentukan, sebanyak 92 responden didapatkan dari total populasi 163 mahasiswa Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta. Kemudian data diolah menggunakan statistik *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 25 responden (27,2%) memiliki tingkat pengetahuan baik dengan tingkat kepatuhan yang baik, 38 responden (41,3%) memiliki tingkat pengetahuan cukup dengan tingkat kepatuhan yang baik, 27 responden (29,3%) memiliki tingkat pengetahuan kurang dengan tingkat kepatuhan yang baik. Responden yang berpengetahuan kurang dan cukup dengan tingkat kepatuhan yang baik memiliki persentase lebih besar dibandingkan responden berpengetahuan baik dengan tingkat kepatuhan yang baik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta.

Kata Kunci: Pengetahuan, Kepatuhan, APD

Abstract

The laboratory is a place to conduct various studies using various types of tools and chemicals that have the potential to cause work accidents. Personal protective equipment is one of the precautionary standards to minimize the occurrence of work accidents. Knowledge of PPE is very important in order to maximize the function of PPE. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge and student compliance in the use of personal protective equipment (PPE) in learning in the laboratory of the Manggala Health Analyst Academy Yogyakarta. This type of research is descriptive observational using a cross sectional design. The sample was chosen by chance by distributing questionnaires within a predetermined time, as many as 92 respondents were obtained from a total population of 163 students of the Manggala Health Analyst Academy Yogyakarta. Then the data was processed using chi square statistics. The results showed as many as 25 respondents (27.2%) had a good level of knowledge with a good level of compliance, 38 respondents (41.3%) had a sufficient level of knowledge with a good level of compliance, 27 respondents (29.3%) had a good level of knowledge, lack of knowledge with a good level of compliance. Respondents with insufficient and sufficient knowledge with good levels of compliance have a greater percentage than respondents with good knowledge with good

levels of compliance. So it can be concluded that there is no relationship between knowledge and student compliance in using PPE in learning in the Laboratory of the Manggala Health Analyst Academy Yogyakarta.

Keywords: *knowledge, compliance, PPE*

PENDAHULUAN

WHO telah menerapkan pentingnya penerapan standar *precaution* pada tenaga kesehatan untuk mencegah infeksi. Standar *precaution* salah satunya penggunaan APD dengan harapan untuk melindungi sebagian atau seluruh tubuh dari potensi bahaya di laboratorium¹. Studi pendahuluan telah dilakukan dengan metode pengamatan pada 15 mahasiswa Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta di laboratorium Hematologi dan kimia klinik. Mahasiswa melakukan pembelajaran di laboratorium hematologi pada tanggal 2 Desember 2019 pukul 10.00-11.00 WIB. Hasil pengamatan pertama terdapat 15 mahasiswa yang tidak memakai APD lengkap (sarung tangan, masker, jas laboratorium). Pengamatan kedua dilakukan di laboratorium kimia klinik pada tanggal yang sama pukul 11.30-13.00 WIB. Hasil pengamatan menunjukkan bahwa terdapat 13 mahasiswa yang tidak memakai APD lengkap. Berbagai jawaban mahasiswa yang tidak menggunakan APD antara lain enggan menggunakan APD, lupa membawa APD, mengikuti teman yang tidak memakai APD. Mahasiswa yang tidak memakai APD sebagian besar sudah mengetahui fungsi dan manfaat APD.

Menurut Notoatmodjo Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), evaluasi (*evaluation*)². Pengetahuan ini merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Hal ini sesuai dengan hasil Karya Tulis Ilmiah (KTI) Sagita (2019) dengan judul Tingkat Kepatuhan Mahasiswa Dalam Penggunaan APD pada Pembelajaran di Laboratorium Parasitologi Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta menunjukkan hasil bahwa tingkat kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium toksikologi Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta menunjukkan hasil sebesar 95,9% (sangat tinggi)³. Sedangkan kepatuhan merupakan ketaatan atau ketidaktaatan pada perintah, aturan dan disiplin. Kepatuhan dimulai dari individu yang mematuhi aturan karena takut mendapat hukuman atau sanksi. Jadi kepatuhan dapat diukur dari individu yang mematuhi atau mentaati karena telah memahami makna suatu ketentuan yang berlaku⁴.

Menurut Permenakertrans menyebutkan bahwa Alat Pelindung Diri (APD) wajib digunakan ditempat kerja, salah satunya adalah APD digunakan pada saat barang yang dapat meledak, mudah terbakar, korosif, beracun, menimbulkan infeksi, bersuhu tinggi atau bersuhu rendah⁵. Berdasarkan hal tersebut, maka di dalam laboratorium yang mempunyai potensi terjadi kebakaran, ledakan serta terdapat bahan kimia dan bahan lain yang mempunyai sifat korosif, beracun dan dapat menimbulkan infeksi. Oleh karena itu APD yang digunakan pada pembelajaran di laboratorium adalah masker, jas laboratorium dan sarung tangan. Jenis APD lainnya juga disebutkan oleh Holland (2020) yaitu jas atau baju pelindung, masker, pelindung wajah dan sarung tangan. Prosedur penggunaan APD ini juga diatur dalam rangka pencegahan penularan penyakit terutama dalam masa pandemi Covid-19 sekarang ini⁶.

Pembelajaran di laboratorium sering disebut dengan praktikum. Kegiatan praktikum memberikan mahasiswa kesempatan untuk memenuhi dorongan rasa ingin tahu dan ingin bisa. Prinsip ini akan menunjang mahasiswa untuk menemukan pengetahuan melalui eksplorasi. Praktikum juga melatih mahasiswa untuk mengembangkan keterampilan dan kemampuan melakukan eksperimen. Eksperimen merupakan aktivitas yang biasa dilakukan oleh ilmuwan. Dengan melakukan eksperimen melatih mahasiswa melakukan observasi dengan cermat, mengukur secara akurat dengan alat ukur, menangani dan menggunakan alat secara aman, merancang, melakukan dan menginterpretasikan hasil eksperimen⁷.

Akademi Analis Kesehatan manggala Yogyakarta merupakan perguruan tinggi yang mempunyai program studi analis kesehatan, sekarang di sebut Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) yang didirikan pada tanggal 29 Januari 1998 oleh Yayasan Manggala. Kampus ini memiliki fasilitas laboratorium diantaranya laboratorium hematologi, laboratorium transfusi darah, laboratorium kimia klinik, laboratorium kimia analitik, laboratorium biokimia, laboratorium biologi molekuler, laboratorium parasitologi, laboratorium bakteriologi, laboratorium mikologi, laboratorium sitohistoteknologi, dan laboratorium toksikologi⁸.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan alat pelindung diri (APD) pada pembelajaran di laboratorium Akademi

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif menggunakan kuesioner untuk mengetahui pengetahuan mahasiswa tentang APD dan pendekatan kuantitatif secara langsung untuk mengetahui kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD⁹. Populasi pada penelitian ini adalah semua mahasiswa Akademi Analisis Kesehatan Manggala Yogyakarta Tahun Ajaran 2019/2020 yang berjumlah 163 orang. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *Accidental Sampling* yang dilaksanakan dalam waktu satu minggu mulai dari 11 Mei 2020 sampai 18 Mei 2020. *Accidental Sampling* adalah teknik pengambilan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu mahasiswa Akademi Analisis Kesehatan Manggala Yogyakarta semester II dan IV tahun ajaran 2019/2020 secara kebetulan mengisi kuesioner yang telah dibagikan dalam waktu satu minggu⁹. Pemilihan mahasiswa semester II dan IV karena mahasiswa semester II dan IV melaksanakan pembelajaran di laboratorium, sedangkan semester VI tidak dipilih sebagai sampel karena tidak melaksanakan pembelajaran di laboratorium. Maka diperoleh sampel pada penelitian ini sebanyak 92 orang.

Teknik pengumpulan data merupakan cara pengumpulan data yang dibutuhkan dalam penelitian. Data primer menjadi data yang dipilih dalam mengumpulkan data karena data primer dapat diperoleh melalui pengumpulan kuesioner dari responden setelah melakukan pembelajaran di laboratorium. Analisa data pada penelitian ini dengan metode uji statistik *Chi-Square* dengan nilai $\alpha = 0,05$ karena analisa dilakukan dengan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel pengetahuan dengan variabel kepatuhan¹⁰.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil penelitian hubungan pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium Akademi Analisis Kesehatan Manggala Yogyakarta yang dilaksanakan secara daring melalui kuesioner diperoleh 92 responden yang terdiri dari 52 orang mahasiswa semester IV dan 40 orang mahasiswa semester II.

Tabel 1. Pengetahuan Mahasiswa Semester IV dan II Akademi Analisis Kesehatan Manggala Yogyakarta

Tingkat Pengetahuan	Pengetahuan	
	n	%
Baik	25	27,2
Cukup	40	43,5
Kurang	27	29,3
Total	92	100

Berdasarkan tabel 6. Menunjukkan bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 25 responden (27,2%), memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 40 responden (43,5%) dan memiliki tingkat pengetahuan kurang sebanyak 27 responden (29,3%) dari persentase 100%.

Tabel 2. Kepatuhan Mahasiswa Dalam Penggunaan APD Saat Melakukan Pembelajaran di Laboratorium

Tingkat Kepatuhan	Kepatuhan	
	n	%
Baik	90	97,8
Cukup	1	1,1
Kurang	1	1,1
Total	92	100

Hasil penelitian yang ditunjukkan pada tabel 7. Menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan

mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium tergolong tinggi sebanyak 90 responden (97,8%) untuk tingkat kepatuhan baik, 1 responden (1,1%) untuk tingkat kepatuhan cukup dan 1 responden (1,1%) untuk tingkat kepatuhan kurang.

Dalam penelitian ini, uji bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam Penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium melalui uji *Chi Square* dengan hasil nilai signifikan 0,617 lebih besar dari 0,05. Artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta.

PEMBAHASAN

Teori *safety triad* mengatakan bahwa kepatuhan dipengaruhi oleh pengetahuan¹¹. Teori ini menjelaskan bahwa pengetahuan dan kepatuhan memiliki keterkaitan dan seharusnya memiliki hubungan yang signifikan dalam kepatuhan penggunaan APD. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diperoleh hasil tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan penggunaan APD. Sebanyak 25 responden (27,2%) memiliki tingkat pengetahuan baik dengan tingkat kepatuhan yang baik, 38 responden (41,3%) memiliki tingkat pengetahuan cukup dengan tingkat kepatuhan yang baik, 27 responden (29,3%) memiliki tingkat pengetahuan kurang dengan tingkat kepatuhan yang baik. Responden yang berpengetahuan kurang dan cukup dengan tingkat kepatuhan yang baik memiliki persentase lebih besar dibandingkan responden berpengetahuan baik dengan tingkat kepatuhan yang baik.

Perubahan metode penelitian pada variabel kepatuhan karena pandemic covid-19 mempengaruhi hasil penelitian karena peneliti tidak melakukan pengamatan secara langsung pada responden yang melakukan pembelajaran dilaboratorium. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Putri *et al.* (2014) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan menggunakan APD¹¹. Responden memang telah memiliki pengetahuan tentang APD namun kenyataannya tidak menjamin responden menggunakan APD. Tidak ada jaminan bahwa memiliki pengetahuan tentang APD akan patuh karena pengetahuan yang dimiliki responden hanya sampai pengetahuan tingkat pertama. Menurut Notoatmodjo pengetahuan tingkat pertama merupakan kemampuan mengingat apa yang telah disampaikan. Tahu merupakan kemampuan mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah². Dalam hal ini mahasiswa AAK Manggala Yogyakarta termasuk dalam kategori tingkatan yang paling rendah yaitu tahu. Hal ini belum sampai masuk pada tingkatan selanjutnya yaitu paham. Sehingga mahasiswa hanya mengetahui saja penggunaan APD pada saat pembelajaran di laboratorium tanpa memahami pentingnya APD dalam mencegah potensi resiko kecelakaan kerja pada saat melakukan pembelajaran di laboratorium Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta. Hal ini juga tidak selaras dengan hasil penelitian Cook (2020) yang menyebutkan bahwa terdapat bukti bahwa penggunaan APD memang berkurang tingkat penularan penyakit dan melindungi staf. Itu penting agar staf memahami tujuan APD dan perannya sebagai bagian sistem untuk mengurangi penularan penyakit dari pasien ke staf dan pasien lainnya. Sama pentingnya bahwa staf menggunakannya secara tepat untuk melestarikan apa yang mungkin menjadi persediaan terbatas pastikan ada pasokan yang cukup untuk penggunaan yang diperlukan selama gelombang epidemi¹².

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dengan judul hubungan pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta dapat disimpulkan bahwa hipotesis ditolak yang artinya tidak ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan mahasiswa dalam penggunaan APD pada pembelajaran di laboratorium Akademi Analis Kesehatan Manggala Yogyakarta.

SARAN

Saran yang dapat diberikan yaitu penelitian ini dilakukan secara daring pada variabel kepatuhan, dikarenakan Covid-19 yang tentunya mempunyai kelemahan dalam hal jawaban responden. Sehingga perlu dilakukan penelitian yang sejenis dengan pengamatan secara langsung untuk variabel kepatuhan, pengisian kuesioner secara langsung dan diawasi agar sesuai dengan pengetahuan responden yang sebenarnya tentang APD untuk variabel pengetahuan. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan untuk dasar pengambilan kebijakan kampus terkait peraturan penggunaan APD di tengah masa pandemi Covid-19.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Penerapan Kewaspadaan Standar di fasilitas pelayanan kesehatan. *AIDE-Memoire World Heal. Organ.* 1–2 (2008).
2. Notoatmodjo, S. Ilmu Perilaku Kesehatan. in (Rineka Cipta, 2014).
3. Sagita, D. W. I. Program studi diploma iii analis kesehatan akademi analis kesehatan manggala yogyakarta 2019. (2019).
4. Tondok, M., Ardiansyah, F. & . A. Intensi kepatuhan menggunakan helm pada pengendara sepeda motor: aplikasi teori perilaku terencana. *J. Sains Psikol.* **2**, 96–112 (2012).
5. Kemennakertrans. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia. *Peratur. Menteri tenaga Kerja dan Transm.* **VII**, 1–69 (2010).
6. Holland, M. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information . (2020).
7. Emda, A. Laboratorium Sebagai Sarana Pembelajaran Kimia Dalam Meningkatkan Pengetahuan Dan Ketrampilan Kerja Ilmiah. *Lantanida J.* **2**, 218 (2017).
8. Suryanto, A., Murdinah & Sari, L. R. Panduan Akademik TA. 2019/2020. in (AAK Manggala, 2019).
9. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif. in (Alfabeta, 2014).
10. Zahara, R. A., Effendi, S. U. & Khairani, N. Kepatuhan Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) Ditinjau dari Pengetahuan dan Perilaku pada Petugas Instalasi Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit (IPRS). *J. Aisyah J. Ilmu Kesehat.* **2**, 153–158 (2017).
11. Dyah, K. S. P. Analysis of Factor Related To Compliance of Using Personal Protective Equipment. *Indones. J. Occup. Saf. Heal.* **6**, 312–322 (2014).
12. Cook, T. M. Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review. *Anaesthesia* **75**, 920–927 (2020).



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

HUBUNGAN SHIFT KERJA DENGAN TINGKAT KELELAHAN PADA PEKERJA PENGUMPUL TOL

Heni Fa'riatul Aeni*

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon
henifariatulaeni80@gmail.com

Muslimin Ali**

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Rahmat Faedoni***

Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Abstrak

Kelelahan yang dialami oleh pengumpul tol salah satunya merupakan efek dari shift kerja yang dialaminya. Sistem pembayaran dari tunai ke pembayaran elektronik (e-toll) dapat mengurangi beban kerja pengumpul toll. Namun pekerja pengumpul toll masih tetap mengikuti jam kerja melalui shift kerja. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll PT. Astra Infra Toll Road di wilayah kerja Cikopo Palimanan tahun 2020. Metode penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini ialah 79 pekerja pengumpul tol dan sampel penelitian berjumlah 30 responden dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dengan cara wawancara. Data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan *chi square*. Hasil analisis diperoleh nilai *p value*=0,001 (*p value* < 0,05) berarti ada hubungan antara shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll PT. Astra Infra Toll Road di Wilayah Kerja Cikopo Palimanan Tahun 2020. Bekerja pada shift malam memiliki tingkat kelelahan lebih tinggi dibandingkan shift pagi dan siang. Saran bagi PT. Astra Infra Toll Road di Wilayah Kerja Cikopo Palimanan membuat kebijakan yang efektif seperti menambah waktu istirahat pada shift malam dan memberikan nutrisi lebih seperti susu dan telur untuk mencegah dan mengatasi kelelahan.

Kata kunci: shift kerja, tingkat kelelahan

Abstract

*The fatigue that occurs by toll collectors is one of the effects of the work shift they experience. The payment system from cash payments to electronic payments (e-toll) can reduce the workload of toll collectors. However, toll collectors still follow working hours through work shifts. The research aims to the relationship between work shifts and the level of workers/workers collecting toll at PT. Astra Infra Toll Road in the Cikopo Palimanan working area, 2020. The research method used is quantitative with a cross sectional approach. The population in this study was 79 toll collectors and the research sample was 30 respondents using purposive sampling technique. The research instrument used a questionnaire by means of interviews. Data were analyzed by univariate and bivariate using chi square. The results of the analysis showed that the *p value* = 0.001 (*p value* <0.05) means that there is a relationship between work shifts and the level of fatigue of the toll collectors at PT. Astra Infra Toll Road in the Cikopo Palimanan Work Area in 2020. Work on night shifts with a higher fire rate than morning and day shifts. Suggestions for PT. The Astra Infra Toll Road Cikopo Palimanan Work Area makes effective policies such as increasing rest time on night shifts and providing more encouragement such as milk and eggs to prevent and overcome fatigue.*

Keywords: fatigue level, shift work

PENDAHULUAN

Perkembangan jumlah tenaga kerja di Indonesia dari tahun ketahun terus meningkat, akan tetapi tidak diimbangi dengan upaya dari Perusahaan untuk melindungi keselamatan dan kesehatan pekerja, sehingga angka kecelakaan kerja di Indonesia masih cukup tinggi^[1]. Menurut *International Labour Organisation* (ILO) setiap tahun sebanyak dua juta pekerja meninggal dunia karena kecelakaan kerja yang disebabkan oleh faktor kelelahan. Dalam penelitian tersebut dijelaskan dari 58.115 sampel, 32,8% diantaranya mengalami kelelahan^[2].

Kelelahan pada pegawai adalah masalah yang harus mendapat perhatian khusus dalam semua jenis pekerjaan. Semua jenis pekerjaan baik formal dan informal dapat menimbulkan kelelahan kerja. Kelelahan itu sendiri dapat menurunkan kinerja dan menambah kesalahan pada pekerja saat melakukan pekerjaan. Menurunnya kinerja sama artinya dengan menurunnya produktivitas kerja para pekerja. Apabila tingkat produktivitas kerja seorang pekerja terganggu atau mengalami masalah maka disebabkan oleh faktor kelelahan fisik maupun psikis sehingga akibat yang ditimbulkannya akan dirasakan oleh tempat kerja/perusahaan berupa penurunan hasil produktivitas perusahaan^[3].

Kelelahan kerja biasanya menunjukkan kondisi yang berbeda-beda dari setiap individu, tetapi semuanya bermuara kepada kehilangan efisiensi dan penurunan kapasitas kerja serta ketahanan tubuh yang menurun. Kelelahan kerja umumnya ditandai dengan berkurangnya kemauan untuk bekerja yang disebabkan faktor internal dan faktor eksternal. faktor internal yaitu usia, status gizi dan untuk faktor eksternal yaitu beban kerja dan keluhan^[4].

Penyebab kelelahan dapat disebabkan oleh beberapa faktor dari pekerjaan itu sendiri diantaranya adalah lama kerja, beban kerja, shift kerja, waktu istirahat dan lingkungan kerja. Sedangkan penyebab kelelahan di luar pekerjaan diantaranya adalah tanggung jawab terhadap keluarga, penyakit, dan gaya hidup^[5].

Secara alamiah manusia dilahirkan untuk menjadi makhluk siang hari, artinya mereka bangun pada siang hari dan tidur atau beristirahat pada malam hari. Kehidupan seperti itu mengikuti suatu pola jam biologik yang disebut dengan *circadian rhythm* yang berdaur selama 24 jam. Lamanya waktu yang dipergunakan untuk tidur di siang hari relatif kecil dari yang seharusnya, mengakibatkan mengantuk. Hal ini disebabkan gangguan suasana siang hari seperti kebisingan, suhu dan keadaan terang^[6].

Era digitalisasi berdampak pada pembayaran tunai berubah menjadi pembayaran menggunakan kartu E-Toll. E-Toll adalah kartu Prabayar *contactless smartcard* yang sudah bekerja sama dengan beberapa operator jalan tol dan bank. Kartu ini dapat membantu para pengguna jalan tol untuk semakin mempermudah ketika melewati loket pembayaran tol. Membayar tol menjadi lebih mudah, praktis, karena tanpa uang receh dan uang kembalian. Sehingga transaksi di pintu loket pembayaran tol dapat lebih efektif dan efisien dalam menghemat waktu^[7].

Setelah dilakukannya perubahan sistem pembayaran dari tunai ke pembayaran elektronik (e-toll) dapat mengurangi beban kerja pengumpul toll, dikarenakan mengurangi kegiatan pengumpul tol yang monoton dan berulang-ulang sekarang hanya monitoring sistem saja, pengumpul tol hanya melakukan pekerjaan bila ada pengguna jalan yang terdapat saldo e-toll yang kurang atau e-toll yang rusak (tidak terbaca sistem) dan pada saat laporan kerja akhir tidak melakukan penghitungan uang secara manual melainkan secara elektronik. Namun pekerja pengumpul toll masih tetap mengikuti jam kerja melalui shift kerja^[8].

Berdasarkan hasil penelitian Nadia tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kelelahan pengumpul tol di gerbang Cilitan PT Jasa Marga Cabang CTC, menunjukkan bahwa dari 58 responden didapatkan 33 (56,9%) responden mengalami kelelahan tingkat ringan, 25 (43,1%) responden mengalami kelelahan tingkat sedang. Hasil uji Chi square diperoleh *p value* 0,698 menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara shift kerja dengan kelelahan^[9].

Pada penelitian Basri menunjukkan bahwa berdasarkan uji statistik Chi-square, diketahui terdapat hubungan yang kuat antara shift kerja malam dengan tingkat kelelahan operator produksi di PT. Pertamina Eksplorasi dan Produksi (EP) Kecamatan Balongan Kabupaten Indramayu tahun 2014, mengindikasikan bahwa kelelahan merupakan masalah yang harus mendapat perhatian karena dapat menyebabkan kecelakaan kerja^[10].

Hasil penelitian Shintia tentang analisis faktor yang berhubungan dengan terjadinya kelelahan kerja pada pengumpul tol di perusahaan pengembang jalan tol Surabaya, diperoleh uji statistik yang menyatakan adanya hubungan antara kelelahan kerja dengan jenis kelamin dan kebiasaan olah raga, keadaan monoton, persepsi iklim kerja, persepsi kebisingan^[11]. Namun penelitian ini hanya dilakukan pada pengumpul tol yang bekerja pada shift 1 (pagi) sehingga tidak mewakili tingkat kelelahan pada shift kerja siang dan malam.

PT. Astra Infra Toll Di Road Wilayah Kerja Cikopo Palimanan merupakan perusahaan penyedia jasa pelayanan jalan bebas hambatan (jalan tol). Dalam masa perkembangan Indonesia kebutuhan sarana dan prasarana yang memadai sangat dibutuhkan guna meningkatkan angka mobilitas dan dapat mempermudah aktifitas pengguna transportasi masyarakat Indonesia. Khususnya pada Jawa Barat, PT. Astra Infra Toll Road juga mengoperasikan jasa pelayanan jalan tolnya dengan ruas jalan tol sepanjang sekitar 116,5 km yang menghubungkan antara beberapa Kabupaten di Jawa Barat meliputi Purwakarta, Subang, Indramayu, Majalengka, Cirebon, dan menyediakan akses ke Bandara Internasional Jawa Barat (BIJB).

Sepanjang jalan tol terdapat 6 gerbang yang masing-masing gerbang tersedia gardu tol. Setiap gardu tol yang tersedia pada setiap gerbang tol mempunyai unit kerja yang dikenal sebagai pengumpul tol (pultol). Pengumpul tol sangat berjasa bagi masyarakat karena bertugas melayani para pengguna kendaraan bermotor untuk dapat melalui jalur bebas hambatan sehingga lebih cepat sampai tujuan. Berdasarkan data yang diperoleh pada saat observasi awal volume lalu-lintas harian di jalan tol PT. Astra Infra Toll Road di Wilayah Kerja Cikopo Palimanan, mencatat peningkatan volume lalu-lintas harian masing-masing sebesar 3,93% dan 6,22%, dari 65.704 kendaraan dan 50.316 kendaraan pada tahun 2017, menjadi 77.232 kendaraan dan 52.423 kendaraan pada tahun 2019.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan didapatkan data terakhir pada bulan Januari 2019 tentang rata-rata volume kepadatan di salah satu gerbang mencapai 21.000 kendaraan. Pekerjaan sebagai pengumpul tol banyak mengandalkan aktivitas fisik seperti kecepatan tangan, kecermatan mata, serta konsentrasi yang tinggi agar tidak terjadi kesalahan dalam transaksi guna menghindari penumpukan kendaraan dan hal ini dilakukan secara terus menerus sampai waktu istirahat atau waktu akhir tugas tiba sehingga para pengumpul tol pada PT. Astra Infra Toll Di Road Di Wilayah Kerja Cikopo Palimanan berpotensi untuk mengalami kelelahan kerja.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh penelitian sebelumnya pada tanggal 13 Januari 2020 diperoleh hasil dari 8 tenaga kerja yang diwawancara terdapat 3 orang yang mengalami kelelahan tinggi, dan 5 orang mengalami kelelahan sedang pada saat pembayaran tunai, sedangkan pada saat diberlakukannya etoll dari 8 tenaga kerja yang diwawancara semua tidak mengalami kelelahan berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll PT. Astra Infra Toll Road di wilayah kerja Cikopo Palimanan tahun 2020.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian kuantitatif yaitu metode yang digunakan untuk meneliti variabel yang memiliki jenis data numerik (angka). Pendekatan *Cross Sectional* adalah pengambilan data dimana variabel bebas dan variabel terikat yang terjadi pada obyek penelitian diobservasi dan diukur dalam waktu yang bersamaan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan dari keduanya^[12]. Variabel bebas pada penelitian ini adalah shift kerja sedangkan variabel terikatnya adalah kelelahan pekerjaan.

Populasi dalam penelitian ini ialah 79 pekerja pengumpul tol PT. Astra Infra Toll Road Wilayah Kerja Cikopo Palimanan periode Maret tahun 2020. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive* salah satu teknik sampel *nonrandom*, sampel dimana peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus yang sesuai dengan tujuan penelitian sehingga diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian dengan hasil yang lebih *representative*.

1. Kriteria inklusi
 - 1) Bekerja lebih dari 3 Tahun
 - 2) Bersedia menjadi responden
 - 3) Pekerja adalah karyawan utama yang bekerja dalam shift pagi, siang dan malam

2. Kriteria eksklusi

- 1) Pekerja yang sedang cuti
- 2) Pekerja merupakan karyawan *outsourcing*

Diperoleh sampel sebanyak 30 responden yang sesuai dengan kriteria sampel yang telah ditentukan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang sudah baku diambil dari IFRC (*International Fatigue Research Committee of Japanese Association of Industrial Health*) dan metode pengumpulan datanya dilakukan dengan cara wawancara untuk mengukur tingkat kelelahan. Demikian pula untuk shift kerja dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner.

Analisa data terdiri dari analisa univariat dan bivariat. Analisa univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran serta mengidentifikasinya yang selanjutnya akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Sedangkan analisa bivariat adalah analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi dengan menggunakan uji *Spearman Rank (Rho)*. Pertimbangan menggunakan rumus tersebut karena data yang akan dikorelasikan adalah data ordinal pada variabel independen dan variabel dependen. Uji yang dipakai pada penelitian ini adalah *Spearman Rank (Rho)* dengan batas kemaknaan 0,05, sehingga keputusan uji hipotesisnya adalah :^[12]

- 1) Bila nilai *Spearman Rank (Rho)* menunjukkan nilai probabilitas ($p \text{ value} \leq 0,05$) maka hasil tersebut menunjukkan hasil yang bermakna (H_0 ditolak), yang artinya kedua variabel (variabel independen dan variabel dependen) secara statistik terdapat hubungan yang bermakna.
- 2) Sebaliknya bila nilai *Spearman Rank (Rho)* menunjukkan nilai probabilitas ($p \text{ value} > 0,05$) maka hasil tersebut menunjukkan hasil yang tidak bermakna (H_0 gagal ditolak), yang artinya kedua variabel (variabel independen dan variabel dependen) secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Interprestasi hasil uji korelasi spearman didasarkan pada nilai p , kekuatan korelasi serta arah korelasinya. Interpretasi hasil uji hipotesis adalah sebagai berikut:

Tabel 1 Pedoman interpretasi hasil uji *Rank Spearman*

No	Parameter	Nilai	Interprestasi
1	Kekuatan korelasi (r)	0,000– 0,199	Sangat lemah
		0,200 – 0,399	Lemah
		0,400 – 0,599	Sedang
		0,600 – 0,799	Kuat
		0,800 – 1,000	Sangat kuat
2	Nilai p	$P < 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna antara kedua variabel yang diuji

HASIL PENELITIAN

Shift Kerja

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Shift Kerja Pada Pekerja Pengumpul Toll

No	Shift Kerja	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Shift Malam	8	26,7
2	Shift Siang	14	46,7
3	Shift Pagi	8	26,7
Jumlah		30	100,0

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa dari 30 pekerja pengumpul Toll yang diteliti di PT. Astra Infra Toll Road Wilayah Kerja Cikopo diketahui bahwa hampir setengahnya berada pada shift siang yaitu sebanyak 14 pekerja (46,7%) dan sisanya berada pada shift malam dan shift pagi dimana masing-masing sebanyak 8 pekerja (26,7%).

Tingkat Kelelahan

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kelelahan Pada Pekerja Pengumpul Toll

No	Tingkat Kelelahan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Kelelahan sangat tinggi	2	6,7
2	Kelelahan tinggi	10	33,3
3	Kelelahan sedang	4	13,3
4	Kelelahan rendah	14	46,7
Jumlah		30	100,0

Pada tabel 3 diketahui bahwa dari 30 pekerja pengumpul Toll yang diteliti di PT. Astra Infra Toll Road Wilayah Kerja Cikopo diketahui bahwa yang terbanyak adalah dengan tingkat kelelahan rendah, yaitu sebanyak 14 pekerja (46,7%), kemudian 10 pekerja (33,3%) dengan tingkat kelelahan tinggi, 4 pekerja (13,3%) tingkat kelelahan sedang dan 2 pekerja (6,7%) tingkat kelelahan sangat tinggi.

Hubungan shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll

Tabel 4. Hubungan Shift Kerja Dengan Tingkat Kelelahan Pada Pekerja Pengumpul Toll

No	Shift Kerja	Tingkat Kelelahan										p value	Koefisien korelasi
		Sangat tinggi		Tinggi		Sedang		Rendah		Jumlah			
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	Shift Malam	2	25,0	5	62,5	0	0,0	1	12,5	8	100	0,001	0,563
2	Shift Siang	0	0,0	4	28,6	3	21,4	7	50,0	14	100		
3	Shift Pagi	0	0,0	1	12,5	1	12,5	6	75,0	8	100		
Jumlah		2	6,7	10	33,3	4	13,3	14	46,7	30	100		

Berdasarkan tabel 4, dari 8 pekerja pada shift malam lebih dari separuhnya mengalami tingkat kelelahan tinggi, yaitu sebanyak 5 pekerja (62,5%), 2 pekerja (25,0%) dengan tingkat kelelahan sangat tinggi dan 1 pekerja (12,5%) dengan kelelahan rendah. Kemudian, dari 14 pekerja yang bekerja pada shift siang, separuhnya yaitu 7 pekerja (50,0%) mengalami tingkat kelelahan rendah, 4 pekerja (28,6%) mengalami kelelahan tinggi dan 3 pekerja (21,4%) mengalami kelelahan sedang. Sedangkan dari 8 pekerja yang berada pada shift pagi sebagian besar mengalami kelelahan rendah, yaitu sebanyak 6 pekerja (75%) dan masing-masing 1 pekerja (12,5%) mengalami kelelahan sedang dan tinggi.

Hasil uji *Spearman Rank (Rho)* menunjukkan adanya hubungan shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll PT. Astra Infra Toll Road di Wilayah Kerja Cikopo Palimanan Tahun 2020, yang dibuktikan dengan nilai $p\ value=0,001$ dengan kekuatan hubungan yang sedang dibuktikan nilai *koefisien korelasi* sebesar 0,563.

PEMBAHASAN

Shift Kerja

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa hampir setengahnya berada pada shift siang (46,7%). Shift kerja merupakan suatu pola pengaturan waktu kerja dari perusahaan bagi tenaga kerja untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab yang diberikan, pembagian waktu biasanya dibagi menjadi tiga yaitu pagi, sore, dan malam.

Menurut Grandjean manusia mempunyai fluktuasi dari berbagai macam fungsi tubuh selama 24 jam atau yang disebut dengan circadian rhythm yaitu jam biologis manusia normal. Fungsi tubuh normal manusia dikelompokkan ke dalam dua fase, yaitu fase *trophotropic* dan fase *ergotrophic*. Fase *trophotropic* terjadi pada malam hari yaitu fase dimana tubuh melakukan pembaharuan cadangan energi atau penguatan kembali, sedangkan fase *ergotrophic* terjadi pada siang hari yaitu

fase di mana semua organ dan fungsi tubuh siap untuk melakukan suatu tindakan(13).

Sistem shift kerja dapat bervariasi pada setiap organisasi maupun perusahaan. Hal tersebut tergantung dari pihak manajemen mengelola shift kerja apakah memperhatikan faktor sosial, psikologis, ekonomi, prasarana kerja dan pelayanan kesejahteraan tenaga kerja sebagai upaya untuk tenaga kerja dapat menyesuaikan diri terhadap shift kerja. Sistem shift kerja yang diterapkan oleh PT. Astra Infra Toll Road termasuk dalam sistem rotasi, dimana tenaga kerja tidak bekerja secara terus-menerus pada shift yang tetap atau sama. Sistem rotasi dianjurkan oleh pakar modern karena mempertimbangkan faktor sosial dan psikologis untuk industri yang bergerak pada bagian manufaktur dan kontinyu.

Jadwal shift kerja di PT. Astra Infra Toll Road diatur dengan sistem 3-1-4-2 di mana 3 hari kerja dengan 1 hari libur, dan 4 hari kerja dengan 2 hari libur, begitu seterusnya untuk pola perulangannya. Sistem rotasi shift kerja tersebut dapat dikatakan memiliki jarak pergantian yang relatif singkat, dan setelah melaksanakan shift kerja sore dan malam terdapat jadwal libur 1–2 hari.

Grandjean, menyebutkan bahwa dalam pengaturan shift kerja perlu memperhatikan persyaratan di mana harus memberikan waktu istirahat atau libur selama 24 jam penuh setelah bekerja malam bahkan menyarakannya untuk memberikan waktu libur 2×24 jam penuh dengan alasan agar kehilangan waktu tidur sedapat mungkin dikurangi dan harus ada waktu yang cukup bagi kehidupan keluarga dan kontak sosial^[13].

Dibutuhkan waktu antara 1–2 hari untuk dapat menyesuaikan kembali ritme *circadian* individu dengan lingkungan alamiah di sekitarnya. Manajemen shift kerja sudah dilakukan dengan baik oleh PT. Astra Infra Toll Road dengan memperhatikan beberapa hal yang sesuai untuk manajemen shift kerja sesuai dengan Tayyari dan Smith 40, yaitu (1) Mengurangi jumlah karyawan saat shift malam yang diperlukan agar jumlah hari kerja pekerja shift malam dapat berkurang, dalam hal ini pada saat shift III (malam) mengurangi jumlah gardu tol yang aktif sudah dilakukan, (2) Setelah bekerja saat shift siang ataupun malam seharusnya diikuti dengan paling sedikit 24 jam atau satu hari libur dan untuk tiap bekerja saat shift malam dengan memberikan paling sedikit 2×24 jam atau dua hari libur sehingga kebiasaan tidur pekerja dapat diatur, hal tersebut sudah dilakukan dengan adanya sistem shift kerja 3-1-4-2 yaitu 3 hari kerja 1 hari libur dan 4 hari kerja 2 hari libur, serta (3) Selama bekerja saat shift malam pemberian musik yang tidak monoton sangat berguna bagi pekerja, dalam hal ini telah disediakan oleh pihak PT. Astra Infra Toll Road yang dapat kita temui ketika melintasi gerbang tol pada saat malam hari akan terdengar keras suara musik dari dalam gardu tol yang berfungsi untuk mengurangi kebosanan.

PT. Astra Infra Toll Road juga menyediakan jam istirahat pada setiap shift kerja petugas pengumpul tol yaitu satu jam. Namun untuk waktu istirahat di setiap shift kerja berbeda tergantung dari kondisi arus lalu lintas kendaraan roda empat dan berat yang menggunakan jalan tol. Waktu istirahat petugas pengumpul tol telah ditentukan tiap gerbang tol. Pada setiap gerbang tol penentuan waktu istirahat berbeda tergantung dari padatnya arus lalu lintas yang ada di setiap gerbang tol. Dengan demikian pada situasi yang memungkinkan maka barulah memiliki waktu istirahat yang panjang. Namun untuk jam istirahat sama untuk setiap shift-nya diberikan waktu istirahat satu jam. Suma'mur, menyatakan bahwa istirahat yang demikian merupakan istirahat dengan proses kerja di mana istirahat tergantung dari bekerjanya mesin peralatan atau prosedur kerja^[14].

Tingkat Kelelahan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa yang terbanyak adalah dengan tingkat kelelahan rendah, yaitu sebanyak 14 pekerja (46,7%), kemudian 10 pekerja (13,3%) dengan tingkat kelelahan tinggi, 4 pekerja (13,3%) tingkat kelelahan sedang dan 2 pekerja (6,7%) tingkat kelelahan sangat tinggi.

Kelelahan merupakan keadaan yang berbeda-beda pada setiap individu, namun dari semua keadaan kelelahan akan berakibat pada pengurangan kapasitas kerja dan ketahanan tubuh. Secara teori keadaan lelah meliputi aspek fisiologis maupun aspek psikologis dan bersifat subjektif dimana ditandai dengan penurunan kinerja fisik, perasaan lelah, penurunan motivasi, dan penurunan produktivitas kerja yang akan mempengaruhi kesehatan pekerja. Kelelahan merupakan keadaan

melemahnya kekuatan fisik maupun psikis seseorang yang dapat mengganggu kesiagaan, ketelitian, penurunan kapasitas ketahanan tubuh dan akan mempengaruhi kesehatan seseorang^[13].

Maka kelelahan dapat diartikan dimana keadaan seseorang sudah tidak mampu melakukan suatu aktivitas karena merasa pekerjaan yang dilakukan adalah suatu beban yang harus dipulihkan. Kelelahan kerja dapat menurunkan konsentrasi kerja dan kesalahan dalam melakukan pekerjaan karena dari itu perlu adanya pemulihan baik pemulihan psikis maupun fisik pada pekerja, apabila tidak segera dilakukan pemulihan akan mengakibatkan penurunan produktivitas. Penurunan produktivitas kerja dapat menghambat perusahaan dalam menggerakkan aktivitasnya karena pekerja yang menjadi penggerak tidak dapat melakukan pekerjaannya dengan baik^[15].

Kelelahan yang dirasakan oleh pekerja pengumpul toll berada pada berbagai macam tingkat kelelahan, mulai kelelahan ringan sampai dengan kelelahan berat. Kelelahan berat yang dirasakan oleh pekerja pengumpul toll disebabkan karena beban kerja tergolong beban kerja sedang dengan melakukan pekerjaan secara konstan dan berulang melakukan transaksi pada pengguna tol yang kadang aktivitas pengguna tol meningkat dengan cepat dan menurun juga dengan sendirinya dan selain itu juga didukung oleh lingkungan kerja yang menjadi pajanan karyawan kolektor gerbang tol.

Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Tarwaka yaitu kelelahan merupakan suatu mekanisme perlindungan agar terhindar dari kerusakan lebih lanjut, sehingga dengan demikian terjadilah pemulihan setelah istirahat sehingga pada pengumpul tol yang mengalami kelelahan tingkat ringan belum diperlukan adanya tindakan perbaikan karena dapat diatasi dengan melakukan istirahat sejenak^[15].

Dengan adanya e-Toll maka kelelahan kerja yang dirasakan pekerja pengumpul toll menjadi menurun diharapkan produktivitas kerja menjadi semakin meningkat. Hal ini sesuai dengan apa yang tercantum dalam Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 392/PRT/M/2005 Tentang Standar Pelayanan Minimal Jalan Tol, dimana terdapat beberapa keuntungan penerapan sistem transaksi secara elektronik ini adalah mempercepat waktu transaksi dan meningkatkan kapasitas pelayanan, mengurangi jumlah uang tunai yang harus ditangani dan meningkatkan keamanan, meningkatkan tingkat akurasi transaksi dan menghindari kesalahan manusia dan meningkatkan efisiensi jumlah SDM untuk pelayanan di gerbang tol.

Hubungan Shift Kerja Dengan Tingkat Kelelahan Pada Pekerja Pengumpul Toll

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa hubungan shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll PT. Astra Infra Toll Road di Wilayah Kerja Cikopo Palimanan Tahun 2020, yang dibuktikan dengan nilai $p\ value=0,001$. Sejalan dengan penelitian Nadia yang menunjukkan adanya hubungan antara shift kerja dengan kelelahan pada pengumpul toll di gerbang cililitan PT Jasa Marga Cabang CTC^[9]. Begitu juga dengan hasil penelitian Shintia yang menunjukkan ada hubungan antara shift kerja dengan kelelahan^[11]. Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Basri yang menyatakan ada hubungan antara shift kerja malam dengan tingkat kelelahan pada operator produksi^[10]. Namun berbeda dengan hasil penelitian Muhammad Syamsuri yang menunjukkan tidak ada hubungan antara shift kerja dengan kelelahan dengan $p\ value (0,375)$ ^[16].

Hasil penelitian Shintia tentang analisis faktor yang berhubungan dengan terjadinya kelelahan kerja pada pengumpul tol, menunjukkan bahwa kelelahan tidak hanya dipengaruhi oleh shift kerja saja akan tetapi dipengaruhi juga oleh karakteristik responden (jenis kelamin dan kebiasaan olah raga), keadaan monoton, persepsi iklim kerja, persepsi kebisingan^[11]. Menurut Tarwaka kelelahan kerja dapat dipengaruhi oleh faktor pekerjaan dan faktor di luar pekerjaan^[5].

Jika dilihat antar shift kerja, frekuensi responden yang berada pada kelelahan berat lebih banyak pada saat melaksanakan shift III (malam). Hal tersebut disebabkan oleh adanya kelelahan dan kondisi fisiologis sebagai akibat bioritmis tubuh. Saat bekerja malam hari seseorang akan lebih cepat merasakan kelelahan dan waktu yang seharusnya digunakan untuk beristirahat di rumah dan berkumpul bersama dengan keluarga serta berhubungan sosial dengan masyarakat tidak ada. Pada shift malam seseorang akan lebih kepikiran dengan apa yang terjadi di rumah dan ingin segera pulang ke rumah. Pada umumnya fungsi tubuh akan meningkat pada pagi hari, mulai melemah pada siang hari dan menurun pada malam hari untuk pemulihan dan pembaharuan, sehingga pada bekerja pada

shift malam akan membuat badan merasa lebih lelah. Hasil penelitian Salma tentang *Shift work and Fatigue*, kerja shift selain menyebabkan tingkat kelelahan juga dapat berpengaruh terhadap kinerja, kecelakaan, dan penyakit jantung kronis, hal ini yang menjadikan bahwa kerja shift sebagai tantangan utama bagi pemberi kerja, karyawan dan profesi kesehatan kerja^[17].

Pada pagi hari seseorang akan lebih siap dan bersemangat serta lebih fresh untuk melakukan pekerjaan, sedangkan kondisi tersebut akan semakin menurun pada sore dan malam hari. Pada saat pagi hari seseorang akan memiliki pola kerja normal dimana pagi hari digunakan untuk bekerja sedangkan pada saat sore dan malam dapat digunakan untuk beristirahat dan berkumpul dengan keluarga serta bersosialisasi dengan masyarakat. Pada saat sore dan malam hari seseorang sudah akan mengalami penurunan kemampuan konsentrasi, mulai merasakan kelelahan lebih tinggi dibandingkan pada saat pagi dan siang.

SIMPULAN

Hampir setengahnya responden bekerja pada shift siang yaitu sebanyak 14 pekerja (46,7%) dan sisanya bekerja pada shift malam dan shift pagi dimana masing-masing sebanyak 8 pekerja (26,7%). Sebagian besar pekerja mengalami tingkat kelelahan rendah, yaitu sebanyak 14 pekerja (46,7%), kemudian 10 pekerja (13,3%) dengan tingkat kelelahan tinggi, 4 pekerja (13,3%) tingkat kelelahan sedang dan 2 pekerja (6,7%) tingkat kelelahan sangat tinggi. Adanya hubungan yang bermakna antara shift kerja dengan tingkat kelelahan pada pekerja pengumpul toll PT. Astra Infra Toll Road di wilayah kerja Cikopo Palimanan tahun 2020, yang dibuktikan dengan nilai *p value* = 0,001. Bekerja pada shift malam memiliki tingkat kelelahan lebih tinggi dibandingkan shift pagi dan siang.

SARAN

Menentukan langkah dan kebijakan yang efektif seperti menambah waktu istirahat pengumpul toll pada saat shift malam dari 1 jam menjadi 2 jam dan memberikan nutrisi lebih seperti susu dan telur untuk mencegah dan mengatasi kelelahan bagi para pekerjanya khususnya pada pengumpul toll dengan menjadikan hasil penelitian ini sebagai masukan dan bahan pertimbangan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sedarmayanti. Sumber Daya Manusia dan Produktivitas. Bandung: CV Mandar Maju; 2009.
2. Zaeni MASGR. Hubungan antara Keluhan Kelelahan kerja Subjektif dengan Produktivitas Kerja Pada Pekerja Bagian Produksi PT. Batara Indah Bogor Tahun 2018. Promot J Mhs Kesehat Masy. 2019;2(3).
3. Sulastuti A. Hubungan Antara Kelelahan dengan Produktivitas Tenaga Kerja di bagian Penjahitan PT Bengawan Solo Garment Indonesia. UNNES; 2006.
4. Friend, M.A; Kohn JP. Fundamental of Occupational Safety and Health. Fourth. Lanham: Government Institues; 2007.
5. Tarwaka; Sudiajeng. Ergonomi untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas. Surakarta: UNIBA Press; 2004.
6. Grandjean E. Fitting File the Task to the Man. In: Text Book of Occupational Ergonomic. 4th ed. New York. Philadelphia: Taylor & Francis Inc.London; 1995.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 1990 tentang Maksud dan Tujuan Jalan Tol. Indonesia; 1990.
8. Sodikin; Riyanto, Bambang; Pudjianto B. Kajian Masalah Antrian Pada SistemPengumpulan Tol Konvensional Terhadap Rancangan Sistem Pengumpulan Tol Elektronik. UNDIP; 2009.
9. Nadia C. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelelahan Pengumpul Tol di Gerbang Cilitan PT. Jasa Marga Cabang CTC. UI; 2011.
10. K. Sarinah, Basri; Silvia Apriliani. Hubungan Shift Kerja Dengan Tingkat Kelelahan Operator Produksi Di Pt Pertamina Eksplorasi Dan Produksi (Ep) Kecamatan Balongan Kabupaten Indramayu Tahun 2014 The Relationships With Working Shift Production Operator Of Fatigue In Ptpertamina Exploration A. J Univ Wilalodra. 2015;1(1).
11. Arini, Shintia Yunita; Dwiyaniti E. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya

Kelelahan Kerja Pada Pengumpul Tol Di Perusahaan Pengembang Jalan Tol Surabaya. *Indones J Occup Saf Heal*. 2015;4(2):113–22.

12. Soekidjo N. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Revisi. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2008.
13. Grandjean E. *Fitting the Task to the Man: an Ergonomic Approach*. In: 4. London: Taylor & Francis Ltd.; 1993.
14. Suma'mur PK. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (HIPERKES)*. In: 2. Jakarta: Sagung Seto; 2014. p. 528.
15. Tarwaka. *Ergonomi Industri : Dasar - Dasar Pengetahuan Ergonomi dan Aplikasi di Tempat Kerja*. Surakarta: Harapan Press Solo; 2010.
16. Syamsuri M. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelelahan Kerja Pada Pekerja Pengumpul Tol Pt Margautama Nusantara Kota Makassar Tahun 2018*. Universitas Hasanuddin; 2018.
17. Ummul, Salma; K, Rao K. *Shift Work and Fatigue*. *IOSR J Environ Sci Toxicol Food Technol*. 2012;1(3):17–21.



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER KESEHATAN DENGAN PRAKTIK PENEMUAN SUSPEK PENDERITA TUBERKULOSIS PARU

Triani Banna*

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua
3anibanna@gmail.com

Dirgantari Pademme*

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua

Merlis Simon***

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua

Abstrak

Praktik penemuan kasus TB masih belum mencapai target yang ditetapkan. Agar target tersebut dapat tercapai, diperlukan peran serta kader kesehatan yang memiliki pengetahuan dan sikap untuk mendukung penemuan suspek TB paru. Namun peran kader dalam penemuan suspek TB paru belum maksimal. Penemuan suspek TB paru yang cepat dapat memutus rantai penularan TB sehingga eliminasi TB dapat tercapai. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan dalam praktik penemuan suspek penderita TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Kasuari Kota Sorong. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua kader yang terdaftar dan aktif di Puskesmas Tanjung Kasuari. Responden penelitian sebanyak 30 orang yang diambil dengan *purposive sampling*. Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan kader dengan praktik penemuan suspek TB paru ($p\text{-value} = 0,000$), dan ada hubungan antara sikap kader dengan praktik penemuan suspek TB paru ($p\text{-value} = 0,000$). Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan dalam praktik penemuan suspek penderita TB paru. Saran bagi pengelola program pencegahan penyakit menular agar meningkatkan pelatihan praktik penemuan suspek TB paru yang berkesinambungan untuk meningkatkan pengetahuan kader dalam praktik penemuan suspek TB paru.

Kata kunci: pengetahuan, sikap, TB paru, kader.

Abstract

The practice of finding TB cases is still far from the expected target. The participation of trained health cadres is required to achieve the target. Rapid discovery of suspected pulmonary tuberculosis can break the chain of TB transmission so that TB elimination can be achieved. This study aims to determine the relationship between knowledge and attitudes of health cadres in the practice of finding suspected pulmonary TB in the Puskesmas Tanjung Kasuari. This research is a quantitative study using a cross-sectional design. The population in this study were all registered and active cadres at Puskesmas Tanjung Kasuari. Respondents of the study were 30 people who were taken by purposive sampling. The results of the chi-square test showed that there was a relationship between the knowledge of cadres and the practice of finding pulmonary TB suspects ($p\text{-value} = 0,000$). The conclusion of this study is that there is a relationship between knowledge and attitudes of health cadres in the practice of finding suspected TB pulmonary. The managers of communicable disease prevention programs are suggested to improve the practice training for the continuous detection of pulmonary TB suspects to increase cadres' knowledge in the practice of finding pulmonary TB suspects.

Keywords: knowledge, attitudes, pulmonary tuberculosis, cadres

PENDAHULUAN

Tuberkulosis masih menjadi masalah dunia. Secara global, pada tahun 2018 diperkirakan 10 juta orang mengalami TB. Jumlah kasus baru di setiap negara bervariasi, mulai dari lima hingga lebih dari 500 kasus baru per 100.000 populasi per tahun, dengan rata-rata global sekitar 130. Sedangkan angka kematian akibat TB diperkirakan ada 1,2 juta jiwa. TB dapat terjadi pada semua jenis kelamin dan kelompok umur. Kelompok paling tinggi dialami oleh laki-laki (usia > 15 tahun) yaitu 57%, perempuan 32%, dan anak-anak 11%. Secara geografis, kasus TBC tahun 2018 terbanyak berada di India (27%), sedangkan Indonesia ada di urutan ke 3 (8%)^[1].

Berdasarkan hasil utama riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018, dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan prevalensi TB Paru sejak 2013 sampai 2018 di semua provinsi. Papua berada pada urutan ke-2 setelah Banten dengan prevalensi 0,8, sedangkan Papua Barat memiliki prevalensi 0,4^[2].

Penatalaksanaan TB meliputi penemuan dan pengobatan pasien yang dilaksanakan dengan strategi *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS). Upaya penemuan kasus TB perlu melibatkan banyak sektor, baik sektor kesehatan seperti puskesmas maupun sektor lain seperti kader kesehatan^[3]. Kader kesehatan merupakan salah satu komponen masyarakat yang diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam penemuan suspek penderita tuberkulosis paru dalam mencapai target yang diharapkan. Salah satu dari empat indikator keberhasilan pelibatan masyarakat dan organisasi kemasyarakatan yaitu meningkatnya jumlah jumlah pasien TB baru yang dirujuk^[3]. Namun, dalam kenyataannya harapan tersebut belum tercapai sesuai yang target. Hal ini dapat terjadi karena berbagai faktor, karena faktor pengetahuan kader belum maksimal atau sikap kader dalam menerima tugas belum memahami untuk menemukan suspek TB^[4].

Angka penemuan kasus (*Case Detection Rate/CDR*) yang merupakan persentase jumlah pasien TB paru BTA positif dibanding jumlah pasien baru TB BTA positif yang diperkirakan ada dalam suatu wilayah^[3]. Target penemuan kasus TB paru di Puskesmas Tanjung Kasuari di tahun 2016 sebanyak 88 orang untuk kasus TB Paru BTA positif baru dengan suspek sebanyak 880 orang pertahunnya. Namun angka ini baru tercapai 62,5% dari target nasional yaitu >70%. Sementara itu data dari dalam Kota Sorong di Tahun 2014 secara kumulatif tercatat ada 228 kasus BTA positif dan naik menjadi 251 kasus BTA positif di tahun 2015.

Berbagai faktor dapat mempengaruhi pencapaian target penemuan suspek TB, baik pada tenaga kesehatan, maupun kader, diantaranya adalah pengetahuan dan sikap^[5]. Meskipun kader kesehatan telah mendapatkan pelatihan untuk dapat melakukan penemuan suspek, namun pengetahuan yang dimiliki belum mendukung dengan baik penemuan suspek TB paru. Pada beberapa penelitian ditemukan bahwa penemuan suspek TB paru oleh kader masih kurang baik^[4-6].

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan suspek penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua kader yang terdaftar dan aktif di Puskesmas Tanjung Kasuari yaitu sebanyak 30 kader. Pengambilan sampel dilakukan dengan *total sampling*. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari Kota Sorong selama 1 bulan.

Pengumpulan data pengetahuan dan sikap menggunakan kuesioner dengan pertanyaan terstruktur, sedangkan untuk variabel praktik penemuan suspek TB paru menggunakan data sekunder dari Puskesmas (Form TB-06) hasil praktik penemuan suspek TB Paru oleh kader. Praktik penemuan suspek TB dikatakan baik apabila presentase TB BTA Positif diantara suspek TB yang diperiksa 5-15%, dan dikatakan kurang apabila presentase TB BTA Positif diantara suspek yang diperiksa kurang dari 5% atau lebih dari 15%. Data dianalisa dengan menggunakan uji *chi-square*.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang menunjukkan karakteristik responden dan gambaran variabel penelitian dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur		
26 – 35	10	33.3
36 – 45	3	10
> 45	17	56.7
Pekerjaan		
Tidak bekerja	27	90
Swasta	1	3.3
Petani	2	6.7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	0	0
Perempuan	30	100
Pengetahuan		
Baik	20	66.7
Kurang	10	33.3
Sikap		
Positif	20	66.7
Negatif	10	33.3
Penemuan		
Baik	15	50
Kurang	15	50

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa responden pada penelitian ini lebih banyak yang berusia >45 tahun (56.7%), berjenis kelamin perempuan (100%), dan tidak bekerja (90%). Sedangkan bila dilihat berdasarkan variabel penelitian dapat diketahui bahwa dari pengetahuan responden persentase paling tinggi adalah yang pengetahuan baik (66.7%), sikap yang paling banyak adalah yang bersikap positif (66.7%), dan antara penemuan yang baik dan yang kurang memiliki persentase yang sama (50%).

Hubungan Pengetahuan Kader dengan Praktik Penemuan Suspek TB Paru dapat dilihat pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Hubungan Pengetahuan Kader dengan Praktik Penemuan Suspek TB Paru

Pengetahuan	Penemuan Suspek TB paru				Jumlah		P value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	15	75,0	5	25,0	20	100	0.000
Kurang	0	0	10	100,0	10	100	
Total	15	50,0	15	50,0	30	100	

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik dengan praktik penemuan suspek TB paru baik sebanyak 15 orang (75,0%), namun responden yang pengetahuannya baik dengan praktik penemuan suspek TB paru kurang sebanyak 5 orang (25,0%). Sedangkan responden yang berpengetahuan kurang dengan praktik penemuan suspek TB paru baik sebanyak 0 orang (0%), namun responden yang pengetahuannya kurang dengan praktik penemuan suspek TB paru kurang sebanyak 10 orang (100%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan $p\text{ value} = 0,000$ ($p < = 0,05$) maka H_0 ditolak artinya bahwa ada hubungan antara pengetahuan kader dengan praktik penemuan suspek TB paru.

Hubungan Sikap Kader dengan Praktik Penemuan Suspek TB Paru dapat dilihat pada tabel 2 berikut:

Tabel 3. Hubungan Sikap Kader dengan Praktik Penemuan Suspek TB Paru

Sikap	Penemuan Suspek TB paru				Jumlah		P value
	Baik		Kurang		n	%	
	n	%	n	%			
Positif	15	75,0	5	25,0	20	100	0.000
Negatif	0	0	10	100,0	10	100	
Total	15	50,0	15	50,0	30	100	

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa responden yang memiliki sikap positif dengan praktik penemuan suspek TB paru baik sebanyak 15 orang (75%), namun responden yang memiliki sikap positif dengan praktik penemuan suspek TB paru kurang yaitu sebanyak 5 orang (25%). Sedangkan responden yang memiliki sikap negatif dengan praktik penemuan suspek TB paru baik sebanyak 0 orang (0%), namun responden yang memiliki sikap negatif dengan praktik penemuan suspek TB paru kurang sebanyak 10 orang (100%). Hasil uji *chi-square* didapatkan *p value* = 0,000 ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak artinya bahwa ada hubungan antara sikap kader dengan praktik penemuan suspek TB paru.

PEMBAHASAN

Karakteristik responden

Karakteristik responden yang digambarkan pada tabel 1 menunjukkan bahwa persentase responden pada penelitian ini lebih banyak yang berusia >45 tahun (56.7%), berjenis kelamin perempuan (100%), dan tidak bekerja (90%). Sedangkan bila dilihat berdasarkan variabel penelitian dapat diketahui bahwa dari pengetahuan responden persentase paling tinggi adalah yang berpengetahuan baik (66.7%), sikap yang paling banyak adalah yang bersikap positif (66.7%), dan antara penemuan yang baik dan yang kurang memiliki persentase yang sama (50%). Karakteristik ini juga memiliki konsistensi dengan penelitian yang dilakukan oleh Fadhilah (2014), Nisa (2017), dan Ratnasari (2019), yang menunjukkan bahwa karakteristik kader kesehatan memiliki kecenderungan karakteristik yang sama, meskipun kader berasal dari tempat dan rentang waktu yang berbeda^[4-6].

Kader kesehatan merupakan salah satu sumber daya manusia yang ada di masyarakat dengan peran yang sangat mendukung dalam upaya pengendalian TB. Dalam hal ini, dikaitkan dengan pencegahan dan penanganan kasus TB paru, kader turut menentukan keberhasilan penanganan penyakit. Peran tersebut dapat berupa deteksi dini terduga TB, pengawas menelan obat (PMO) jika di masyarakat tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan^[3]. Untuk menjadi seorang kader kesehatan tidak diberlakukan syarat khusus baik dari segi usia, pendidikan, jenis kelamin, maupun pekerjaan. Namun demikian kader harus memiliki tanggung jawab terhadap perannya, dan bekerja dengan sukarela.

Karakteristik responden yang menjadi dominasi pada hasil penelitian ini tidak secara otomatis membuat peran kader dalam penemuan suspek TB menjadi tinggi. Persentase kader berusia >45 tahun, berjenis kelamin perempuan, dan tidak bekerja membuat penemuan suspek TB sulit mencapai target karena kader belum menjalankan perannya sebagai tugas utama, karena kader harus meluangkan sebagian besar waktunya untuk memenuhi kebutuhan mereka terlebih dahulu. Hal ini membuat persentase penemuan yang baik dan kurang seimbang (50%) walaupun lebih dari separuh kader memiliki pengetahuan yang baik dan sikap positif.

Hubungan pengetahuan kader dengan praktik penemuan suspek TB paru

Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan kader dengan praktik penemuan suspek TB paru (*p value* = 0,000 < $= 0,05$). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari (2019) yang menemukan bahwa pengetahuan merupakan salah satu variabel yang mendukung perilaku penemuan suspek TB paru ($p=0.026$)^[5]. Pengetahuan kader tentang cara praktik penemuan suspek TB paru akan mendorong terhadap

kemampuan kader untuk mengenali tanda-tanda suspek TB paru. Kondisi ini tentunya akan memudahkan dalam proses penemuan. Pengetahuan tersebut tidak terlepas dari pengalaman kader dalam bentuk pengalaman langsung maupun pengalaman tidak langsung, yang didasarkan pada informasi yang diperoleh dari orang lain.

Penelitian ini sesuai dengan teori yang mengemukakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan itu terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Dalam hal mendapatkan pengetahuan tentang pengelolaan dan penemuan suspek TB di masyarakat, kader mendapatkan pelatihan dari tim kesehatan^[5]. Menurut Prasetyorini (2019), pelatihan terstruktur bagi kader secara signifikan akan meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku kader kesehatan. Hal ini juga membutuhkan dukungan dari pengelola program TB^[6].

Pada karakteristik responden (tabel 1) dapat diketahui bahwa 75% responden memiliki pengetahuan yang baik. Karakteristik ini sangat mempengaruhi praktik penemuan suspek TB paru, dimana kader yang memiliki pengetahuan baik dengan praktik penemuan suspek TB Paru yang baik cenderung akan lebih baik dalam praktik penemuan suspek TB paru yang baik, sedangkan kader yang memiliki pengetahuan yang kurang maka akan berdampak pada praktik penemuan suspek TB paru yang kurang baik. Jadi pengetahuan tentang mekanisme praktik penemuan dan penanganan suspek TB paru sangat penting bagi kader, karena tanpa memahami bagaimana mekanisme yang harus dijalani untuk menemukan suspek TB paru dan cara penanganan lanjutannya akan mendorong kader cenderung tidak optimal dalam melaksanakan penemuan suspek TB paru.

Hubungan sikap dengan praktik penemuan suspek TB paru

Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap kader dengan praktik penemuan suspek TB paru (p value = 0.000). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyorini (2019), yang menyatakan bahwa sikap merupakan salah satu faktor yang mendukung penemuan suspek TB paru oleh kader kesehatan ($p=0.036$)^[7].

Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Saputro (2009), yang melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan dan sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan suspek TB paru di Puskesmas Plupuh I Kabupaten Sragen Propinsi Jawa Tengah, yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap dan praktik penemuan suspek TB paru (p value = 0,003)

Penelitian ini sesuai dengan teori yang mengemukakan bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan hal-hal tertentu atau memberikan respon yang positif maupun yang negatif terhadap orang, objek atau situasi^[8]. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulasi sosial, dan menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak^[9].

Hasil penelitian ini yang juga mendukung dapat dilihat pada karakteristik responden (tabel 1), yang menunjukkan bahwa 75% responden memiliki sikap yang positif. Hal ini merupakan faktor yang mempengaruhi praktik penemuan suspek TB paru. Kader yang memiliki sikap yang positif cenderung akan lebih baik dalam praktik penemuan suspek TB paru, sedangkan kader yang memiliki sikap yang negatif maka akan berdampak pada praktik penemuan suspek TB paru yang kurang baik. Oleh karena itu, kader kesehatan perlu dibekali pengetahuan yang baik tentang mekanisme praktik penemuan dan penanganan suspek TB paru. Pengetahuan mempunyai peranan dalam membentuk sikap yang positif, tanpa pengetahuan yang baik maka kader akan sulit memahami bagaimana mekanisme yang harus dijalani untuk menemukan suspek TB paru dan cara penanganan lanjutannya. Hal ini akan mendorong kader cenderung untuk cuek dalam melaksanakan penemuan suspek TB paru.

Hasil wawancara yang didapatkan pada saat pengisian kuesioner bahwa, kader dengan sikap positif namun praktik penemuan suspek TB paru kurang dapat dikaitkan dengan berbagai kesibukan rumah tangga dan pengalaman masa lalu yang tidak diberikan *reward* sehingga tidak melakukan praktik penemuan suspek TB paru. Sedangkan kader dengan sikap negatif dengan praktik penemuan

suspek TB paru kurang dapat dikaitkan dengan pengetahuan yang masih kurang sehingga mempengaruhi sikap kader dalam tugas dan perannya sebagai kader untuk praktik penemuan suspek TB paru. Hal ini disebabkan karena sebagian kader baru sekali mengikuti pelatihan tentang praktik penemuan suspek TB paru dengan waktu yang sangat singkat. Sedangkan kader dengan sikap yang positif pernah mendapat pelatihan praktik penemuan suspek TB paru sebelumnya dan sudah mempunyai pengalaman dalam praktik penemuan suspek TB paru.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan praktik penemuan suspek penderita TB paru, dan ada hubungan antara sikap kader kesehatan dengan praktik penemuan suspek penderita TB paru.

SARAN

Disarankan kepada pengelola program pencegahan penyakit menular agar meningkatkan pelatihan praktik penemuan suspek TB paru yang berkesinambungan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap kader dalam praktik penemuan suspek TB paru. Kader juga perlu lebih banyak dilibatkan dalam kegiatan terkait penemuan suspek dalam komunitasnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf>
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
4. Nisa SM, P. YD. Hubungan Antara Karakteristik Kader Kesehatan Dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis Paru. *JHE (Journal Heal Educ.* 2017;2(1):93–100.
5. Ratnasari NY, Marni M, Husna PH. Knowledge, Behavior, and Role of Health Cadres in The Early Detection of New Tuberculosis Case in Wonogiri. *J Kesehat Masy.* 2019;15(2):235–40.
6. Fadhilah N, Nuryati E, Duarsa A, Djannatun T, Hadi RS. Perilaku Kader dalam Penemuan Suspek Tuberkulosis. *Kesmas Natl Public Heal J.* 2014;(112):280.
7. Prasetyorini D, Josef HK, Claramita M. Training Effectiveness to Change Knowledge and Attitude of Health Cadres on Lung Tuberculosis. *Rev Prim Care Pract Educ.* 2019;2(3):99–101.
8. Purwanto H. Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan. Jakarta: EGC; 1999.
9. Azwar S 2010. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2010.



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

TINJAUAN SISTEMATIS: FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI *EARLY WARNING SCORE* (EWS) OLEH PERAWAT DI RUMAH SAKIT

Dinny Ria Pertiwi*

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
nikeardini@gmail.com

Cecep Eli Kosasih**

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

Aan Nuraeni***

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

Abstrak

Perawat memainkan peran penting dalam melakukan penilaian dini dan pengelolaan pasien. Beberapa rumah sakit telah menerapkan sistem respon cepat dengan menggunakan alat bantu *Early Warning Score* (EWS). Alat ini dapat membantu perawat dan dokter dalam melakukan respon secara efektif dan efisien dalam deteksi dini perburukan pasien. Namun penerapan EWS masih terasa belum optimal. Tujuan literatur ini adalah untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *Early Warning Score* (EWS) oleh perawat di rumah sakit. Pencarian literatur dilakukan pada database elektronik yaitu PubMed, Ebsco, Proquest dan Google Scholar dengan kata kunci *application, early warning score, related factors* dan *nurse*. Kriteria dalam pencarian literatur adalah literatur dalam Bahasa Inggris yang diterbitkan pada tahun 2009-2019. Penilaian artikel dibuat berdasarkan format PRISMA. Dari 340 publikasi yang diidentifikasi, didapatkan 4 studi yang termasuk kedalam kriteria tinjauan, dua Studi Mix Methode, Studi Kualitatif dan Survey. Hasil telaah studi ditemukan bahwa pengetahuan dan keterampilan perawat dalam mengenali perburukan pasien sangat berpengaruh dalam implementasi EWS. Selain itu, perawat yang mempunyai pengalaman yang lebih biasanya melakukan respon dengan cepat dalam hal tersebut. Sehingga perawat akan melakukan kolaborasi dengan tim medis agar pasien bisa tertangani dengan baik. Kesimpulannya adalah faktor yang mempengaruhi pengaplikasian *Early Warning Score* (EWS) yaitu pengetahuan perawat tentang EWS, *confidence* dalam melakukan pengambilan keputusan, pengalaman dalam menangani pasien yang mengalami perburukan, hubungan baik dengan staf medis dan kepatuhan dalam protokol EWS. Oleh karena itu, edukasi berkelanjutan disertai monitoring EWS sangat diperlukan dan dilakukan secara merata bagi perawat.

Kata Kunci: *early warning score (EWS), implementasi, faktor terkait, perawat*

Abstract

Nurse plays an important role in conducting early assessment and patient management. Several hospitals have implemented a rapid response system using Early Warning Score (EWS) tool. This tool can assist nurses and doctors in responding effectively and efficiently in early detection of patient deterioration. However, the implementation of the EWS is still not optimal. The purpose of this literature is to examine the factors that influence the implementation of the Early Warning Score (EWS) by nurses in the hospital. Literature searches were carried out on electronic databases such as PubMed, Ebsco, Proquest and Google Scholar with the keywords: application, early warning score, related factors and nurse. Criteria of the literature search was published in 2009-2019 with English literature. The article assessment is based on the PRISMA format. From 340 publications identified, 4 studies were included in the review criteria which consist of two mix method Studies, a qualitative study and a survey. The results of the study found that the knowledge and skills of

nurses in recognizing patient deterioration were very influential in implementing EWS. In addition, nurses who have more experience usually respond quickly in this regard. So that nurses will collaborate with the medical team for handling patients properly. The conclusion is the factors that influence the application of Early Warning Score (EWS) are knowledge of nurses about the EWS, confidence in making decisions, experience in handling patients with deterioration, good relations with other medical staff and adherence to EWS protocol. Therefore, continuous education accompanied by EWS monitoring is very necessary and carried out equally for nurses.

Keywords: *early warning score (EWS), implementation, related factors, nurse*

PENDAHULUAN

Kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit dapat menimbulkan trauma bagi pasien. Oleh karena itu, rumah sakit harus meningkatkan mutu pelayanan dengan menerapkan keselamatan pasien. Selain itu, kejadian yang tidak diinginkan tersebut dapat memperpanjang rawat inap, ancaman kehidupan pasien dan biaya perawatan yang lebih mahal^[1]. Hal tersebut bisa dicegah dengan adanya deteksi dini dan respon yang cepat ketika pasien menunjukkan penurunan kondisi baik secara klinis maupun fisiologis^[2].

Penurunan kondisi tersebut bisa dideteksi oleh perawat dan dokter. Perawat memainkan peran penting dalam melakukan penilaian dini dan pengelolaan pasien. Hal ini disebabkan oleh perawat merupakan petugas kesehatan di rumah sakit yang sering melakukan kontak dengan pasien, pengamatan kondisi pasien dan selalu konsisten dalam melakukan perawatan^[3].

Beberapa rumah sakit telah menerapkan sistem respon cepat dengan menggunakan alat bantu *Early Warning Score* (EWS). *Early Warning Score* (EWS) merupakan suatu alat yang berfungsi untuk mengidentifikasi perubahan kondisi pasien yang beresiko terhadap perburukan dengan menggunakan skoring^[4]. Alat ini dapat membantu perawat dan dokter dalam melakukan respon secara efektif dan efisien dalam deteksi dini perburukan pasien.

Parameter yang digunakan dalam alat ini yaitu tekanan darah sistolik, tingkat kesadaran AVPU, temperatur, frekuensi napas, saturasi O₂ dan nadi. Perawat mengatakan bahwa *Early Warning Score* (EWS) sangat mudah digunakan dan mudah untuk dipelajari sehingga mempermudah perawat dalam melakukan penilaian perburukan pasien^[1].

Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi satu telah memasukkan sistem EWS dalam penilaian akreditasi. Sehingga dengan adanya regulasi tersebut, rumah sakit di Indonesia dituntut untuk menerapkan alat deteksi ini. *Early warning score* dapat membantu perawat dalam menentukan pasien mana yang perlu dipantau secara lebih intensif serta menentukan tindakan resusitasi apa yang perlu dilakukan. *Bedside tool* ini dapat menurunkan angka kejadian henti jantung secara signifikan di New Zealand. Implementasi yang tidak baik dapat menyebabkan meningkatkan kejadian henti jantung^[5].

Tujuan diterapkannya penilaian EWS salah satunya untuk menurunkan angka kejadian henti jantung di dalam rumah sakit. Sebagian besar kasus henti jantung di rumah sakit meninggal dunia dan juga sebenarnya kasus ini dapat diperkirakan sebelumnya karena pada kenyataannya telah terjadi perburukan kondisi pasien sebelum kejadian henti jantung^[6].

Oleh karena itu, pencatatan EWS harus dilakukan dengan baik pada semua pasien di ruang perawatan rumah sakit. Namun penerapan EWS masih terasa belum optimal. Beberapa rumah sakit belum menerapkan sepenuhnya pelaksanaan EWS dan kurangnya kepatuhan perawat dalam melaksanakan EWS. Oleh karena itu, reviewer tertarik untuk melakukan review tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan *Early Warning Score* (EWS) oleh perawat di rumah sakit.

METODE

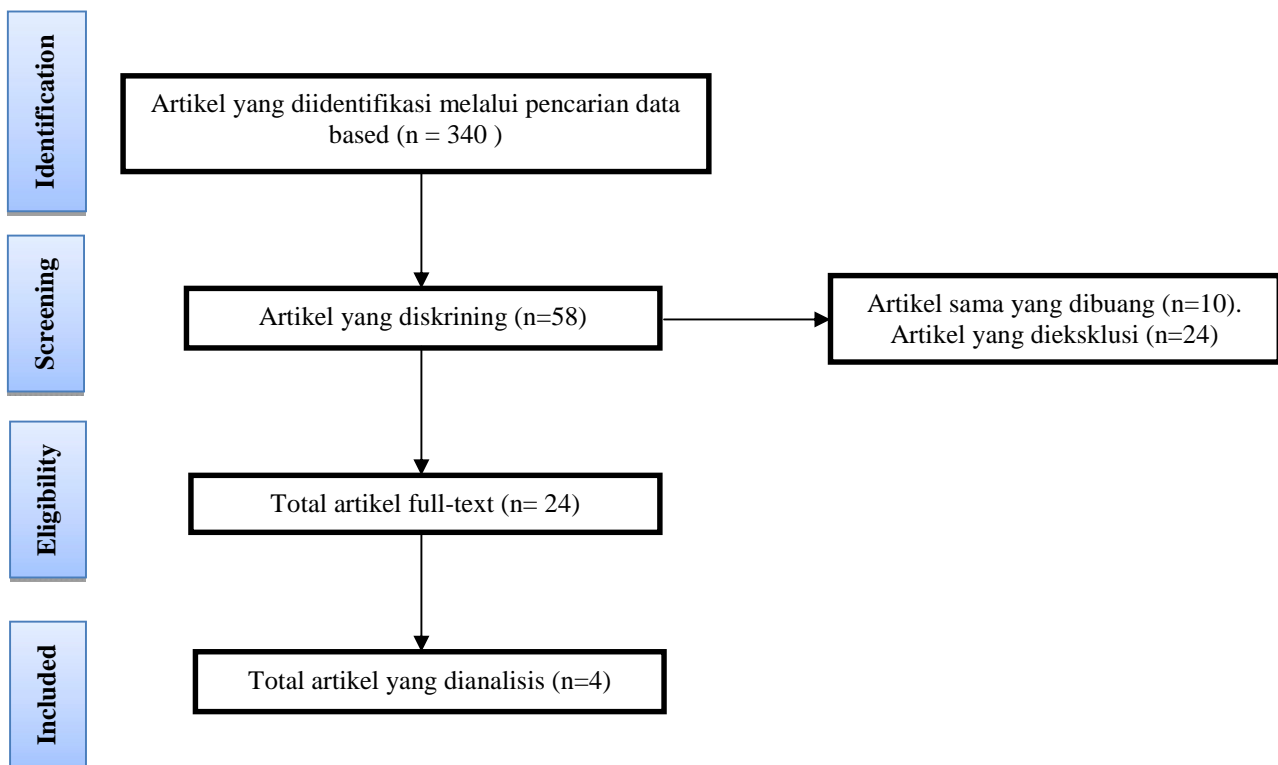
Studi literatur dilakukan dengan membuat ringkasan dan analisis dari artikel yang terkait dengan pertanyaan dan tujuan penelitian. Metode pencarian menggunakan beberapa database elektronik, yakni PubMed, Ebsco, Proquest dan Google Scholar dengan kata kunci *application, early warning score, related factors, dan nurse*. Kriteria inklusi: 1) artikel yang memiliki judul dan isi yang relevan dengan tujuan penelitian; 2) berbahasa Inggris dan fulltext; 3) artikel penelitian yang dipublikasi pada 2009–2019. Kriteria eksklusi: 1) tidak memiliki struktur artikel yang lengkap; 2) *review artikel*; 3) *Modified Early Warning Score (MEWS), Pediatric Early Warning Score (PEWS), Maternity Early Warning Score (MEWS)*.

Berdasarkan hasil penelusuran dengan memasukkan kata kunci yang didapatkan dari PubMed sebanyak 3 artikel, Ebsco sebanyak 2 artikel, Proquest sebanyak 155 artikel, dan Google scholar sebanyak 180 artikel maka total sebanyak 340 artikel. Setelah dilakukan penyortiran dengan kriteria inklusi didapatkan dari PubMed sebanyak 3 artikel, Ebsco sebanyak 2 artikel, Proquest sebanyak 25 artikel, dan google scholar sebanyak 28 artikel dengan total keseluruhan

sebanyak 58 artikel. Terdapat 34 artikel yang sama sehingga menjadi 24 artikel. Lalu dilakukan proses penyortiran dan hanya 4 artikel yang memiliki struktur sebuah artikel dan hanya membahas topik yang sesuai dengan tujuan penelitian. Artikel tersebut terdiri dari 2 studi mix methode, studi kualitatif dan survey. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dari Gambar 1, Sedangkan hasil *review* artikel dapat dilihat pada Tabel 1.

HASIL

Dari hasil *review* artikel didapatkan bahwa faktor yang menghambat implementasi EWS oleh perawat yaitu pengetahuan dan keterampilan yang kurang baik. Ketidapatuhan dalam melaksanakan protokol EWS di rumah sakit juga dapat menghambat keberhasilan pelaksanaan EWS. Sebaliknya, pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang baik dalam EWS dapat meningkatkan keberhasilan EWS. Sehingga hal ini juga dapat menjadikan perawat *confidence* dalam melakukan pengambilan keputusan saat skor EWS pasien buruk dan perlu dilakukan rujukan pada tim medis. Kolaborasi antar profesi juga dapat berdampak baik sehingga dapat memberikan kepercayaan satu sama lain dalam memberikan pelayanan yang terbaik pada pasien yang mengalami perburukan.



Tabel 1. Tabel *Review Artikel*

No	Judul	Peneliti/ Tempat	Tujuan	Metode /sampel	Hasil	Kelemahan
1	How do nurses use the early warning score in their practice? A case study from an acute medical unit	(Foley & Dowling, 2019)/ Irlandia	Untuk menjelaskan bagaimana perawat menggunakan <i>early warning score</i> (EWS) di perawatan akut, kepatuhan dalam menggunakan EWS dan mengeksplorasi pandangan dan pengalaman perawat dalam penggunaan EWS	Mix method Triangulasi data: observasi non partisipan, wawancara semi-terstruktur dengan perawat dan analisis dokumen Sampel pada perawat di ruangan : 2 orang <i>Health Care Assistant</i> (HCA) dilakukan observasi, 7 orang perawat dilakukan observasi dan wawancara, 1 orang perawat hanya diwawancara dan 2 orang perawat hanya diamati tapi tidak ingin diwawancara	Perawat menganggap penting EWS dalam perburukan pasien, namun perawat sering ragu dalam pengambilan keputusan ketika intuisi atau pengetahuan mereka bertentangan dengan protokol EWS. Perlunya komunikasi dan kerjasama antara perawat dan dokter dalam penggunaan EWS. Kepatuhan dalam protokol EWS, perawat melakukan penilaian klinis mereka sendiri dan tidak bergantung pada protokol EWS. EWS tidak tampak digunakan oleh perawat sebagai metode sistematis penilaian pasien. Kurangnya staf berpengalaman yang bisa menafsirkan perburukan pasien. Perlunya Pendidikan untuk membantu perawat dalam pengelolaan perburukan pasien Pengalaman para pegawai merupakan salah satu faktor penting dalam melakukan penilaian yang efektif dan rujukan. Biasanya para pegawai junior masih mengandalkan para senior dalam merujuk skor EWS. Inadkuat level pegawai dan keterampilan menjadi sorotan dalam penelitian ini	Sampel ada kemungkinan sadar sedang diamati dalam pengaplikasian EWS Dokter tidak dilakukan wawancara untuk mengetahui pendapat dan pengalaman EWS yang bisa saja mempunyai temuan yang berbeda Pengamatan staf dan lingkungan praktik mungkin telah mengakibatkan adanya variasi dalam berperilaku
2	Early warning systems and rapid response to the deteriorating patient in hospital: a realist evaluation	(MCGA UGHEY, O'HALLORAN, PORTER, TRINDELL, & BLACKWOOD, 2017)/Ireland Utara	Untuk menguji teori Rapid Response System (RRS) terhadap praktek RRS yang sebenarnya	Realistic Evaluation, Mix method Wawancara dengan perawat,manajer, dan dokter. Selain itu, observasi Juni-November 2010, dokumen analisis Mei-oktober 2010 dan pelatihan di dua rumah sakit Northern Ireland		

dan menjadi faktor lain yang berkontribusi dalam lemahnya dalam menilai perburukan pasien sebagai hasil dari lambatnya dalam melakukan observasi atau *follow up* perburukan pasien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan beberapa edukasi terhadap pegawainya dalam mengelola perburukan pasien

3	Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study	(Petersen, Rasmussen, & Rydahl-Hansen, 2017) / Denmark	untuk menentukan hambatan dan faktor terkait dengan tiga aspek protokol EWS yaitu frekuensi pemantauan, pemanggilan dokter junior, dan pemanggilan medical emergency team (MET)	Kualitatif Fokus Grup Diskusi dengan 18 perawat dari dua ruangan yaitu bedah dan medis (staf perawat)	Perawat melakukan pemantauan yang berlebihan, lebih sering dari protokol EWS yang ada. Akan tetapi dilaporkan kadang juga perawat melakukan pemantauan yang kurang ketika periode sibuk. Kurangnya sumber daya disebutkan sebagai salah satu hambatan utama untuk pemantauan yang memadai. Perawat menyatakan bahwa mereka lebih cenderung menjangkau dokter yang mereka kenal sebelumnya, memiliki hubungan baik dan dianggap trampil. Perawat umumnya enggan memanggil MET dan umumnya menganggapnya sebagai pilihan terakhir. Penghalang utama untuk memanggil MET adalah sikap negatif yang dirasakan dari MET.	Penelitian ini hanya menggunakan sampel di dua ruangan saja. Hal ini menyebabkan bahwa penelitian ini tidak dapat disamakan dengan tempat lainnya. Dalam penelitian ini, proses perekrutan sampel dibantu oleh kepala perawat. Perawat mungkin merasa tertekan untuk berpartisipasi melawan keinginan mereka.
4	Early Warning	(Fox & Elliott,	untuk mengevaluasi	Survey 140	perawat EWS sangat bermanfaat dalam	Hanya perawat ruangan yang

<p>Scores: A 2015) / Sign of Ireland Deteriorati on in Patients and Systems</p>	<p>pengalaman perawat menggunakan NEWS di rumah sakit dan mengevaluasi dampak pengambilan keputusan klinis</p>	<p>ruangan di salah satu rumah sakit regional Ireland</p>	<p>mendeteksi perburukan pasien. NEWS dianggap dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pengambilan keputusan. Akan tetapi, masih ada perawat di bangsal umum masih kurang percaya diri dalam mengetahui kapan harus memanggil bantuan medis. Faktor lain yang menghambat aplikasi EWS yaitu keterlambatan respon tim medis</p>	<p>dilibatkan dalam survey ini, tanpa melibatkan tim multidisplin lain Temuan hanya melihat perspektif dari peserta saja tanpa mengaudit catatan pasien atau observasi aktual</p>
---	--	---	---	---

PEMBAHASAN

Penerapan alat *Early Warning Score* (EWS) di rumah sakit memiliki beberapa keuntungan diantaranya meningkatkan keselamatan pasien sehingga mutu pelayanan menjadi meningkat. Bagi tenaga kesehatan, alat ini dapat meningkatkan kemampuan perawat untuk membedakan perubahan klinis yang terjadi pada pasien dan membuat keputusan klinis. Hal ini sesuai dengan yang dibahas oleh Kyriacos et al. (2011)^[7] bahwa tanda tanda vital belum cukup untuk menilai perubahan klinis, akan tetapi keputusan klinis (*clinical judgement*) dari seorang perawatpun menjadi poin penting dalam memberikan keselamatan pasien.

Namun perawat sering ragu-ragu dalam pengambilan keputusan tersebut ketika intuisi atau pengetahuan mereka tidak sejalan dengan protokol EWS. Perawat kadang mengandalkan intuisi dalam mendeteksi pasien yang memburuk. Beberapa perawat mengandalkan penilaian klinis mereka sendiri untuk mengelola pasien daripada mematuhi protokol EWS. Perawat akan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan mereka, mengamati pasien tersebut lalu mengulang EWS dan menilai kembali untuk memutuskan urgensi transfer pasien atau peninjauan dari pihak medis^[8]. Hal ini sesuai dengan penelitian McGaughey et al (2017)^[9] bahwa perawat percaya akan pengetahuan yang dimiliki oleh mereka dalam menangani pasien. Pendekatan untuk mengelola pasien tersebut sangat bergantung pada pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh perawat. Beberapa bukti menunjukkan bahwa staf junior tidak memiliki kemampuan dalam mengenali perburukan pasien. Hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh staf tersebut^{[10][11]}.

Perawat yang memiliki pengalaman dalam mendeteksi perburukan pasien dapat dengan segera melakukan respon yang cepat. Perawat tersebut akan melakukan pengamatan, menyelesaikan protokol EWS dan segera menghubungi tim medis untuk mengatasi masalah tersebut. Staf yang berpengalaman akan menggunakan protocol EWS secara flexibel untuk membimbing dan menginformasikan pengambilan keputusan mereka. Pengalaman para staf merupakan salah satu faktor penting dalam melakukan penilaian yang efektif dan rujukan^[9].

Para staf junior masih kaku dalam melakukan penilaian awal dan menerapkan kriteria yang masih terbatas pada pengetahuan atau keterampilan dalam penilaian pasien. Kekakuan dalam pengaplikasian EWS meningkatkan jumlah panggilan positif palsu dan beban kerja medis. Biasanya para staf junior masih mengandalkan para senior dalam merujuk skor EWS. Dalam penelitian Shearer et al. (2012)^[12] dan Massey et al. (2014)^[13] bahwa staf junior mungkin kurang percaya diri dan pengalamannya masih terintegrasi pada pengetahuan teoritis dalam konteks klinis dalam pengambilan keputusan.

Penelitian yang dilakukan oleh Fox dan Elliot (2015)^[14] bahwa masih ada perawat ruangan yang masih kurang percaya diri dalam mengetahui kapan harus memanggil bantuan medis. Meskipun

begitu, perawat meyakini bahwa adanya EWS bisa membantu perawat dalam memprioritaskan pasien. EWS dianggap dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pengambilan keputusan sehingga perawat dapat memutuskan apakah membutuhkan bantuan dokter dalam peninjauan pasien.

Untuk membantu dalam keberhasilan implementasi sistem peringatan dini ini tergantung juga pada respon yang tepat dan pemanggilan staf medis. Kolaborasi antara perawat dan tim medis harus berjalan dengan baik. Hubungan interpersonal antara perawat dan dokter sangat penting dalam bertindak dan merawat pasien. Perawat menyatakan bahwa mereka cenderung lebih menghubungi dokter yang mereka kenal sebelumnya, mempunyai hubungan baik dan dianggap terampil. Mereka tidak mau memanggil dokter junior dan menganggap kurang berkontribusi^[14].

Hal lainnya yang bisa menghambat jalannya EWS yaitu keterlambatan respon tim medis. Hal ini biasanya terjadi pada jam-jam tertentu misalnya pada shift malam atau pada saat jam-jam sibuk dan terjadi pada beberapa dokter yang masih belum memahami sepenuhnya tentang protocol EWS^[14]. Selain itu, perawat umumnya tidak ingin memanggil *Medical Emergency Team* (MET) jika ada pasien yang mengalami perburukan dan umumnya menganggapnya sebagai pilihan terakhir. Penghalang utama untuk memanggil MET adalah sikap negatif yang dirasakan dari MET.

Secara umum protokol EWS bermanfaat dalam penilaian klinis, memfasilitasi komunikasi intra-profesional dan memprioritaskan beban kerja. Kepatuhan protokol dianggap sebagai aspek penting dari perilaku profesional. Ada beberapa perawat yang melakukan pemantauan EWS yang berlebihan. Hal ini dianggap positif jika tidak membahayakan dan memberikan manfaat kepada pasien. Namun, ada kalanya juga dilaporkan pemantauan EWS yang jarang dilakukan oleh perawat. Biasanya hal ini dihambat oleh keterbatasan staf dan pada jam-jam sibuk^[15].

Keberhasilan implementasi NEWS dalam organisasi pelayanan kesehatan memerlukan pengembangan dan evaluasi berkelanjutan. Edukasi tersebut bisa menggunakan beberapa program-program pendidikan seperti training dan simulasi EWS untuk meningkatkan pengetahuan dan kompetensi perawat dalam menilai perburukan pasien^[16]. Program pendidikan yang berfokus pada multidisiplin telah terbukti meningkatkan kerjasama dan hubungan komunikasi antara dokter dan perawat^[17]. Tim Kolaborasi ini sangat dibutuhkan ketika terlihat ada perburukan pasien, sehingga pengambilan keputusan dan pengelolaan pasien tersebut bisa membantu memberikan solusi yang terbaik bagi pasien.

SIMPULAN

Pengetahuan dan keterampilan perawat tentang EWS sangat mempengaruhi dalam pengaplikasiannya di rumah sakit. Selain itu, perawat harus *confidence* dalam pengambilan keputusan dan mempunyai pengalaman dalam menangani pasien yang mengalami perburukan. Hubungan baik antara perawat dengan staf medis dan kepatuhan dalam protokol EWS-pun harus dilakukan dengan baik agar penerapan EWS dapat berjalan dengan baik.

SARAN

Adanya edukasi berkelanjutan baik itu pendidikan dan pelatihan seperti simulasi tentang EWS agar perawat dapat mengidentifikasi kondisi perburukan pasien. Serta perawat harus melakukan monitoring EWS secara berkala agar dapat berjalan efektif dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Stafseth SK, Grønbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2016;34:33–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>.
2. Bokhari SWI, Munir T, Memon S, Byrne JL, Russell NH, Beed M. Impact of critical care reconfiguration and track-and-trigger outreach team intervention on outcomes of haematology patients requiring intensive care admission. *Ann Hematol*. 2010;89(5):505–12.
3. Cooper S, Kinsman L, Buykx P, McConnell-Henry T, Endacott R, Scholes J. Managing the deteriorating patient in a simulated environment: Nursing students' knowledge, skill and situation

- awareness. *J Clin Nurs*. 2010;19(15–16):2309–18.
4. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS Updated report of a working party Executive summary and recommendations. 2017;(December):1–15. Available from: www.rcplondon.ac.uk.
 5. Drower D, McKeany R, Jogia P, Jull A. Evaluating the impact of implementing an early warning score system on incidence of in-hospital cardiac arrest. *N Z Med J*. 2013;126(1385):26–34.
 6. Limpawattana P, Aungsakul W, Suraditnan C, Panitchote A, Patjanasontorn B, Phunmanee A, et al. Long-term outcomes and predictors of survival after cardiopulmonary resuscitation for in-hospital cardiac arrest in a tertiary care hospital in Thailand. *Ther Clin Risk Manag*. 2018;14:583–9.
 7. Kyriacos U, Jelsma J, Jordan S. Monitoring vital signs using early warning scoring systems: A review of the literature. *J Nurs Manag*. 2011;19(3):311–30.
 8. Foley C, Dowling M. How do nurses use the early warning score in their practice? A case study from an acute medical unit. *J Clin Nurs*. 2019;28(7–8):1183–92.
 9. Mcgaughey, J., O'halloran, P., Porter, S., Trinder, J., & Blackwood, B. *Early Warning Systems And Rapid Response To The Deteriorating Patient In Hospital: A Realist Evaluation*. Belfast. 2017;
 10. Johnston MJ, Arora S, King D, Bouras G, Almouadaris AM, Davis R, et al. A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. *Surg (United States)*. 2015;
 11. Ludikhuizen J, de Jonge E, Goossens A. Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation [Internet]*. 2011;82(11):1428–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.05.026>
 12. Shearer B, Marshall S, Buist MD, Finnigan M, Kitto S, Hore T, et al. What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(7):569–75.
 13. Massey D, Chaboyer W, Anderson V. What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nurs Open*. 2017;4(1):6–23.
 14. Fox A, Elliott N. Early warning scores: A sign of deterioration in patients and systems. *Nurs Manage*. 2015;22(1):26–31.
 15. Petersen JA, Rasmussen LS, Rydahl-hansen S. Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses : a qualitative study. 2017;1–10.
 16. Saab MM, McCarthy B, Andrews T, Savage E, Drummond FJ, Walshe N, et al. The effect of adult Early Warning Systems education on nurses' knowledge, confidence and clinical performance: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2017;73(11):2506–21.
 17. Merriel A, van der Nelson H, Merriel S, Bennett J, Donald F, Draycott T, et al. Identifying Deteriorating Patients Through Multidisciplinary Team Training. *Am J Med Qual*. 2016;31(6):589–95.



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

MENGEMBANGKAN PERAWATAN PALIATIF BERBASIS MASYARAKAT DI INDONESIA: BELAJAR DARI IMPLEMENTASI SUKSES DI INDIA DAN UGANDA

Syarifah Lubbna*

Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon
lubbna.flinders@gmail.com

Geraldine Lane**

College of Nursing and Health Science, Flinders University, Adelaide
geraldine.lane@flinders.edu.au

Abstrak

India dan Uganda adalah negara berkembang dengan tantangan dan potensi sumber daya yang mirip dengan Indonesia dalam kaitannya dengan upaya pengembangan perawatan paliatif. Namun, akhirnya kedua negara ini mampu mengatasi hambatan tersebut dan membuktikan bahwa perawatan paliatif sekarang tersedia dan dapat diakses oleh masyarakat. Studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi layanan perawatan paliatif yang telah diimplementasikan di kedua negara tersebut, kemudian mengidentifikasi strategi yang digunakan yang mungkin dapat diadopsi untuk mendukung praktik perawatan paliatif berbasis komunitas (*Community-based Palliative Care*) di negara berkembang lainnya termasuk Indonesia. Metode dengan peninjauan cepat (*rapid review*) terhadap lima database elektronik dilakukan selama periode delapan minggu pada bulan April-Juni 2018. Penelitian yang telah dilakukan terkait praktik perawatan paliatif di India dan Uganda yang diterbitkan dalam bahasa Inggris dari tahun 2000 hingga 2018 adalah kriteria inklusinya. Semua judul dan abstrak ($n = 542$) ditinjau relevansinya, dan lima belas artikel yang relevan telah teridentifikasi. Perawatan paliatif berbasis komunitas di India dan Uganda diprakarsai oleh *The Pain and Palliative Care Society* (PPCS), dan *Hospice Uganda* (HU). Kolaborasi antara *Non-governmental Organisations* (NGOs), pemerintah daerah, WHO, dan organisasi potensial lainnya telah diinisiasi untuk membantu memberikan pelatihan perawatan paliatif, peraturan dan kebijakan, serta memastikan ketersediaan morfin. Relawan komunitas juga dilatih untuk memberi dukungan kepada pasien dengan penyakit kronis dan keluarganya di masyarakat, terutama di daerah pedesaan, dengan kemampuan mengidentifikasi masalah, memberikan dukungan non-medis, dan bertindak sebagai 'jembatan' antara pasien dan profesional perawatan kesehatan. Media lokal juga dimanfaatkan untuk membantu meningkatkan kesadaran masyarakat yang lebih luas. Perkembangan perawatan paliatif berbasis komunitas di India dan Uganda dan strategi yang digunakan telah teridentifikasi. Oleh karena itu, beberapa rekomendasi telah diuraikan untuk mempromosikan pengembangan perawatan paliatif berbasis komunitas di Indonesia. Saran untuk peneliti selanjutnya adalah pentingnya mengeksplorasi bagaimana manajemen finansial yang efektif dilakukan pada praktik perawatan paliatif berbasis komunitas di negara berkembang lainnya dengan memaksimalkan peran relawan.

Kata Kunci: Perawatan Paliatif; komunitas; relawan; perawatan di rumah; penyakit terminal;

Abstract

India and Uganda are developing countries with similar barriers and potential resources with Indonesia in relations to palliative care provision. However, they were finally able to tackle the barriers and prove that palliative care is now available and accessible in their communities. This study aims to explore the palliative care services that have been implemented in these two countries, and then to identify strategies used that might be needed in supporting community-based palliative care (CBPC) practices in other developing countries including Indonesia. A rapid review of five electronic databases was undertaken over an eight-week period in April-June 2018. Prior studies of palliative care practices in India and Uganda published in English from 2000 to 2018 were included. All titles and abstracts ($n=542$)

were reviewed for relevance, and fifteen articles were identified. The CBPC in India and Uganda were initiated by the Pain and Palliative Care Society, and Hospice Uganda respectively. The collaborations between these NGOs, local governments, WHO, and other potential organizations have been initiated to help providing palliative care trainings, regulations and policies as well as ensuring availability of free morphine. The Community volunteers have been trained to support chronically ill patients and their families in society, particularly in rural areas, by identifying their issues, providing non-medical support, and acting as a 'bridge' between the patients and health care professionals. Local media was also utilized to help raising awareness of wider population. The development of CBPC in India and Uganda and the strategies used have been identified. Considering these strategies, some recommendations have been outlined to promote the development of community-based palliative care in local areas in Indonesia. It is recommended for the next researcher to explore funding management in the practice of community based palliative care by optimizing the role of volunteers.

Keywords: Palliative care; community; volunteer; home care; terminal illness

PENDAHULUAN

Perkembangan layanan perawatan paliatif di Indonesia berjalan lambat. Masih terdapat ketidakseimbangan yang besar antara permintaan dan ketersediaannya, terutama di daerah pedesaan. Saat ini, perawatan paliatif hanya tersedia di tujuh kota dari 98 kota besar dan 17.000 pulau¹, padahal lebih dari 50% penduduk Indonesia tinggal di pedesaan². Penyediaan perawatan paliatif di Indonesia telah diklasifikasikan sebagai level 3a, artinya tidak sepenuhnya terintegrasi ke dalam layanan kesehatan umum³. Namun, seiring dengan meningkatnya kejadian penyakit tidak menular di Indonesia termasuk kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, permintaan perawatan paliatif semakin meningkat (WHO, 2010). Sayangnya, deteksi dan diagnosis dini jarang terdengar di negara berkembang termasuk Indonesia⁴.

Rochmawati, Wiechula & Cameron menunjukkan bahwa pemahaman yang terbatas tentang perawatan paliatif di kalangan profesional kesehatan, tantangan geografis, dan kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat merupakan hambatan dalam penyediaan perawatan paliatif di Indonesia². Selain itu, tidak adanya kebijakan pemerintah tentang pengobatan opioid serta adanya *opiophobia* di kalangan masyarakat Indonesia dan pembuat kebijakan membuat penyediaan perawatan paliatif menjadi lebih menantang¹. Ketersediaan layanan perawatan paliatif yang tidak merata karena hambatan-hambatan ini kemungkinan besar akan mengakibatkan penderitaan yang tidak perlu pada orang-orang dengan penyakit yang membatasi hidup, terutama mereka yang tinggal di daerah pedesaan.

Ada beberapa negara berkembang lain dengan hambatan serupa seperti Indonesia dalam hal penyediaan perawatan paliatif, yaitu India dan Uganda. Prioritas rendah dalam kebijakan pemerintah, kurangnya sumber daya manusia, kurangnya pelatihan tenaga kesehatan, kesulitan dalam mendapatkan morfin, dan akses ke perawatan kesehatan yang sulit merupakan tantangan di India⁵. Serupa dengan ini, kurangnya pengetahuan tentang perawatan menjelang ajal dan perawatan kritis diantara profesional kesehatan, kurangnya ketersediaan obat, dan *opiophobia* adalah hambatan di Uganda⁶. Namun, kedua negara ini telah membuktikan bahwa mereka mampu mengatasi kesulitan dan menjadi pionir dalam pengembangan layanan paliatif di antara negara berkembang di dunia. Pertama, India telah membuktikan dirinya mampu mengembangkan sistem perawatan paliatif yang efektif, berbiaya rendah, dan perawatan di rumah, dan saat ini masuk dalam kategori 3b (perawatan paliatif terintegrasi pada kesehatan umum) berdasarkan pemetaan global⁷. Kedua, Uganda juga telah diidentifikasi sebagai satu-satunya negara berpenghasilan rendah di dunia dengan perawatan paliatif terintegrasi penuh dan bertindak sebagai *role-model* dalam pengembangan perawatan paliatif di Afrika^{3,8}.

Telah diketahui secara luas bahwa India dan Uganda telah menerapkan layanan perawatan paliatif berbasis komunitas dalam mendukung pasien dengan penyakit yang membatasi hidup dan keluarganya di level masyarakat⁷. Menurut Persatuan Bangsa-Bangsa, populasi India dan Uganda masing-masing sekitar 1,35 miliar dan 44,27 juta; dibandingkan dengan Indonesia dengan 267,5 juta penduduk. Jumlah populasi yang besar merupakan salah satu sumber daya yang dimiliki negara-negara ini terlepas dari beberapa tantangan yang disebutkan di atas. Selain itu, kesamaan lain antara India, Uganda, dan Indonesia juga pada budaya komunitasnya, dimana masyarakat dan anggota keluarga secara moral berkewajiban untuk merawat orang sakit, dan tradisi *social activism* telah ada sejak lama di India^{9,10}. Serupa dengan ini, masyarakat Uganda pada umumnya bersifat kolektif dan mereka mengatasi masalah sosial dengan menggunakan nilai-nilai solidaritas yang telah lama ada (UNESCO 2005). Ini mencerminkan masyarakat Indonesia yang juga dianggap sebagai masyarakat kolektivistis¹¹ sehingga budaya dukungan keluarga yang kuat memainkan peran kunci dalam memberikan dukungan dan perawatan langsung bagi pasien yang sakit¹². Mempertimbangkan hambatan dan situasi yang sama dari negara-negara ini, dan belajar dari praktik pelayanan paliatif yang telah sukses diimplementasikan di India dan Uganda, beberapa strategi yang efektif mungkin dapat teridentifikasi untuk mendukung pengembangan perawatan paliatif berbasis komunitas di wilayah di Indonesia.

Studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi layanan perawatan paliatif berbasis komunitas yang telah dikembangkan di India dan Uganda, serta untuk mengidentifikasi strategi yang digunakan untuk

mengembangkan program perawatan paliatif berbasis komunitas. Manfaat dari studi ini adalah beberapa rekomendasi yang diformulasikan dan dapat dipertimbangkan untuk mempromosikan implementasi perawatan paliatif berbasis komunitas di wilayah di Indonesia.

METODE PENELITIAN

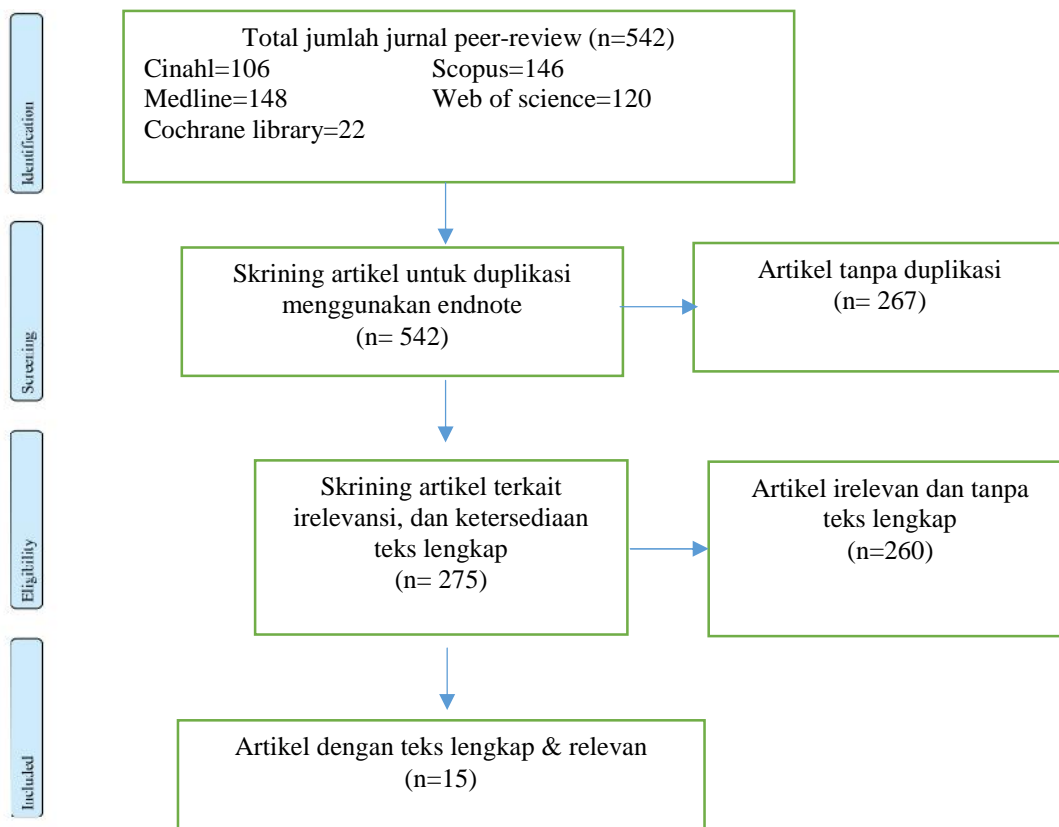
Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode tinjauan cepat (*rapid review*) dari literatur tentang perawatan paliatif dengan pendekatan kualitatif dari data sekunder. Metodologi tinjauan cepat menggunakan proses yang serupa dengan tinjauan sistematis penuh (*systematic review*) tetapi menghasilkan sintesis bukti yang lebih cepat dengan membatasi ruang lingkup (misalnya istilah pencarian dan kriteria inklusi) atau berbagai aspek sintesis (misalnya ekstraksi data dan penilaian bias)³. Identifikasi, evaluasi, dan interpretasi dari semua hasil penelitian yang relevan dari lima database dilakukan, yaitu CINAHL, Scopus, *Web of Science*, MEDLINE, dan *Cochrane Library*. Penelitian dimulai dengan pencarian secara sistematis dengan strategi memasukkan beberapa kata kunci sesuai pertanyaan penelitian, kemudian dilakukan pemilihan data sesuai kriteria inklusi dan penilaian kualitas artikel hingga didapatkan artikel yang relevan.

Strategi Pencarian

Pencarian sistematis dilakukan pada April-Juni 2018 dari lima database elektronik. Istilah pencarian yang digunakan dalam database termasuk: ((MH "Palliative care") OR (MH "Terminal care") OR (MH "Hospital care") OR *Palliative* OR *terminal* OR *Hospice* OR "end-of-life") AND (MH "India") OR India* OR (MH "Uganda") OR (MH "Africa South of the Sahara") OR Uganda OR "Subsaharan Africa") AND ((MH "Volunteer Workers") OR (MH "Community Health Nursing") OR (MH "Community Networks") OR (MH "Health Information Networks") OR *volunteer** OR *communit**). Pencarian database terbatas pada artikel berbahasa Inggris antara 2000 dan 2018. Pencarian ini mencakup 542 *peer-reviewed journal* yang diambil dari CINAHL (n = 106), MEDLINE (n = 148), SCOPUS (n = 146), *Web of Science* (n = 120), dan *Cochrane Library* (n = 22). Kemudian, skrining artikel dilakukan untuk duplikasi menggunakan *Endnote*. Total hasil tanpa duplikat data yang dipublikasikan antara 2000-2018 adalah 275 artikel.

Pemilihan data dan penilaian kualitas

Judul dan abstrak dari 275 jurnal yang diambil ditinjau relevansinya. Jurnal harus membahas layanan perawatan paliatif yang inisiasi oleh komunitas di India dan Uganda, perkembangannya, dan perencanaan/strategi yang digunakan untuk mengoptimalkan pemberian layanan. Kemudian, dilakukan tinjauan teks lengkap (*full-text*) untuk relevansinya sesuai kriteria inklusi. Selanjutnya, 15 jurnal relevan telah diidentifikasi. Gambar 1. menunjukkan diagram alur pencarian literatur. Kemudian, 15 jurnal tersebut dinilai secara kritis menggunakan *Critical Appraisal Skill Program (CASP) Qualitative Checklist* untuk menilai bias dan kualitasnya.



Gambar 1. Diagram Alur Pencarian Literatur

HASIL PENELITIAN

Studi ini mengidentifikasi 15 jurnal yang memenuhi kriteria inklusi dimana sembilan artikel membahas tentang perawatan paliatif di India dan enam artikel dilakukan di Uganda. Tabel 1. di bawah ini merangkum karakteristik dan hasil studi dari artikel yang diambil. Ada enam tema utama yang ditemukan berkaitan dengan penerapan praktik perawatan paliatif berbasis komunitas di India dan Uganda, yaitu peran penting NGO terkait upaya pengembangan perawatan paliatif, inisiasi program pendidikan/pelatihan, mengoptimalkan klinik *Palliative Care* link dan model perawatan paliatif di rumah (*home care*), mengadvokasi ketersediaan morfin dan kebijakan perawatan paliatif, mengoptimalkan sumber dana, dan dampak positif dari CBPC yang diterapkan di India dan Uganda, terutama terhadap pasien paliatif dan keluarga mereka. Lima studi [1,2,4,6,11] menekankan bahwa NGO yang didirikan di tingkat nasional atau daerah bertindak sebagai pelopor gerakan sosial terkuat dalam mengoptimalkan praktik perawatan paliatif dan kesadaran masyarakat, bekerja sama dengan organisasi internasional (WHO) atau lembaga profesional lainnya. Sembilan studi [1,2,6,7,10,11,12,13,15] menemukan bahwa memberikan pendidikan/ pelatihan perawatan paliatif secara masif, baik formal maupun informal, untuk profesional kesehatan seperti dokter dan perawat dan relawan lokal yang bertindak sebagai *caregiver*, adalah landasan untuk mempromosikan layanan perawatan paliatif berkualitas tinggi di komunitas. Empat studi [1,3,10,11] membahas upaya menyediakan *link clinics* jika memungkinkan tanpa biaya awal dan mengoptimalkan praktik perawatan di rumah sebagai model paling efektif dari layanan perawatan paliatif di komunitas di India dan Uganda. Dua studi [1,10] menekankan pentingnya menyediakan morfin oral yang dapat diakses dan gratis serta kebijakan hukum yang mendukung upaya ketersediaannya. Terakhir, dua studi [5,9] menganalisis keberhasilan pengembangan CBPC yang telah diterapkan di India dan tiga studi [12,13,14] menjelaskan kontribusi dan dampak positif dari program *Community Volunteer Program*

(CVP) di lingkungan masyarakat sehingga perawatan paliatif menjadi lebih mudah diakses untuk pasien dan keluarga di Uganda.

PEMBAHASAN

Beberapa strategi yang diterapkan oleh kedua negara telah diidentifikasi untuk mempromosikan praktik perawatan paliatif yang dipimpin oleh masyarakat: mengoptimalkan peran NGO sebagai pelopor, memberdayakan relawan lokal dan profesional kesehatan melalui program pendidikan dan pelatihan, memanfaatkan model perawatan di rumah dari praktik perawatan paliatif di komunitas, memastikan bahwa morfin oral tersedia dan dapat diakses oleh pasien yang didukung oleh kebijakan yang mengatur, dan meningkatkan kesadaran masyarakat dan sumber pendanaan. Kajian ini juga menemukan beberapa dampak positif dari strategi tersebut, sebagai upaya untuk menawarkan layanan CBPC, dirasakan oleh pasien dengan penyakit kronis dan keluarganya.

Mengoptimalkan peran organisasi non-pemerintahan (NGO)

Kehadiran NGO, terutama di negara berkembang seperti India dan Uganda, sangat penting karena bertindak sebagai pelopor gerakan sosial yang kuat untuk mempromosikan praktik perawatan paliatif di masyarakat. Dari lima studi, dua menjelaskan [1,11] bagaimana NGO di India dan Uganda mampu secara inovatif memulai beberapa program untuk meningkatkan praktik perawatan paliatif yang dipimpin oleh komunitas melalui kolaborasi lokal atau internasional. Rajagopal & Palat (2002) mengemukakan bahwa *Pain and Palliative Care Society* (PPCS), sebagai NGO yang berbasis di Kerala, India, bekerja sama dengan WHO telah dinyatakan sebagai model proyek percontohan untuk pemberian perawatan paliatif di negara-negara berkembang. Untuk mengatasi kendala kurangnya pendidikan, infrastruktur, ketersediaan morfin, pendanaan, dan dukungan sosial yang adil, PPCS mengembangkan: (1) program pelatihan untuk relawan, perawat, dan dokter bekerja sama dengan Davis Trust dan Sir Michael Sobell House di Inggris, dan Universitas Edith Cowan di Australia; (2) menghubungkan klinik dengan menggunakan sumber daya yang ada; (3) menyediakan morfin oral gratis untuk pasien di semua klinik penghubung; (4) memobilisasi sumber dana; (5) mendirikan *sister NGO* yang disebut “Palliative Care patients’ Benefit Trust” (PCPBT) yang berfokus pada pemberian dukungan sosial keluarga pasien dalam pendidikan dan keuangan misalnya menyediakan sekolah gratis, hibah tahunan untuk kebutuhan dasar (buku, seragam sekolah, payung, dll), dana untuk memulai kembali usaha, pelatihan keterampilan memancing untuk keluarga, dll.

Livingstone (2003) juga menekankan bahwa Hospice Uganda (HU) sebagai NGO perawatan paliatif pertama didirikan pada awalnya untuk memberikan perawatan dan dukungan bagi pasien dengan kanker dan HIV/ AIDS dengan mengusung program pendidikan untuk profesional dan non-profesional, misalnya pelatihan informal dan kursus singkat; mengoptimalkan perawatan pasien berbasis rumah; memulai pusat hospis di daerah lokal di Kampala dan unit satelit di Mbarara dan Hoima sebagai daerah tetangga. Untuk memperkuat upaya memaksimalkan praktik perawatan paliatif yang diprakarsai oleh NGO, tiga studi [2,4,6] menjelaskan pembentukan *sister networkings* seperti “Neighbourhood Network in Palliative Care” (NNPC), *CanSupport* di New Delhi, *Cipla Cancer Palliative Care Center* di Pune, India Tengah, dan Asosiasi Perawatan Paliatif India. NNPC, sebagai prakarsa utama milik masyarakat di India, diluncurkan pada 1999 ketika empat NGO di Kerala bergabung bersama¹³.

No	Peneliti (Tahun)	Lokasi	Desain	Hasil Studi
1	Rajagopal & Palat (2002)	Calicut, Kerala India	Studi deskriptif kualitatif	Upaya PPCS mengatasi tantangan dalam memberikan pelayanan paliatif di Calicut: menginisiasi program edukasi untuk relawan, perawat, dokter; membangun <i>link clinics</i> memanfaatkan sumber daya/ infrastruktur yang sudah ada, tanpa biaya pembangunan; menyediakan morfin oral gratis di semua <i>link clinics</i> ; mengoptimalkan sumber finansial dari NGO dan komunitas local;

				<p>menginisiasi “sister NGO” dengan nama “Palliative Care Patient’s Benefit Trust” (PCBT) fokus pada dukungan social dan rehabilitasi pasien paliatif dan keluarga.</p>
2	Kumar & Palmed (2007)	India	Studi deskriptif kualitatif	<p>Evolusi dan fungsi “Neighbourhood Network in Palliative Care” (NNPC): berperan menginisiasi program edukasi untuk komunitas lokal fokus keterampilan untuk mengidentifikasi masalah pasien dengan penyakit kronis dan apa yang dibutuhkan di area masing-masing. Relawan yang dapat meluangkan waktu 2 jam perminggu untuk membantu merawat pasien di rumah, diberi pelatihan terstruktur: 16 jam teori interaktif dan 4 hari praktik klinik dibawah pengawasan. Setelah itu, relawan dimotivasi untuk membuat kelompok 10-15 orang untuk mengidentifikasi masalah pasien paliatif di areanya.</p> <p>Peran relawan: melakukan visitasi rumah secara berkala disupervisi tim paliatif komunitas, mengidentifikasi masalah pasien terutama isu non-medis, finansial; mengoptimalkan kampanye massa untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan pemasukan dana; memberikan dukungan terutama psikososial dan spiritual.</p> <p>Dampak positif NNPC: dukungan emosional dan kepatuhan pengobatan yang lebih baik, deteksi gejala dini, dukungan sosial dan finansial yang lebih baik.</p>
3	McDemott et al. (2008)	Calicut, Kerala, India	Multimethod review, grey literature, kunjungan lapangan etnografi, wawancara kualitatif	<p>Situasi pelayanan paliatif saat ini di India: (1) infrastruktur: lebih dari 138 organisasi menyediakan layanna hospis dan paliatif di 16 teritori, NGO, WHO, RS negeri dan swasta, dan pusat hospis bekerjasama untuk menyediakan tempat. Saat ini pelayanna paliatif dan hospis tersedia di pusat kanker regional, pusat hospis mandiri, rumah sakit pemerintah atau swasta, klinik di pedesaan, pelayanan rawat rumah (<i>home-care</i>) yang semuanya dilakukan di bangunan yang sudah ada (sekolah, pusat kesehatan, dll); (2) edukasi dan pelatihan: sudah ada empat kampus di India yang membuka program perawatan paliatif di level S1; (3) ketersediaan opioid: peraturan dan kebijakan yang sudah disederhanakan dan dilaksanakan terkait penyediaan morfin, bekerjasama dengan WHO; (4) NGO yang baru terinisiasi dan bekerjasama: NNPC, CanSupport di India Utara, The Guwahati Pain & Palliative Care Society (GPPCS) ada di 7 wilayah timur laut India.</p>
4	Sallnow, Kumar, & Numpeli	India	Studi deskriptif kualitatif	<p>Perkembangan NNPC: saat ini NNPC menjadi kekuatan social terbesar dalam</p>

	(2010)			mengembangkan perawatan paliatif di komunitas, beroperasi di 14 distrik di Kerala dan memiliki jejaring 230 jejaring klinik komunitas, terdapat lebih dari 10.000 relawan paliatif. Setiap unit klinik memberikan pelayanan medis dan keperawatan, dukungan spiritual dan psikososial, pengobatan gratis, edukasi/pelatihan keluarga pasien untuk perawatan dasar pasien. Fokus pelayanan dilakukan di rumah, melalui visitasi tim dokter, perawat, dan relawan.
5	Palat & Venkateswaran (2012)	Kerala, India	Studi deskriptif kualitatif	Perkembangan pesat perawatan paliatif di India: (1) edukasi: kedokteran paliatif sebagai sub-spesialis kedokteran, penelitian dan jurnal paliatif semakin banyak, modul & manual perawatan paliatif sudah tersedia oleh IAPC, <i>Handbook</i> dan <i>Training toolkit</i> perawatan paliatif sudah tersedia oleh INCTR, panduan/ pedoman mendirikan perawatan paliatif dan penyediaan morfin telah tersedia. Kebijakan perawatan paliatif sudah ada sejak 2008 termasuk upaya mengembangkan infrastruktur dan pendanaan. Kerala dinobatkan sebagai model percontohan perawatan paliatif berbasis komunitas.
6	Kumar (2013)	Kerala, New Delhi, India	Studi deskriptif kualitatif	Semakin berkembang pesatnya “sister NGOs” di berbagai wilayah di India, termasuk Indian Association of Palliative Care sebagai payung organisasi paliatif di India, dan Institute of Palliative Medicine di Calicut, Kerala ditunjuk WHO sebagai pusat kolaborasi dan kerjasama dibidang perawatan paliatif. Faktor yang berkontribusi terhadap suksesnya model perawatan paliatif di Kerala: meningkatnya kesadaran masyarakat, tersedianya regulasi yang jelas terkait opioid dan kesadaran ditingkat pemerintahan dan politik; alokasi dana khusus untuk paliatif dari pemerintah; sistem pemerintahan yang terdesentralisasi di Kerala, dan peran vital perawat sebagai pemimpin model perawatan rumah (<i>home-care</i>)
7	Datta & Agrawal (2017)	India	Studi deskriptif kualitatif	Mengembangkan <i>e-learning</i> untuk tenaga kesehatan di India, oleh Karunashraya Hospice di Bengaluru, bekerjasama dengan <i>Cardiff Palliative Care Education Team</i> , Wales. Modul <i>e-learning</i> berupa 20 modul terintegrasi terkait psikososial dan perawatan medis untuk pasien kanker dan penyakit lainnya. Contohnya: prinsip dasar perawatan paliatif, keterampilan komunikasi dan konseling, kerjasama tim dan komunitas, perawatan menjelang ajal, kehilangan dan duka cita, opioid, perawatan paliatif pada penyakit non-maligna, manajemen gejala, dll

8	Jayalakshimi & Suhita (2017)	Kerala, India	Studi deskriptif kualitatif	Evaluasi kebijakan paliatif melalui Local Self-government Institutions (LSGIs) di Poovar and Azhur sebagai daerah terpencil di India, dinilai belum maksimal atau masih lemah, terhambat alokasi finansial. LSGIs jarang terlibat upaya pelatihan paliatif, termasuk para tim <i>home-care</i> dan relawan. Masih lemahnya <i>family empowerment</i> . Intinya adalah program LSGIs belum berjalan secara efektif di daerah terpencil.
9	Vinayagamoorthy, Suguna, & Dongre (2017)	Tamil Nadu, India	Studi deskriptif kualitatif In-depth interviews	Evaluasi pelayanan <i>home-care</i> di Tamil, Nadu: dampak positif yang dirasakan pasien dan keluarga di komunitas adalah manajemen masalah fisik yang lebih baik, meningkatnya dukungan psikososial, menurunnya pengeluaran finansial berhubungan dengan penurunan admisi ke rumah sakit, meningkatnya interaksi sosial, kerjasama tim yang lebih efisien, dan penerimaan yang baik oleh masyarakat. Hal yang perlu ditingkatkan adalah memotivasi dan memberi pelatihan secara konsisten kepada <i>caregiver</i> untuk melakukan perawatan dasar dan latihan fisioterapi dasar pada pasien paliatif; memotivasi pemimpin lokal untuk meningkatkan dukungan pendanaan demi berjalannya pelayanan dengan cara yang inovatif.
10	Merriman (2002)	Uganda	Studi deskriptif kualitatif	Status pelayanan paliatif di Uganda: Hospice Uganda mengoptimalkan peran relawan komunitas di daerah/ desa-desa untuk mengidentifikasi dan melaporkan masalah pasien paliatif terutama dengan gejala tidak terkontrol, mendirikan tim-tim perawatan rumah dengan pembekalan keterampilan yang cukup. Pelatihan dan edukasi pada relawan telah dimulai di distrik Hoima dan sekitarnya. Upaya-upaya lainnya adalah (1) mendirikan pendidikan formal, program <i>short-course</i> , konferensi, pembelajaran jarak jauh, untuk para tenaga kesehatan dan relawan, bekerjasama dengan berbagai pihak; (2) memperkenalkan morfin di 57 distrik dengan pendanaan dari WHO dan kooperasi Italia; (3) membuat kebijakan dan peraturan standar perawatan paliatif dan melegalkan perawat spesialis paliatif untuk meresepkan morfin jika tidak ada dokter bertugas, dan (4) mengoptimalkan program rawat rumah (<i>home-care</i>).
11	Livingstone (2003)	Kampala, Mbarara, Hoima, Uganda	Studi deskriptif kualitatif	Pengalaman <i>Hospice Uganda</i> dalam mengoptimalkan perawatan paliatif di Uganda: (1) bekerjasama dengan relawan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien terkait pelayanan medis dan hospis, rujukan, dll, (2) Program edukasi untuk tenaga kesehatan profesional dan para

				<p>non-profesional seperti <i>ward-based informal teaching</i>, <i>short-courses</i> untuk pelaku rawat dan keluarga pasien, pelatihan formal, kurikulum perawatan paliatif, pelatihan 9 bulan formal, tutorial, dll.</p> <p>Hospice Uganda menganalisis bahwa model rawat rumah (<i>home-care</i>) adalah model yang paling efektif untuk menghindari pengeluaran finansial berlebih berkaitan dengan admisi ke rumah sakit.</p>
12	Downing & Kawuma (2008)	Rukungiri district, Uganda	Case studi evluatif, wawancara semi-terstruktur, diskusi focus grup, observasi realitas	<p>Program <i>Mobile Training Team</i>(MTT) meliputi modul 1 tahun perawatan paliatif terkait pasien HIV/AIDS dilakukan untuk tenaga kesehatan di wilayah-wilayah terpencil</p> <p>Hasil evaluasi program MTT: (1) dampak positif pada pasien dan keluarga di komunitas: Terapi ARV yang semakin aksesibel, perlakuan yang lebih baik terhadap pasien HIV/AIDS, menurunnya stigma negative; (2) dampak positif pada level fasilitas kesehatan: meningkatkan kerjasama tim, terbentuknya tim fasilitas kesehatan baru, pemahaman yang lebih baik terkait tugas staff; (3) dampak positif pada level distrik: masing-masing distrik sudah memiliki tenaga kesehatan profesional dan kader khusus pelayanan paliatif pada pasien HIV/AIDS, lebih mudah akses terhadap morfin oral</p>
13	Jack et al. (2011)	Hoima and Kampala, Uganda	Studi evaluatif, sampling pragmatis non-probabilitas, wawancara kelompok semi-terstruktur	<p>Inisiasi 'Community Volunteer Program' (CVP): program berbasis rumah bertujuan untuk melatih relawan untuk memberikan perawatan paliatif pada pasien dengan kanker dan HIV/AIDS dengan dukungan praktis/fisik, emosional, dan spiritual di rumah masing-masing. Dampak positif dari program 'Community Volunteer Program' (CVP) di Uganda: meningkatnya dukungan perawatan fisik (memandikan, perawatan luka, memberi makan, dll), bantuan praktis (mengambil obat, menyediakan makan dan minum, pakaian), meningkatnya kepatuhan medikasi dan terapi karena terpantau oleh relawan, meningkatnya edukasi pada pasien dan keluarga. Relawan berperan penting sebagai 'jembatan' antara pasien dan pelayanan kesehatan.</p>
14	Mburu et al. (2013)	Mbale & Jinja district, Uganda	Studi kualitatif, diskusi dan wawancara fokus grup	<p>Jejaring relawan/ komunitas berperan penting dalam berbagai aspek kehidupan pasien berkaitan dengan pelayanan paliatif: perawatan personal, keberlangsungan kehidupan sehari-hari, dukungan dukacita dan nutrisi pasien, memperkuat sistem pelayanan dan rujukan. Memperkuat <i>community system</i> adalah stratei yang efektif untuk menurunkan penderitaan pasien HIV dan</p>

				keluarganya.
15	Downing, Leng, & Grant (2016)	Uganda	Studi deskriptif kualitatif	Munculnya inovasi dalam edukasi perawat, yaitu program 'the Uganda Palliative Care Nurse Leadership Fellowship Program' untuk mengatasi kebutuhan kepemimpinan perawat dalam melakukan perawatan paliatif, didanai oleh Departemen pengembangan Internasional Inggris. Programnya adalah satu minggu pelatihan intensif di Kampala, kemudian menyelesaikan 5-6 bulan implementasi di tempat kerja lokal melalui <i>mentorship</i> dan supervisi. Modul yang diberikan antara lain kepemimpinan, kesadaran diri, tipe pembelajaran, manajemen konflik, gaya kepemimpinan, dll. Perawat terlibat dalam dua macam <i>leadership action plans</i> , nasional dan lokal.

Strategi dalam program pendidikan untuk memberikan layanan CBPC berkualitas tinggi

Beberapa strategi digunakan untuk memberdayakan masyarakat di India dan Uganda melalui program pendidikan formal dan informal. Ini adalah langkah penting yang harus dilakukan karena 'kekuatan sosial' adalah salah satu kekuatan negara berkembang dengan populasi besar. Dari lima belas artikel yang ditinjau, sembilan studi [1,2,6,7,10,11,12,13,15] menekankan bahwa program pendidikan adalah salah satu landasan dalam menyediakan layanan perawatan paliatif berkualitas tinggi di masyarakat. Kumar & Palmed (2007) mengidentifikasi bahwa strategi yang digunakan oleh NNPC adalah melatih relawan komunitas lokal (siapa pun yang dapat meluangkan setidaknya dua jam per minggu untuk merawat orang sakit di daerah mereka) dengan keterampilan yang memungkinkan mereka untuk mengidentifikasi masalah pasien paliatif dengan pengawasan atau bimbingan aktif dari para profesional terlatih. Mereka terdaftar dalam program pelatihan terstruktur, 16 jam sesi teori interaktif ditambah empat hari sesi klinik di bawah pengawasan. Sebelum mereka diizinkan untuk membantu pasien, para relawan terlatih terlebih dahulu harus membentuk kelompok yang terdiri dari 10-15 relawan komunitas untuk mengidentifikasi masalah pasien dengan penyakit kronis di daerah mereka dan untuk mengatur intervensi yang sesuai, diawasi oleh dokter dan perawat terlatih.

Di Uganda, Program Relawan Komunitas (CVP) didirikan oleh Hospice Uganda (HU) sebagai program berbasis rumah yang bertujuan untuk melatih relawan sebagai sumber daya untuk memberikan perawatan paliatif bagi pasien dengan kanker dan HIV/AIDS dan untuk memberikan pelayanan praktis, emosional, fisik, dan dukungan spiritual kepada pasien di sekitar mereka¹⁴. Pelatihan telah dimulai di Kabupaten Hoima, mengundang orang-orang yang paling diterima oleh keluarga seperti dukun⁶. Satu studi [13] menggambarkan strategi yang digunakan oleh HU seperti menyediakan pelatihan informal dan kursus singkat untuk orang-orang yang tertarik seperti pengasuh dan anggota keluarga pasien. Mereka dilatih untuk melakukan perawatan fisik (mandi, perawatan luka, dan membantu memberi makan pasien), bantuan praktis (mengumpulkan obat-obatan, mendapatkan makanan dan air, memberi pakaian), mengumpulkan obat dari puskesmas dan membawanya ke rumah pasien, memastikan pasien tetap minum obat, memberikan informasi, dan penyuluhan keluarga terutama terkait masalah psikososial dan spiritual.

Dari sembilan studi, lima studi [7,11,12,13,15] menjelaskan program pendidikan formal untuk para profesional, dapat diberikan baik konvensional maupun metode *e-learning*. Datta & Agrawal (2017) mengidentifikasi bahwa sumber daya pembelajaran elektronik digunakan, contohnya rumah Sakit Karunashraya di Bengaluru, India, mengembangkan "Palliative care e-learning resource for health care professionals in India" bekerja sama dengan Tim Edukasi Perawatan Paliatif Cardiff di Wales. Sumber daya yang terdiri lebih dari 20 modul mengintegrasikan perawatan psikologis, sosial dan medis untuk pasien yang membutuhkan perawatan paliatif untuk kanker dan penyakit lainnya. Ini mencakup berbagai topik seperti Prinsip Dasar Perawatan Paliatif, Keterampilan Komunikasi dan

Konseling, Perawatan Komunitas dan Kerja Sama Tim, Perawatan Akhir Hidup, Kehilangan dan berduka, Opioid, Perawatan Paliatif dalam Penyakit non-maligna, Perawatan Psikososial, Perawatan Spiritual dan beberapa modul tentang manajemen gejala.

Di Uganda, satu studi [12] mengidentifikasi bahwa memanfaatkan program pendidikan keliling yang disebut 'Tim Pelatihan Bergerak' atau *Mobile Training Teams* (MTT) adalah alternatif untuk mempromosikan edukasi bagi para profesional kesehatan di daerah terpencil. Program MTT diprakarsai oleh Mildmay Center di Kampala (Uganda). Tim pelatihan keliling menyediakan program pelatihan perawatan paliatif modular HIV/AIDS selama 1 tahun yang dilaksanakan di pedesaan untuk memberdayakan tenaga kesehatan pedesaan dengan keterampilan dan pengetahuan sehingga mereka dapat meningkatkan perawatan yang diberikan kepada pasien. Garis besar modul pelatihannya adalah (1) modul perawatan paliatif klinis untuk dokter, perawat, dan konselor; (2) modul komunikasi dan konseling; (3) keterampilan mengajar; (4) modul penulisan proposal proyek; dan (5) modul keterampilan manajemen. Sejalan dengan ini, satu penelitian [15] menunjukkan bahwa *nursing leadership fellowship program* penting dilakukan karena perawat sebagian besar merupakan tenaga kesehatan dengan jumlah terbesar di antara profesional kesehatan lainnya di seluruh dunia. Program bernama 'The Uganda Palliative Care Nurse Leadership Fellowship' diprakarsai oleh *Palliative Care Association of Uganda* bekerja sama dengan *Department for International Development* di Amerika Serikat. Beasiswa ini terdiri dari tiga modul pelatihan intensif selama satu minggu yang diadakan di Kampala, dengan bimbingan dan supervisi yang diberikan secara tatap muka di tempat kerja mereka dan dari jarak jauh menggunakan Skype™, email, dan WhatsApp. Biaya perjalanan dan akomodasi disediakan bagi peserta untuk modul tatap muka di Kampala. Proses pembelajarn dipimpin dan dikoordinasikan oleh profesor perawat dan perawat paliatif spesialis yang berbasis di Inggris.

Mengoptimalkan link clinics dan model perawatan paliatif perawatan di rumah

Studi ini menemukan bahwa model perawatan paliatif perawatan di rumah (*home-based palliative care*) direkomendasikan untuk digunakan sejalan dengan upaya untuk mengoptimalkan peran dan kemampuan relawan untuk mendukung pasien yang sakit kronis dan keluarga mereka. Satu studi [10] yang dilakukan di Uganda menjelaskan bahwa setelah dilatih oleh Hospice Uganda (HU), sukarelawan di desa berperan dalam mengidentifikasi pasien yang 'belum terjangkau', terutama yang berlokasi 'jauh di dalam desa' atau di daerah terpencil/pedesaan. Mereka melaporkan nyeri atau gejala lain yang tidak terkendali bekerjasama dengan tim *home care* yang dilengkapi dengan keterampilan dan obat-obatan untuk mengendalikan gejala, sistemnya adalah satu sukarelawan untuk sepuluh rumah. Karena sumber perawatan paliatif formal - seperti rumah sakit, hospis, dan fasilitas *one-day care* tidak tersedia secara merata¹⁵, jejaring komunitas/sukarelawan berperan sebagai alternatif potensial bagi masyarakat Uganda yang membutuhkan layanan paliatif. Kelompok berbasis komunitas ini bertindak sebagai *service delivery points* untuk berbagai layanan, termasuk perawatan paliatif. Selain itu, temuan dari satu studi [11] menyarankan bahwa model yang paling hemat biaya adalah perawatan paliatif di rumah yang disediakan oleh jaringan komunitas yang tersedia di Uganda karena model ini menghindari unit rawat inap yang mahal yang terletak terlalu jauh untuk diakses. Sangat penting untuk memilih dan mengembangkan layanan perawatan di rumah untuk keberhasilan perawatan paliatif dalam konteks Afrika baik untuk alasan ekonomi dan budaya. Serupa dengan ini, terlepas dari beberapa tantangan di India, satu studi [1] menunjukkan bahwa strategi yang digunakan oleh PPCS adalah dengan mengembangkan klinik penghubung (*link clinics*) menggunakan sumber daya yang ada, seperti rumah sakit yang sudah ada, gedung yang disewa, dan ruang yang tersedia disediakan oleh NGO lokal atau individu jika memungkinkan tanpa biaya awal konstruksi. Hal ini karena tidak mudah untuk membangun infrastruktur perawatan paliatif baru. Pusat-pusat tersebut bekerja satu hingga tiga hari seminggu tergantung pada sumber daya yang tersedia.

Indonesia memiliki kemungkinan alternatif yang sama untuk mengoptimalkan model perawatan di rumah dan klinik penghubung perawatan paliatif di komunitas yang didukung oleh relawan dan diawasi oleh profesional kesehatan lokal yang terlatih. Pasalnya, layanan kesehatan masyarakat primer yang disebut "PUSKESMAS" sudah tersedia di setiap kabupaten atau daerah termasuk di pedesaan. PUSKESMAS bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan tingkat pertama dalam masyarakat

Indonesia¹. Peran PUSKESMAS telah diatur dalam Pedoman Kerja PUSKESMAS oleh Kementerian Kesehatan RI. PUSKESMAS merupakan organisasi kesehatan fungsional yang juga berperan sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat yang mampu membangun partisipasi masyarakat dan memberikan pelayanan yang menyeluruh dan terintegrasi kepada masyarakat. Dalam peraturan tersebut, salah satu tugas PUSKESMAS adalah menyelenggarakan program kesehatan berbasis masyarakat termasuk Pos Bimbingan Penyakit Tidak Menular Terpadu (POSBINDU-PTM) yang pertama kali dibentuk pada tahun 2011. Program ini merupakan program monitoring dan deteksi dini terpadu penyakit tidak menular, khususnya penyakit jantung, diabetes, penyakit paru-paru, asma, dan kanker, serta kecacatan akibat kecelakaan dan kekerasan dalam rumah tangga. Namun, program tersebut belum terlaksana secara optimal dan merata, seperti Kota Bantul, karena beberapa tantangan seperti kurangnya sumber daya manusia yang terlatih, komunikasi, dan struktur birokrasi¹⁶. Dalam upaya menanggulangi hal tersebut, program di PUSKESMAS dalam hal POSBINDU-PTM berpotensi untuk ditingkatkan lebih baik jika digabungkan dengan strategi yang digunakan oleh India dan Uganda untuk mengoptimalkan partisipasi masyarakat atau relawan, partisipasi masyarakat berperan sebagai 'jembatan' dan alat untuk memberdayakan komunitas lokal.

Peran penting dari relawan yang diidentifikasi dalam makalah ini [2,6,13] adalah kemampuan mereka untuk melakukan kunjungan rumah secara teratur untuk menindaklanjuti pasien yang dilihat oleh tim perawatan paliatif. Mereka mengidentifikasi dan menangani berbagai masalah nonmedis, termasuk masalah keuangan, pasien yang membutuhkan perawatan, mengatur program untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, dan melakukan layanan langsung seperti menjadi supir pasien, tukang kebun, memberikan dukungan katering dan membantu pekerjaan rumah tangga umum, dan finansial. Juga, mereka membantu di klinik rawat jalan seperti menjaga pasien merasa nyaman, berbicara dengan mereka, melakukan pekerjaan administrasi dan memobilisasi dukungan tambahan untuk pasien dari berbagai lembaga pemerintah dan non-pemerintah. Relawan komunitas bertindak sebagai penghubung antara pasien di komunitas dan penyedia layanan kesehatan di institusi, dan untuk melengkapi upaya dokter dan perawat terlatih dalam dukungan psikososial dan spiritual.

Pentingnya morfin oral gratis yang tersedia dan dapat diakses serta kebijakan lokalnya

Menyediakan morfin yang dapat diakses sebagai *gold standard* dalam masalah nyeri pasien yang sakit kronis adalah suatu keharusan. Namun demikian, sebagian besar negara berkembang menghadapi kendala yang sama dalam penyediaan obat karena beberapa hambatan seperti kurangnya pengetahuan di kalangan awam dan tenaga kesehatan, ketakutan akan adiksi, dan kebijakan yang mengaturnya. Keadaan ini memperburuk beban orang yang sakit sehingga bisa saja meninggal dengan penderitaan yang tidak perlu karena nyeri kronis yang tidak teratasi. Jadi, upaya untuk mengatasi tantangan ini di Uganda adalah bahwa Hospice Uganda (HU) memprakarsai kolaborasi internasional dengan WHO dengan memperkenalkan morfin ke 57 distrik dengan 15 distrik yang tercakup dengan hibah dari WHO dan negara Italia⁶. Peran penting lainnya dari pemerintah adalah karena jumlah dokter yang dapat meresepkan morfin secara legal di Uganda terlalu terbatas dan tidak tersedia di semua daerah pedesaan, maka Kementerian Kesehatan telah menyetujui peraturan izin hukum bagi perawat spesialis perawatan paliatif untuk meresepkan morfin pada tahun 2003, terutama ketika dokter tidak ada di daerah mereka¹⁷.

Sejalan dengan hal ini, beberapa pemerintah daerah di India juga telah mengadopsi peraturan yang disederhanakan terkait ketersediaan morfin yang memudahkan pembelian, penyimpanan, dan penggunaannya oleh pasien¹⁸. Ada inisiatif berkelanjutan untuk meningkatkan ketersediaan dan akses analgesik opioid melalui proyek WHO: kemitraan antara *Pain and Policy Studies Group* / Pusat kolaborasi WHO di *University of Wisconsin Comprehensive Cancer Center*, The PPCS, IAPC, badan-badan Pemerintah Pusat India, dan beberapa kementerian kesehatan pemerintah negara bagian. Kolaborasi ini telah mengembangkan pedoman untuk memperoleh morfin dan mengadakan lokakarya tentang ketersediaan opioid dengan para profesional perawatan kesehatan dan pejabat negara bagian di seluruh India sebagai pesertanya¹⁸.

Mengoptimalkan kampanye media dan pendapatan sumber finansial

Untuk meningkatkan kesadaran masyarakat, menjalin kerjasama dengan media lokal merupakan salah satu strategi kuat yang dapat dimanfaatkan. Studi ini mengidentifikasi bahwa di Kerala, media dengan cepat mendukung gerakan sosial paliatif. Surat kabar berbahasa lokal, Malayala Manorama, surat kabar regional terbesar yang beredar di India dengan jumlah pembaca lebih dari sembilan juta orang, telah menjalankan kampanye selama tiga bulan bekerja sama dengan Institut Pengobatan Paliatif berjudul 'Njangalundu Koode' (We Are With You). Tanggapannya tidak terduga, dengan lebih dari 50.000 panggilan telepon dalam tiga minggu pertama kampanye. Selain itu, kepedulian dalam bidang paliatif telah menjadi gerakan yang menguntungkan bagi politisi untuk mendukung dan banyak kandidat politik local memberikan dukungan sebagai bagian dari manifesto mereka(9). Jadi, penggunaan kampanye media massa berpotensi memperkaya pengetahuan, kesadaran masyarakat, dan kemudian mengubah perilaku kesehatan serta berdampak pada pembuatan kebijakan kesehatan. Hal ini didukung oleh Wakefield et al (2010) bahwa kampanye media massa mampu menghasilkan perubahan positif dan mencegah perilaku negatif.

Dalam hal sumber pendanaan, inisiatif yang muncul di India dapat diikuti dimana setiap *link clinics* di bawah PPCS di Kerala, India, bekerja dengan sumber daya yang dimobilisasi secara lokal karena asuransi kesehatan di India tidak memainkan peran penting dalam penyediaan rumah sakit dan perawatan paliatif. Mereka mengumpulkan kotak koin yang disimpan di seribu rumah warga. Satu *rupee* perorang masuk ke setiap kotak dalam sehari. Kotak donasi tersedia di semua toko, stasiun bus, sekolah, dan ruang publik lainnya, menyediakan aliran dana yang konstan setiap hari(9). Kemudian, uang yang terkumpul digunakan untuk membayar obat-obatan gratis untuk orang tidak mampu(19). Selain itu, asosiasi profesi kesehatan, seperti dokter sebagai anggota Asosiasi Medis India, melakukan pembayaran bulanan guna mengumpulkan dana untuk perawatan paliatif. Banyak daerah lokal juga memiliki organisasi keagamaan yang mendukung mereka. Umumnya, layanan perawatan paliatif didanai dengan berbagai cara termasuk: pemerintah pusat; pemerintah negara; NGO; penggalangan dana warga lokal; perusahaan pribadi; perusahaan medis dan farmasi; perorangan dan donasi internasional¹⁸.

Dampak positif CBPC diterapkan di India dan Uganda pada masyarakat

Upaya pemberdayaan masyarakat dan kerjasama dengan NGO lain, pemerintah, institusi akademik, dan organisasi nasional maupun internasional telah memberikan beberapa dampak positif. Di India, cakupan perawatan paliatif meningkat hingga 70% dan klinik NNPC tersedia di setiap 10 km di Kerala, yang berarti perawatan paliatif menjadi lebih mudah diakses oleh masyarakat¹⁸. Satu studi [2] menganalisis bahwa manfaat dari program NNPC adalah dukungan emosional yang lebih baik, kepatuhan yang lebih baik terhadap instruksi medis/ keperawatan, identifikasi gejala lebih awal, dan dukungan sosial lebih baik termasuk finansial. Selain itu, di tempat-tempat di mana NNPC aktif, pasien yang membutuhkan diidentifikasi sejak dini. Dalam waktu kurang dari lima tahun, inisiatif NNPC telah menghasilkan pembentukan 68 inisiatif perawatan paliatif berbasis komunitas di bagian utara dan tengah Kerala. Sehingga, berdasarkan pemetaan global terkait tingkat perkembangan perawatan paliatif pada tahun 2011, India kini masuk dalam kategori 3b -penyediaan perawatan paliatif umum⁵.

Serupa dengan ini, setelah model perawatan berbasis rumah diadopsi di beberapa daerah lokal, dan selama dua dekade terakhir, penyediaan perawatan paliatif di Uganda telah menyebar ke daerah-daerah yang terisolasi di Kampala dan termasuk dalam layanan terintegrasi secara nasional. Saat ini, 75% distrik di Uganda memiliki akses ke perawatan paliatif dasar. Selain itu, morfin oral telah diperkenalkan ke 56 distrik di Uganda, 24 dari 56 distrik telah dilatih dalam penggunaan morfin oral dan obat tersedia untuk mereka, morfin gratis disediakan, dan perawat spesialis paliatif diperbolehkan meresepkan morfin secara legal sejak 2003. Dalam hal pembentukan Program Relawan Komunitas (CVP) di Uganda, khususnya di Hoima dan Kampala, manfaat program ini sangat dirasakan oleh pasien dan keluarga sebagai bagian dari komunitas. Jact dkk. (2011) mengevaluasi program melalui wawancara kelompok semi-terstruktur dari 21 pasien, 32 relawan, dan 11 staf klinis rumah sakit dan menemukan bahwa CVP menghasilkan dukungan emosional yang lebih baik, peningkatan kepatuhan terhadap nasihat medis dan keperawatan dan pelaporan gejala lebih dini.

Rekomendasi pembentukan CBPC di wilayah lokal di Indonesia

Belajar dari keberhasilan implementasi perawatan paliatif berbasis komunitas di India dan Uganda, beberapa rekomendasi untuk mempromosikan CBPC di Indonesia mungkin perlu dipertimbangkan. Karena PUSKESMAS adalah pusat perawatan kesehatan umum yang paling mudah diakses di setiap daerah di Indonesia, perawatan paliatif perlu diintegrasikan sepenuhnya dalam sistem ini untuk mempromosikan layanan perawatan paliatif berbasis komunitas yang lebih baik. Beberapa strategi yang bisa dimanfaatkan adalah:

1. Membangun dukungan dari pimpinan PUSKESMAS setempat melalui advokasi dan penyadaran staf yang ada. Memperkenalkan alasan medis dan moral untuk perawatan paliatif kepada staf puskesmas untuk meningkatkan kesadaran mereka dan menjelaskan bahwa layanan perawatan paliatif tidak akan membebani mereka secara berlebihan serta memiliki manfaat dalam mendukung pasien sakit kronis di tingkat komunitas.
2. Pastikan bahwa pengembangan perawatan paliatif berbasis komunitas di daerah setempat mempertimbangkan empat komponen penting Model Kesehatan Masyarakat yang direkomendasikan oleh WHO: kebijakan yang tepat, ketersediaan obat yang memadai, pendidikan petugas kesehatan dan masyarakat, dan pelaksanaan layanan perawatan paliatif di semua tingkatan dalam masyarakat.
3. Setelah tim kecil perawatan paliatif dimulai, buat kolaborasi dengan NGO yang ada, pemerintah daerah, atau organisasi nasional/ internasional potensial lainnya terkait perawatan paliatif untuk memberikan pelatihan atau peningkatan kapasitas bagi staf yang ada (misalnya dokter, perawat, pekerja sosial).
4. Mengundang semua kelompok/ organisasi yang ada dan/ atau orang-orang berpengaruh (misalnya kelompok agama, peminat, LSM lokal, dukun, dll) di daerah setempat untuk menghadiri diskusi kesadaran yang diadakan oleh tim asuhan paliatif di PUSKESMAS. Tenaga pendamping perlu mewaspadai permasalahan pasien yang sakit tidak dapat disembuhkan di wilayah tersebut dan kemungkinan cara membantu mereka termasuk peran penting masyarakat sebagai relawan dalam menjaga kualitas hidup mereka. Kemudian, daftarkan mereka yang bersedia menjadi relawan dan luangkan beberapa jam setiap minggu untuk pasien tersebut.
5. Mengoptimalkan rawat jalan paliatif atau rawat inap di PUSKESMAS, jika tersedia.
6. Buat program perawatan di rumah sebagai proyek percontohan di wilayah tersebut yang dipimpin oleh, setidaknya, dokter dan perawat terlatih. Perencanaan proyek percontohan ini dapat diusulkan kepada pemerintah daerah untuk mendapatkan dukungan, misalnya pendanaan dan fasilitas. Jika memungkinkan, bangun kerja sama dengan area lokal lain dimana layanan perawatan paliatif berbasis rumah telah dilaksanakan, atau mulai program 'sister-PUSKESMAS', misalnya kerjasama dengan PUSKESMAS di Kota Surabaya sebagai layanan perawatan paliatif baru-baru ini dikembangkan di daerah setempat.
7. Melatih mereka yang telah terdaftar sebagai relawan mengenai asuhan keperawatan dasar, keterampilan komunikasi/dukungan emosional, dan keterampilan dalam mengidentifikasi tekanan yang tidak terkontrol dan melaporkannya ke tingkat yang lebih tinggi. Modul pelatihan untuk relawan dapat diadopsi dari rekomendasi WHO dalam 'perencanaan dan pelaksanaan layanan perawatan paliatif: panduan untuk manajer program 2016'. Penting juga bagi tim perawatan paliatif di PUSKESMAS untuk mengembangkan protokol perawatan pasien oleh relawan komunitas sebagai pedoman bagi relawan terkait peran dan ruang lingkup perawatan mereka.
8. Setelah pelatihan relawan selesai, minta mereka untuk mendokumentasikan masalah pasien paliatif di lingkungan mereka. Mereka dapat dibagi menjadi beberapa kelompok berdasarkan area lingkungannya. Direkomendasikan untuk mengadakan pertemuan mingguan atau dua minggu sekali dengan relawan baru dan untuk mendiskusikan masalah apa yang telah diidentifikasi.
9. Awasi kunjungan perawatan rumah oleh relawan, dapat dilakukan oleh dokter atau perawat terlatih, dan dukung pasien dan keluarga dengan mengunjungi mereka sesuai kebutuhan, tetap berhubungan dengan mereka melalui telepon seluler atau alat komunikasi apa pun yang memungkinkan.

10. Merumuskan sumber pendanaan potensial, terutama jika asuransi kesehatan tidak berperan penting dalam penyediaan perawatan paliatif atau dukungan keuangan dari pemerintah daerah terbatas. Jika perlu, mengumpulkan koin atau sumbangan di semua tempat umum, toko, sekolah, dan tempat lain yang memungkinkan untuk membantu pasien kurang mampu untuk mendapatkan pengobatan gratis.
11. Seiring dengan semua proses pengembangan ini, menjalin kolaborasi dengan organisasi lain, misalnya Masyarakat Paliatif Indonesia, dalam mengadvokasi kebijakan perawatan paliatif dan ketersediaan obat terutama morfin di PUSKESMAS serta proses rujukan perawatan paliatif dan cakupan kesehatan.
12. Membangun kerjasama dengan media massa lokal, misalnya koran lokal, televisi, atau radio, untuk mempromosikan kampanye perawatan paliatif untuk meningkatkan kesadaran publik yang lebih luas. Berbagi ilmu dan menyebarkan rasa kasih sayang kepada masyarakat luas dengan memberikan informasi yang mudah dipahami di area ruang publik juga merupakan strategi yang baik.
13. Mengelola program rawat inap, rawat jalan, dan perawatan di rumah melalui peningkatan keterampilan dan pertemuan-pertemuan dengan relawan lokal. Hubungkan dengan unit perawatan paliatif terdekat jika memungkinkan.

SIMPULAN

Praktik perawatan paliatif yang telah diimplementasikan adalah model berbasis komunitas dimana negara India dan Uganda mengoptimalkan sumber daya relawan yang ada pada masing-masing area di negaranya. Strategi yang digunakan dalam mengembangkan pelayanan paliatif di kedua negara berkembang tersebut antara lain dengan mengoptimalkan peran organisasi non-pemerintahan yang fokus pada peningkatan kualitas pelayanan paliatif; menginisiasi berbagai program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan relawan atau masyarakat umum, baik dalam bentuk pendidikan formal maupun informal; mengoptimalkan jejaring klinik (*link clinics*) dan upaya perawatan di rumah; memastikan ketersediaan dan aksesibilitas morfin serta kebijakan yang mengatur; memaksimalkan kampanye dan kerjasama media untuk meningkatkan kesadaran masyarakat luas dan pemasukan sumber finansial dari berbagai sumber yang memungkinkan.

SARAN

Saran bagi praktisi kesehatan yang berfokus pada pelayanan paliatif dan pengambil kebijakan terkait juga akademisi adalah bahwa model CBPC perlu dikembangkan untuk mendukung penyediaan layanan perawatan paliatif di negara berkembang dengan infrastruktur terbatas, karena kekuatan sosial atau komunitas merupakan sumber daya potensial yang dapat dilibatkan dan dilatih untuk menjadi relawan. Hal ini karena relawan memiliki peran penting sebagai jembatan antara pasien dan tenaga kesehatan, dan bertanggung jawab untuk mengidentifikasi mereka yang membutuhkan di wilayah mereka. Di Indonesia, PUSKESMAS perlu menyediakan layanan di tingkat lokal karena ini adalah pusat perawatan kesehatan yang paling mudah dijangkau, terutama di daerah pedesaan ketika perawatan paliatif terbatas atau bahkan tidak tersedia. Mengoptimalkan peran media massa juga penting untuk meningkatkan kesadaran masyarakat luas. Penelitian lebih lanjut diperlukan terutama dengan fokus pada pengelolaan finansial dan efektifitasnya dalam membangun perawatan paliatif berbasis komunitas di negara berkembang. Hal ini karena dukungan keuangan yang terbatas selalu menjadi penghalang besar dalam menerapkan layanan perawatan paliatif yang lebih baik di masyarakat. Penting juga bagi profesional kesehatan lokal dalam kolaborasi dengan pemerintah atau organisasi terkait untuk merencanakan strategi dalam mempromosikan perawatan paliatif berbasis komunitas. Selain itu, saran untuk peneliti selanjutnya adalah pentingnya mengeksplorasi bagaimana manajemen finansial yang efektif dilakukan pada praktik perawatan paliatif berbasis komunitas di negara berkembang lainnya dengan memaksimalkan peran relawan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Witjaksono, MA; Noorwati, S; Suardi D. Regional support for palliative care in Indonesia

[Internet]. Regional support for palliative care in Indonesia. 2014 [cited 2018 Mar 15]. Available from: <http://www.ehospice.com/ArticleView/tabid/10686/ArticleId/11661/language/en-GB/Default.aspx>

2. Rochmawati E, Wiechula R, Cameron K. Current status of palliative care services in Indonesia: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2016;63(2):180–90.
3. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1094–106.
4. Ddungu H. Palliative care: What approaches are suitable in developing countries? *Br J Haematol*. 2011;154(6):728–35.
5. Palat G, Venkateswaran C. Progress in palliative care in India. *Prog Palliat Care*. 2012;20(4):212–8.
6. Merriman A. Uganda: Current status of palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):252–6.
7. Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK and CD. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Vol. 18, Cancer Nursing Practice. UK: Oxford University Press; 2019. 13–13 p.
8. Fraser BA, Powell RA, Mwangi-Powell FN, Namisango E, Hannon B, Zimmermann C, et al. Palliative care development in Africa: Lessons from Uganda and Kenya. *J Glob Oncol*. 2018;2018(4):1–10.
9. Sallnow L, Kumar S, Numpeli M. Home-based palliative care in Kerala, India: The Neighbourhood Network in Palliative Care. *Prog Palliat Care*. 2010;18(1):14–7.
10. Shanmugasundaram S, Chapman Y, O'Connor M. Development of palliative care in india: An overview. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(4):241–6.
11. McKee M, Kelley M Lou, Gulrguis-Younger M, MacLean M, Nadin S. It takes a whole community: The contribution of rural hospice volunteers to whole-person palliative care. *J Palliat Care*. 2010;26(2):103–11.
12. Effendy C, Agustina HR, Kristanti MS, Engels Y. The nascent palliative care landscape of Indonesia. *Eur J Palliat Care*. 2015;22(2):98–101.
13. Kumar S. Models of delivering palliative and end-of-life care in India. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013;7(2):216–22.
14. Jack BA, Kirton J, Birakurataki J, Merriman A. “A bridge to the hospice”: The impact of a Community Volunteer Programme in Uganda. *Palliat Med*. 2011;25(7):706–15.
15. D C, M W, J H, T L. Hospice and palliative care development in Africa: a multi-method reviews of services and experiences. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(6):698–710.
16. LL P, SP A, EY F. Analisis Implementasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu Ptm) Di Kecamatan Banguntapan Kabupaten Bantul. *J Kesehat Masy*. 2017;5(4):76–84.
17. Livingstone H. Pain Relief in the Developing World: The Experience of Hospice Africa-Uganda. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2004;17(42067):107–18.
18. McDermott E, Selman L, Wright M, Clark D. Hospice and Palliative Care Development in India: A Multimethod Review of Services and Experiences. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(6):583–93.
19. Rajagopal MR, Palat G. Kerala, India: Status of cancer pain relief and palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):191–3.



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

HUBUNGAN KECERDASAN SPIRITUAL DENGAN PERILAKU CARING PERAWAT PADA PRAKTEK KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT

Lin Herlina*

Program Studi D3 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon
linherlinasubandi@yahoo.com

Harmuni**

Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Nur Hikmah***

Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Abstrak

Caring merupakan sentral praktek keperawatan. Seiring dengan perkembangan pengetahuan, ditemukan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh kecerdasan dasar yang dimiliki setiap manusia. Salah satu bentuk kecerdasan tersebut adalah kecerdasan spiritual. Perawat masih kurang ramah dalam melayani pertanyaan klien, berperilaku tidak bersahabat dan jarang tersenyum. Masih ada perawat yang cenderung emosi saat menerima keluhan dari klien, perawat mengalami stress kerja yang antara lain disebabkan beban kerja yang tinggi. Sehingga kemungkinan perawat yang cerdas secara spiritual tidak memecahkan persoalan hidup hanya secara rasional atau emosional saja, tetapi ia menghubungkannya dengan makna spiritual sehingga ia juga akan berupaya memaknai bahwa mencari karunia Tuhan dengan memperhatikan klien dan meringankan beban klien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Tegal. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif korelatif*. Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *cluster random sampling* dengan sampel penelitian berjumlah 86 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisioner demografi, kuisioner kecerdasan spiritual, dan kuisioner perilaku *caring*. Uji *hipotesis* dengan menggunakan uji korelasi *Pearson*. Berdasarkan analisis data diperoleh koefisien korelasinya r sebesar 0,315 dengan taraf signifikan $p = 0,003$. Dengan demikian terdapat hubungan yang positif antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Tegal. Diharapkan perawat dapat terus meningkatkan lagi kecerdasan spiritualnya sehingga perawat dapat memaknai hidup dan pekerjaannya adalah pekerjaan yang mulia bukan hanya sekedar rutinitas saja tetapi mengaitkannya atas dasar ibadah.

Kata Kunci: Kecerdasan spiritual, perilaku *caring*, perawat

Abstract

Caring is central to nursing practice. Along with the development of knowledge, it was found that a person's behavior is influenced by the basic intelligence that every human being has. One such form of intelligence is spiritual intelligence. Nurses are still less friendly in serving client questions, behave unfriendly and rarely smile. There are still nurses who tend to be emotional when receiving complaints from clients, nurses experience work stress which among other things is caused by high workload. So it is possible that the spiritually intelligent nurse does not solve the problem of life only rationally or emotionally, but she connects it with spiritual meaning so that she will also try to interpret that seeking God's gift by paying attention to the client and lightening the burden on the client. This study aims to find out the relationship of spiritual intelligence with the caring behavior of nurses in nursing practice in the inpatient room of RSI PKU Muhammadiyah Tegal. The research design used in this study is *descriptively corative*. Sampling method in this study used *random sampling cluster* with research sample of 86 respondents. The instruments used in this study were demographic

questionnaires, spiritual intelligence questionnaires, and caring behavior questionnaires. Test the hypothesis using Pearson correlation test. Based on data analysis obtained correlation coefficient r of 0.315 with a significant level of $p = 0.003$. Thus there is a positive relationship between spiritual intelligence and caring behavior of nurses in nursing practice in the inpatient room of RSI PKU Muhammadiyah Tegal. It is expected that the nurse can continue to improve her spiritual intelligence so that the nurse can interpret her life and work is a noble job not just a routine but associating it on the basis of worship.

Keywords: *Spiritual intelligence, caring behavior, nurses*

PENDAHULUAN

Caring adalah fokus pemersatu dalam praktik keperawatan.⁽¹⁾ *Caring* dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk perilaku dan kinerja perawat dalam merawat klien. Malini⁽²⁾ mengemukakan bahwa perilaku *caring* banyak dipengaruhi oleh berbagai faktor dan salah satunya adalah motivasi diri. Telah banyak penelitian diantaranya penelitian Sobirin, Juliani, dan Amelia yang melihat bahwa faktor motivasi baik internal dan eksternal mempengaruhi perilaku *caring* seorang perawat. Namun, dalam perkembangan pengetahuan, ditemukan bahwa perilaku *caring* perawat tidak hanya dipengaruhi oleh motivasi, namun juga dipengaruhi oleh kecerdasan dasar yang dimiliki setiap manusia. Salah satu bentuk kecerdasan tersebut adalah kecerdasan spiritual atau *Spiritual Quotient* (SQ)⁽²⁾

Kecerdasan spiritual adalah suatu kecerdasan dimana kita berusaha menempatkan tindakan-tindakan dan kehidupan kita ke dalam suatu konteks yang lebih luas dan lebih kaya, serta lebih bermakna. Kecerdasan spiritual merupakan kecerdasan dasar yang perlu untuk mendorong berfungsinya secara lebih efektif *Intelligence Quotient* (IQ) maupun *Emotional Intelligence* (EI)⁽³⁾

Kecerdasan spiritual berkaitan dengan masalah makna, nilai, dan tujuan hidup manusia. Dalam kondisi yang sangat buruk dan tidak diharapkan, kecerdasan spiritual mampu menuntun manusia untuk menemukan makna dan juga dapat menuntun manusia dalam meraih cita-citanya. Manusia dapat memberi makna melalui berbagai macam keyakinan. Pencarian makna bagi perawat seharusnya mampu mengaitkan pemberian pelayanan keperawatan atas dasar ibadah kepada Tuhan⁽⁴⁾

Meskipun demikian, pada kenyataannya dari hasil pengamatan yang dilakukan yang bertujuan mengidentifikasi perilaku *caring* perawat di Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal justru terjadi sebaliknya, didapati perawat masih kurang ramah dalam melayani pertanyaan klien, berperilaku tidak bersahabat dan jarang tersenyum.⁽⁵⁾ Begitu juga dengan hasil pengamatan terhadap komunikasi terapeutik perawat di Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal yang dijumpai masih ada perawat yang cenderung emosi saat menerima keluhan dari klien, perawat yang hanya duduk-duduk di ruang perawat, perawat yang cenderung tidak tahu mengenai kondisi klien, program pengobatan yang sudah diberikan dan yang akan diberikan, serta perawat yang kurang memahami keluhan yang dirasakan klien. Ini menunjukkan bahwa perilaku *Caring* masih kurang ditunjukkan oleh perawat yang bekerja di rumah sakit. Sehingga kemungkinan perawat yang cerdas secara spiritual tidak memecahkan persoalan hidup hanya secara rasional atau emosional saja, tetapi ia menghubungkannya dengan makna spiritual sehingga ia juga akan berupaya memaknai bahwa mencari karunia Tuhan dengan memperhatikan klien dan meringankan beban klien⁽⁴⁾

Tujuannya adalah Untuk mengetahui hubungan antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal Tahun 2019.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian korelasional (hubungan) yaitu dengan mengkaji hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan. Teknik yang digunakan *cross sectional* dimana peneliti menekankan waktu pengukuran/observasi data variable independent dan dependen hanya satu kali pada satu saat.⁽⁶⁾

Variabel independent (bebas) dalam penelitian ini adalah kecerdasan spiritual. Variable dependent (terikat) adalah perilaku *caring* perawat.

Adapun yang dimaksudkan perawat ruang rawat inap di Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal adalah seluruh perawat dalam penelitian ini berjumlah 118 orang.

Pengambilan sampel penelitian untuk perawat pelaksana menggunakan metode *systematic random sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang diurutkan ke dalam daftar dan dipilih secara acak melalui daftar responden oleh peneliti. maka besar sampel penelitian menggunakan rumus diatas adalah 86 Responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar Kuesioner, data yang diperoleh baik data primer maupun sekunder.

Analisa data Univariat dimulai dengan membuat distribusi frekuensi dan statistic deskriptif dari

karakteristik.⁽⁷⁾ Data kategorik dalam penelitian ini adalah kecerdasan spiritual dengan perilaku caring perawat. Analisa *bivariat* merupakan analisa statistik yang digunakan oleh peneliti untuk menganalisa ada atau tidaknya hubungan dan menerangkan keeratan hubungan antara dua variabel. Analisa data dilakukan terhadap data yang terkumpul dalam penelitian ini dengan menggunakan uji *korelasi Pearson*.⁽⁸⁾

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Distribusi frekuensi dan persentase kecerdasan spiritual perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal n = 86

Kecerdasan Spiritual	Frekuensi	Persentase
Tinggi	73	84,9
Sedang Rendah	13	15,1
	0	0
Total	86	100,0

Berdasarkan hasil analisa data dari keseluruhan responden terhadap perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal maka diperoleh bahwa kecerdasan spiritual perawat secara keseluruhan dalam kategori tinggi 73 responden (84.9%)

Tabel 2 Frekuensi dan persentase perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal n = 86

Perilaku <i>Caring</i>	Frekuensi	Persentase
Baik Cukup Buruk	46	53,5
	39	45,3
	1	1,2
Total	86	100,0

Berdasarkan hasil analisa data dari keseluruhan responden terhadap perawat ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal maka diperoleh perilaku *caring* perawat secara keseluruhan dalam kategori baik 46 responden (53.5%)

Tabel 3 Hasil analisa hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal n = 86

Variabel	x	r	p-value
Kecerdasan Spiritual	77,5	0,315	0,003
Perilaku <i>Caring</i>	88,8		

Analisa hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat diukur dengan menggunakan uji korelasi *Pearson*. Hasil penelitian didapat koefisien korelasi (r) antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat yaitu $r = 0,315$ dengan taraf signifikan $p = 0,003$. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat dengan tingkat hubungan yang rendah.

PEMBAHASAN

Hasil yang diperoleh dari uji hipotesis menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan. Hasil analisis hubungan kedua variabel tersebut memiliki nilai signifikan yaitu $p = 0,003$, artinya bahwa pernyataan hipotesa adanya hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek

keperawatan dapat diterima.

Hal ini berbeda dengan penelitian Malini yang menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat dalam hubungan yang negatif dimana kecerdasan spiritual perawat tinggi namun perilaku *caring* yang ditunjukkan perawat adalah buruk.⁽⁹⁾ Meskipun berhubungan, namun hubungan antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal berada dalam tingkat hubungan yang rendah. Berdasarkan hasil analisis korelasi menggunakan analisis korelasi *Pearson* diperoleh $r = 0,315$ dan didapat nilai interpretasi bahwa tingkat hubungan rendah antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat.

Berdasarkan hasil analisa data dari keseluruhan responden terhadap perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal maka diperoleh bahwa kecerdasan spiritual perawat secara keseluruhan dalam kategori tinggi 73 responden (84.9%)

Kecerdasan spiritual merupakan suatu kecerdasan dimana manusia berusaha menempatkan tindakan-tindakan dan kehidupannya ke dalam suatu konteks yang lebih luas dan lebih bermakna. Sehingga hasil yang diperoleh dalam penelitian ini sesuai dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Yosef yang mengatakan bahwa manusia dapat memberi makna melalui berbagai macam keyakinan, dan bagi perawat pencarian makna hidup seharusnya mampu mengaitkan pemberian pelayanan keperawatan atas dasar ibadah kepada Tuhan. Sehingga walupun dalam kondisi yang paling buruk dan tidak diharapkan sekalipun kecerdasan spiritual mampu menuntun perawat dalam menjalankan pelayanan keperawatan yang profesional.⁽¹⁰⁾

Berdasarkan hasil analisa data dari keseluruhan responden terhadap perawat ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal maka diperoleh perilaku *caring* perawat secara keseluruhan dalam kategori baik 46 responden (53.5%)

Hal ini kemungkinan disebabkan mayoritas perilaku *caring* yang ditunjukkan perawat berdasarkan sepuluh faktor karatif menunjukkan perilaku *caring* dalam kategori cukup dengan persentase diatas 50% dan masih ada perawat yang menunjukkan perilaku *caring* dalam kategori buruk pada sembilan komponen faktor karatif. Begitu pula halnya pada komponen membentuk sistem nilai *humanistic-altruistic* maupun komponen meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif walaupun mayoritas perilaku *caring* perawat dalam kategori baik, tetapi persentase antara kategori baik dan cukup tidaklah jauh berbeda.

Demikian pula bila dihubungkan dengan hasil pengolahan data pada variabel perilaku *caring* perawat bahwa pada pernyataan mengenai memfasilitasi klien dalam menjalankan ritual ibadahnya, rata-rata perawat melakukan perilaku tersebut hanya kadang-kadang saja. Berdasarkan hasil pengolahan data variabel perilaku *caring* perawat dapat pula dilihat pada pernyataan-pernyataan positif masih ada perawat yang tidak pernah melakukan perilaku sesuai dengan pernyataan tersebut.

Begitu juga pada pernyataan negatif, masih ada perawat yang sering sekali melakukan perilaku tersebut. Namun secara keseluruhan, mayoritas perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal menunjukkan perilaku *caring* dalam kategori baik.

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan secara keseluruhan responden terhadap perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam PKU Muhammadiyah Kota Tegal diperoleh bahwa kecerdasan spiritual perawat secara keseluruhan dalam kategori tinggi 73 responden (84.9%), sedangkan perilaku *caring* perawat secara keseluruhan dalam kategori baik 46 responden (53.5%).

Analisa hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat diukur dengan menggunakan uji korelasi *Pearson*. Hasil penelitian didapat koefisien korelasi (r) antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat yaitu $r = 0,315$ dengan taraf signifikan $p 0,003$. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat dengan tingkat hubungan yang rendah.

SARAN

Saran bagi praktek keperawatan diharapkan perawat dapat terus meningkatkan lagi kecerdasan

spiritualnya sehingga perawat dapat memaknai hidup dan pekerjaannya adalah pekerjaan yang mulia bukan hanya sekedar rutinitas saja tetapi mengaitkannya atas dasar ibadah dikaitkan dengan *Caring*. Untuk Saran bagi rumah sakit Diharapkan dapat terus memotivasi dan memberikan training yang berhubungan dengan keterampilan interpersonal perawat agar dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat.

Bagi pendidikan keperawatan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi bagi institusi pendidikan keperawatan agar dapat mengintegrasikan dalam pembelajaran terkait dengan kecerdasan spiritual dan perilaku *caring*. Sedangkan saran bagi peneliti selanjutnya pada penelitian ini tidak dibahas secara spesifik faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Blais. *Praktik keperawatan profesional konsep perspektif*, Edisi 4, Jakarta: EGC.(2017)
2. Malini. *Hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku caring perawat di RS DR. M. Djamil Padang*. Jurnal Penelitian Universitas Andalas dibuka pada tanggal 06 Maret 2018 dari <http://lp.unand.ac.id>.(2018)
3. Gunawan, Widodo. *Kecerdasan emosi bagi pelayan-pelayan Tuhan*. dibuka pada pada tanggal 06 Maret 2011 dari <http://suaraagape.org/wawasan/Ei2.php>.(2014)
4. Yosep, Iyus. *Pentingnya esq (emosional & spiritual quotion) bagi perawat dalam manajemen konflik: disampaikan pada acara cerdas, kreatif, dan mandiri (cerebri) kegiatan penerimaan mahasiswa baru*. Bandung: FIK UNPAD.(2015)
5. Malini. (2009). *Hubungan kecerdasan spiritual dengan perilaku caring perawat di RS DR. M. Djamil Padang*. Jurnal Penelitian Universitas Andalas dibuka pada tanggal 06 Maret 2011 dari <http://lp.unand.ac.id>.
6. Suwardi. *Hubungan antara kecerdasan emosi dengan kemampuan komunikasi terapeutik perawat Di Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali*. Skripsi dibuka pada tanggal 14 Februari 2011 dari <http://etd.eprints.ums.ac.id>.(2018)
7. Zohar, Danah & Marshall, Ian. *SQ, Memanfaatkan kecerdasan spiritual dalam berpikir integralistik dan holistik untuk memaknai kehidupan*, Bandung: Mizan.(2016)
8. Ahmad, J. *Kecerdasan spiritual*. dibuka pada 04 April 2011 dari <http://biropersonal.metro.polri.web.id/index.php>.(2016)
9. Agustian, Ary Ginanjar. (2017). *Rahasia sukses membangun kecerdasan emosi dan spiritual: the ESQ way 165*, Jakarta: ARGA
10. Arikunto, S. (2014). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*, Jakarta: Rineka Cipta.
11. Notoadmodjo, Soekidjo. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: RinekaCipta



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

PENGARUH *BACK MASSAGE* TERAPI TERHADAP PENURUNAN NYERI REUMATIK PADA LANSIA

Awaludin Jahid Abdilah *

Akademi Keperawatan YPIB Majalengka

Tahidabdillah@gmail.com

Maryam Fitria Suwandi**

Akademi Keperawatan YPIB Majalengka

Abstrak

Back Massage adalah salah satu tehnik memberikan tindakan masase pada punggung selama 10-15 menit. Usapan dengan *lotion*/balsem memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *back massage* terhadap intensitas nyeri reumatik pada lansia. Penelitian ini merupakan *ekperiment pra experimental* dengan rancangan *one group pretest-posttest design*. Jumlah populasi yang diberi perlakuan seluruh lansia sebanyak 25 responden dengan teknik *total sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui lembar observasi menggunakan skala nyeri numerik. dianalisis dengan *Wilcoxon Matched Pairs p-value* ≤ 0.05 . Hasil penelitian menunjukkan intensitas skala nyeri pasien sebelum dilakukan *back massage* berupa nyeri sedang dan setelah perlakuan terjadi perubahan intensitas nyeri menjadi nyeri ringan. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh *p-value* = $0.000 < (\alpha)$ maka *Ha diterima*, ada pengaruh *back massage* terhadap nyeri reumatik pada lansia. Hasil penelitian diharapkan menjadi pertimbangan dalam penerapan terapi komplementer dalam keperawatan khususnya terapi *back massage* dalam menurunkan nyeri pada lansia dengan rematik

Kata Kunci: *Back Massage*, Nyeri, Reumatik, Lansia

Abstract

Back Massage is one of the techniques to provide massage action on the back for 10-15 minutes. The *lotion* / *balm rub* provides a warm sensation by dilating the local blood vessels. This study aims to determine the effect of *back massage* on the intensity of rheumatic pain in the elderly. This research is a *pre experimental experiment with one group pretest-posttest design*. The total population treated by all elderly were 25 respondents with a *total sampling technique*. The data were collected through *observation sheets* using a *numerical pain scale*. analyzed by *Wilcoxon Matched Pairs p-value* ≤ 0.05 . The results showed the intensity of the patient's pain scale before doing *back massage* in the form of moderate pain and after treatment there was a change in pain intensity to mild pain. The results of the *Wilcoxon Signed Rank Test* statistical test obtained *p-value* = $0.000 < (\alpha)$ then *Ha is accepted*, there is an effect of *back massage* on rheumatic pain in the elderly. The result are expected to be considered in the application of complementary therapy in nursing practice, especially *back massage therapy* in reducing pain in the elderly with rheumatism.

Keywords: *Back Massage*, Pain, Rheumatism, Elderly

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) menetapkan bahwa yang disebut penduduk lansia adalah yang berumur 60 tahun ke atas. Lansia usia 60-69 tahun dapat kita namakan lansia muda yang mungkin sekali masih produktif dan menyumbangkan pertumbuhan ekonomi. Lansia menengah adalah usia 70-79 tahun, yang diantaranya masih produktif tetapi sebagian besar sudah memerlukan perhatian. Terakhir adalah lansia emas, yakni yang berusia 80 tahun keatas, yang tentunya lebih memerlukan perhatian.⁽¹⁾

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.⁽²⁾

Proses menua dipengaruhi oleh faktor eksogen dan endogen yang dapat menjadi faktor risiko penyakit degeneratif yang bisa dimulai sejak usia muda atau produktif, namun bersifat subklinis.⁽³⁾ Proses penuaan adalah normal, berlangsung secara terus menerus secara alamiah. Dimulai sejak manusia lahir bahkan sebelumnya dan umumnya dialami seluruh makhluk hidup. Menua merupakan proses penurunan fungsi struktural tubuh yang diikuti penurunan daya tahan tubuh. Setiap orang akan mengalami masa tua, akan tetapi penuaan pada tiap seseorang berbeda-beda tergantung pada berbagai faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor tersebut dapat berupa faktor herediter, nutrisi, stress, status kesehatan dan lain-lain.⁽⁴⁾

Pertambahan jumlah lansia di beberapa negara, salah satunya adalah Indonesia telah mengubah profil kependudukan baik nasional maupun dunia. Hasil sensus penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia berjumlah 18,57 juta jiwa, meningkat sekitar 7,93 % dari tahun 2000 yang sebanyak 14,44 juta jiwa. Diperkirakan jumlah penduduk lansia di Indonesia tahun 2025 jumlah penduduk lansia di Indonesia akan terus bertambah sekitar 450.000 jiwa per tahun. Dengan demikian, pada tahun 2025 jumlah penduduk lansia di Indonesia akan sekitar 34,22 juta jiwa.⁽⁵⁾

Angka kejadian reumatik pada lansia pada tahun 2008 yang dilaporkan oleh organisasi Kesehatan Dunia WHO adalah mencapai 20% dari penduduk dunia yang telah terserang reumatik, dimana 5-10% adalah mereka yang berusia 5-20 tahun dan 20% adalah mereka yang berusia 55 tahun.⁽⁵⁾ Penyakit yang tertinggi pada lansia di Indonesia adalah penyakit Reumatik dengan persentase nilai 49% dan penyakit tersebut lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan terjadi pada laki-laki.⁽⁵⁾

Nyeri merupakan keluhan klinis yang paling sering ditemui perawat. Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penatalaksanaan nyeri agar pasien dapat mencapai rasa nyaman dengan menggunakan berbagai teknik peredaan nyeri.⁽⁶⁾

Nyeri sendi harus cepat didiagnosis untuk dapat membedakan antara penyebab infeksi dengan penyakit peradangan lingkaran sendi reumatik. Pada banyak kasus, pemberian terapi yang spesifik sangat diperlukan segera. Untuk menghindari akibat buruk yang menyertai kerusakan sendi. Selain anamnesis yang mendetail dan anamnesis riwayat penyakit pada keluarga secara *inklusif*, karakter nyeri, onset dan perjalanan klinis nyeri sendi, usia saat timbulnya gambaran klinis, pola serangan penyakit pada sendi, gejala umum, perubahan di kulit dan mukosa, mata organ dalam, dan sistem saraf, pemeriksaan darah, manifestasi klinis yang nyata dan pada kepentingan pemeriksaan sinovia dapat memberikan petunjuk mengenai penyakit tersebut. Penyebabnya bisa dari peradangan, degeneratif, infeksi, metabolik, dan reumatik.⁽⁶⁾

Reumatik merupakan penyakit yang menyerang bagian tubuh pada anggota gerak, seperti pada sendi, otot, tulang dan jaringan sekitar sendi. Keluhan yang lain yang sering muncul adalah rasa nyeri, kaku, bengkak sampai keterbatasan pergerakan anggota tubuh. Nyeri reumatik hampir sama pada saat nyeri keseleo. Namun, pada reumatik disertai peradangan pada persendian dan kulit terlihat memerah yang diakibatkan karena peradangan. Penyebab reumatik sangat banyak. Pada umumnya, dipengaruhi oleh masalah autoimun yaitu sistem kekebalan tubuh yang berbalik menyerang jaringan persendian. Sehingga, tulang rawan pada sekitar sendi menipis. Dan sebagai gantinya, muncul tulang baru. Di saat tubuh bergerak, tulang-tulang di persendian bersinggungan. Kejadian ini yang menimbulkan rasa sakit dan nyeri.⁽⁶⁾

Walaupun terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Untungnya, terdapat banyak intervensi nonfarmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri. Berbagai upaya untuk menurunkan nyeri pada rematik, baik secara farmakologi ataupun dengan nonfarmakologi. Seperti halnya dengan nonfarmakologi pijat punggung atau *back massage* merupakan salah satu jenis terapi pijat yang paling disukai dan paling umum. Pijat punggung hanyalah salah satu dari pengalaman menakjubkan yang dijamin dapat meredakan stres dari tubuh anda. Dengan teknik pijat punggung yang benar, anda akan mendapatkan hasil yang maksimal. Pijatan tersebut akan menciptakan kebugaran mental setelah tubuh dan pikiran anda rileks. Perasaan menjadi lebih muda kembali juga akan terasa disepanjang otot-otot punggung yang sebelumnya tegang. Serabut otot yang sebelumnya kaku dan tegang akan menjadi lentur sehingga pada gilirannya peredaran darah akan semakin lancar. Pijatan ini paling baik bila menggunakan cairan pelumas untuk meminimalkan gesekan dengan aroma yang menenangkan.⁽⁷⁾

Back Massage adalah salah satu tehnik memberikan tindakan masase pada punggung selama 10-15 menit. Usapan dengan lotion/balsem memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. Vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan peredaran darah pada area yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa Sakit serta menunjang proses penyembuhan.⁽⁸⁾

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya pengaruh intervensi *back massage* terhadap nyeri penurunan nyeri pada lansia dengan rematik.

METODE PENELITIAN

Design penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *eksperiment pra experimental* dengan rancangan *one group pretest-posttest design*.⁽⁹⁾ Dimana dilakukan pengukuran nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *back massage*.

Populasi dalam penelitian ini adalah Lansia yang menderita reumatik di Panti Werda di Wilayah Kota Cirebon, dengan jumlah 25 Lansia yang terhitung dari bulan Januari sampai Februari tahun 2016. Sampel pada penelitian ini adalah lansia di Panti Werda di Wilayah Kota Cirebon, pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *total sampling* dimana sampel yang diteliti sesuai dengan jumlah populasi. pada penelitian ini diperoleh sampel sebanyak 25 responden.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk mengkaji skala nyeri pada Lansia penderita rematik dengan menggunakan skala numerik yang terbagi dalam 5 kriteria yaitu (0) tidak ada nyeri, (1-3) nyeri ringan, (4-6) nyeri sedang, (7-9), nyeri berat, (10) nyeri sangat berat.

Metode pengumpulan data yang dilakukan sesuai dengan jenis penelitian yang digunakan sehingga mendapatkan hasil pre dan post intervensi *back massage* yaitu dengan melakukan observasi tingkat nyeri, langkah langkah pengumpulan data dilakukan dengan terlebih dahulu menentukan responden yang sesuai dengan kriteria sampel yang sesuai untuk di teliti. Kemudian peneliti melakukan pendekatan kepada Lansia yang menderita penyakit rematik, yang sesuai dengan kriteria sampel, selanjutnya peneliti melakukan wawancara pada pasien sebelum di intervensi, untuk menentukan pada skala berapa nyeri yang dirasakan pasien tersebut dan melakukan pencatatan data yang di peroleh. Peneliti memberikan intervensi *Back Massage* Terapi, selama 10-15 menit intervensi dilakukan pada saat nyeri dan setelah itu kembali mengukur skala nyeri setelah dilakuakn terapi.

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah setelah pemberian *back massage* terapi dapat menurunkan Nyeri pada lansia yang menderita penyakit rematik. Analisa bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah *Wilcoxon Matched Pairs*.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang dilakukan di uraikan pada tabel dibawah ini:

Nyeri Reumatik Sebelum Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Tabel 1 Intensitas Nyeri Sebelum Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Intensitas nyeri	Frekuensi	Persentase
Nyeri Ringan	-	0%
Nyeri Sedang	22	88.0%
Nyeri Berat	3	12.0%

Dari tabel 1 di atas dapat diketahui bahwa intensitas nyeri yang dirasakan oleh semua subyek penelitian sebelum dilakukan *back massage* terapi adalah tidak ada responden yang mengalami nyeri ringan, sebanyak 22 responden mengalami nyeri sedang (88%), 3 responden nyeri berat (12%).

Nyeri Reumatik Sesudah Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Tabel 2 Intensitas Nyeri Setelah Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Intensitas nyeri	Frekuensi	Persentase
Nyeri Rengan	22	88.0%
Nyeri Sedang	3	12.0%
Nyeri Berat	-	0%

Dari tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa intensitas nyeri yang dirasakan oleh subyek penelitian sesudah diberikan perlakuan *back massage* terapi mengalami penurunan yaitu subyek penelitian yang mengalami nyeri ringan sebanyak 22 responden (88%), dan yang mengalami nyeri sedang sebanyak 3 responden (12%).

Pengaruh *Back Massage* Terapi terhadap Penurunan Nyeri Rematik pada Lansia

Tabel 3 Perbedaan Intensitas Nyeri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Variabel	Mean	SD	Min	Max	p-value
<i>Pre Test</i>	2.2400	.66332	2.00	4.00	0.000
<i>Post Test</i>	1.2400	.66332	1.00	3.00	

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa perbedaan intensitas nyeri reumatik sebelum diberikan *back massage* diperoleh rata-rata (mean) 2.2400 dan standar deviasi .66332, dan sesudah diberikan *back massage* diperoleh rata-rata (mean) 1.2400 dan standar deviasi .66332 pada lansia.

Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *wilcoxon Matched Pairs* didapatkan nilai p-value $0.000 \leq 0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak: berarti ada pengaruh *back massage* terhadap intensitas nyeri reumatik pada lansia.

PEMBAHASAN

Nyeri Reumatik Sebelum Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Dari tabel 1 di atas dapat diketahui bahwa intensitas nyeri yang dirasakan oleh semua subyek penelitian sebelum dilakukan *back massage* adalah tidak ada responden yang mengalami nyeri ringan (0%), responden dengan nyeri sedang sebanyak 22 responden (88.0%), dan responden dengan nyeri

berat 3 responden (12.0%). Berarti ada perbedaan persepsi meskipun stimulusnya sama.

Hal ini dimungkinkan karena secara alami, nyeri adalah pengalaman yang bersifat sangat pribadi/personal sehingga masing-masing individu akan mempersepsikan nyerinya dengan berbeda pula tergantung pada faktor-faktor lain yang mempengaruhi nyeri.

Masalah Psikologis pertama yang dialami oleh golongan lansia ini adalah mengenai sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka hadapi, antara lain kemunduran badaniah atau dalam kebingungan untuk memikirkannya.⁽¹⁰⁾

Menurut Koziar dan Erb, Nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman, dan fantasi luka. Mengacu pada teori dari Asosiasi Nyeri Internasional, pemahaman tentang nyeri lebih menitikberatkan bahwa nyeri adalah kejadian fisik, yang tentu saja untuk penatalaksanaan nyeri menitikberatkan pada manipulasi fisik atau menghilangkan kuasa fisik.⁽¹¹⁾

Nyeri merupakan keluhan klinis yang paling sering ditemui perawat. Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penatalaksanaan nyeri agar pasien dapat mencapai rasa nyaman dengan menggunakan berbagai teknik peredaan nyeri. Nyeri adalah suatu sensori yang tidak menyenangkan dari suatu emosional disertai kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial atau kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial atau kerusakan jaringan secara menyeluruh.⁽¹⁰⁾

Nyeri sendi harus cepat didiagnosis untuk dapat membedakan antara penyebab infeksi dengan penyakit peradangan lingkaran sendi rheumatik. Pada banyak kasus, pemberian terapi yang spesifik sangat diperlukan segera. Untuk menghindari akibat buruk yang menyertai kerusakan sendi. Selain anamnesis yang mendetail dan anamnesis riwayat penyakit pada keluarga secara inklusif, karakter nyeri, onset dan perjalanan klinis nyeri sendi, usia saat timbulnya gambaran klinis, pola serangan penyakit pada sendi, gejala umum, perubahan di kulit dan mukosa, mata organ dalam, dan sistem saraf, pemeriksaan darah, manifestasi klinis yang nyata dan pada kepentingan pemeriksaan sinovia dapat memberikan petunjuk mengenai penyakit tersebut. Penyebabnya bisa dari peradangan, degeneratif, infeksi, metabolik, dan rheumatic.⁽¹¹⁾

Penyakit rematik merupakan suatu istilah terhadap sekelompok penyakit (gabungan untuk lebih dari seratus penyakit) dengan manifestasi klinis berupa nyeri menahun pada sistem muskuloskeletal, kekakuan sendi, serta pembengkakan jaringan sekitar sendi dan tendon. Meskipun kelainan terjadi pada sendi, tetapi penyakit rematik dapat pula mengenai jaringan ekstraartikuler.

Dampak keadaan ini dapat mengancam jiwa penderitannya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan. Masalah yang disebabkan oleh penyakit rematik tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas dan aktivitas hidup sehari-hari juga efek sistemis yang tidak jelas, tetapi dapat menimbulkan kegagalan organ dan kematian atau mengakibatkan masalah seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah. Perubahan citra diri, serta gangguan tidur.⁽¹²⁾

Lebih lanjut awitan keadaan ini bisa bersifat akut dan perjalanan penyakitnya dapat ditandai oleh periode remisi (suatu periode ketika gejala penyakit berkurang atau tidak terdapat) dan eksaserbasi (suatu periode ketika gejala penyakit terjadi atau bertambah berat). Perubahan yang permanen dapat terjadi akibat penyakit ini. Ketidakikutsertaan keadaan yang secara sekunder dapat mengenai struktur muskuloskeletal menegaskan keanekaragaman penyakit rematik.

Pada nyeri skala ringan sampai moderat serta pada nyeri superfisial, tubuh bereaksi membangkitkan "*General Adaptation Syndrome*" (*Reaksi Fight or Flight*), dengan merangsang sistem saraf tidak dapat ditoleransi serta nyeri yang berasal dari organ viseral, akan mengakibatkan stimulasi terhadap saraf parasimpatis.⁽¹¹⁾ Pengukuran subjektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan Skala Nyeri Numerik (0-10) pada seluruh subyek penelitian terlihat bahwa paling banyak subyek penelitian mengalami nyeri sedang.⁽¹⁴⁾ Salah satu terapi komplementer mengurangi nyeri reumatik adalah *back massage* terapi Massage dan sentuhan merupakan teknik integrasi mempengaruhi sistem saraf otonom.⁽¹⁴⁾

Nyeri Reumatik Sesudah Dilakukan Pemberian *Back Massage* Terapi

Setelah subyek penelitian diberikan *back massage* terapi selama 10-15 menit, segera dilakukan pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala nyeri numerik (0-10), tercantum pada tabel 2 bahwa

intensitas nyeri yang dirasakan, penelitian sesudah memberikan perlakuan *back massage* terapi yaitu responden mengalami penurunan nyeri yaitu tidak ada responden yang mengalami nyeri berat, responden yang nyeri sedang sebanyak 3 responden (12.0%), dan responden yang mengalami nyeri ringan 22 responden (88.0%).

Hasil ini menunjukkan hasil penurunan nilai intensitas nyeri setiap individu berbeda-beda walaupun stimulus dan yang menyebabkan nyeri dan perlakuan yang diberikan sama. Hal ini karena seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain pengalaman masa ansietas, penyebab nyeri, usia, budaya dan makna nyerinya.⁽¹²⁾ Berdasarkan hasil penelitian Feny Marlina dan Rita Juniarti (2019) tentang pengaruh pijat (*massage*) terhadap intensitas nyeri rematik pada lansia di Desa Kertapati Puskesmas Dusun Curup Bengkulu Utara tentang pengaruh pijat (*massage*) terhadap intensitas nyeri rematik pada lansia di Desa Kertapati Puskesmas Dusun Curup Bengkulu Utara, disimpulkan ada pengaruh pijat (*massage*) terhadap intensitas nyeri rematik pada lansia di Desa Kertapati Puskesmas Dusun Curup Bengkulu Utara ($p = 0,000$). Hasil penelitian serupa yang dilakukan oleh Fera Siahaan, dkk tentang efektifitas pijat punggung terhadap intensitas nyeri rematik didapatkan bahwa Pemberian intervensi dengan pemberian pijat punggung selama 2 (dua) hari selama 30 menit/ hari dapat menurunkan skala nyerirematik sedang.⁽¹⁶⁾

Back Massage adalah salah satu tehnik memberikan tindakan masase pada punggung selama 10-15 menit. Usapan dengan lotion/balsem memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. Vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan peredaran darah pada area yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa Sakit serta menunjang proses penyembuhan.⁽⁸⁾

Pijat adalah teknik menyentuh dan menekan bagian – bagian tubuh untuk mempengaruhi syaraf dan otot agar mengendur sehingga dapat bekerja dengan optimal sesuai dengan fungsinya. Dengan pijat, sirkulasi darah pada otot dan organ akan menjadi lancar dan aliran limpa menjadi lebih teratur. Selain itu, sistem syaraf yang dirangsang dengan pijat akan bekerja dengan lebih baik. Akhirnya sistem syaraf ini mendorong berbagai kelenjar untuk menghasilkan berbagai zat yang dibutuhkan oleh tubuh. Pada banyak ahli pijat, teknik pijat bahkan dimanfaatkan untuk memperbaiki letak otot, tulang dan berbagai organ tubuh agar tetap berada pada posisi yang tepat. Posisi organ yang tepat akan memungkinkan tubuh untuk bekerja dengan optimal dalam melakukan berbagai aktivitas.

Sistem syaraf yang bekerja dengan baik akan merangsang sekresi berbagai hormon dan zat yang diperlukan oleh tubuh. Lebih dari itu, bila sistem syaraf ini bekerja dengan optimal, tubuh akan mampu menahan dan mengeluarkan berbagai racun dan penyakit yang akan merusak tubuh bila dibiarkan dalam waktu yang lama. Bahkan, bila pijat ini dilakukan secara

teratur, orang yang menerima pijat akan bisa mengembangkan kemampuan berbagai indera yang dimilikinya.

Massage dan sentuhan, merupakan teknik integrasi sensori yang mempengaruhi aktifitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rilek, kemudian akan muncul respon relaksasi. *Back Massage* adalah salah satu tehnik memberikan tindakan masase pada punggung dengan usapan secara perlahan. Usapan dengan lotion/balsem memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. Vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan peredaran darah pada area yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit serta menunjang proses penyembuhan luka.⁽⁸⁾

Back massage yang dilakukan pada punggung adalah bagian yang sangat penting bagi penurunan nyeri yang terjadi karena rematik kesehatan tubuh manusia. Di sekitar tulang punggung (tulang belakang) terdapat berbagai syaraf yang sangat penting untuk menjaga kesehatan. Bila badan terasa lelah, otot – otot di sekitar tulang punggung ini akan terasa sangat kaku, tegang dan mengeras. Otot yang berada dalam kondisi ini membuat orang merasa sulit untuk *relaks* dan nyaman dengan keadaan dirinya sendiri. Kalau otot berada dalam keadaan demikian, berbagai syaraf pun terganggu. Sehingga, badan terasa *loyo*, tidak bersemangat, pegal dan tidak nyaman. Oleh karena itulah pemijatan yang dilakukan di punggung akan membuat badan terasa segar, bugar, lebih santai serta nyaman.⁽¹⁰⁾

Pengaruh *Back Massage* Terapi terhadap Penurunan Nyeri Rematik pada Lansia

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa perbedaan intensitas nyeri reumatik sebelum diberikan *back massage* terapi memperoleh rata-rata (*mean*) 2.2400 dan standar deviasi .66332 dan sesudah diberikan *back massage* terapi diperoleh rata-rata (*mean*) 1.2400 dan standar deviasi .66332 pada lansia di Panti Wreda di Wilayah Kota Cirebon Tahun 2016. Berdasarkan analisis statistik menggunakan uji *Wilcoxon Matched Pairs* mendapatkan nilai *p-value* $0.000 \leq 0.05$. Hal ini menunjukkan ada pengaruh *back*

Pengaruh tersebut saat terjadi nyeri, banyak perilaku yang dapat diungkapkan oleh berat-ringannya sensasi nyeri itu sendiri. Kadang kala klien tidak mau mengungkapkan pengalaman nyeri yang dirasakannya karena menganggap dirinya adalah “orang yang cengeng” atau ia akan berpandangan bahwa perawat akan menyebut klien sebagai “pasien yang cerewet”.⁽¹¹⁾

Pada fase pasca nyeri, klien mungkin mengalami trauma psikologis, takut, depresi, serta dapat juga menjadi menggigil.⁽¹¹⁾ *massage* terapi terhadap intensitas nyeri haid.

Dengan pemberian *back massage* terapi intensitas nyeri mengalami penurunan karena mekanismenya dapat merangsang serabut saraf A beta yang banyak terdapat di kulit sehingga pintu gerbang tertutup dan stimulasi nyeri tidak diteruskan ke otak. Apabila sentuhan mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk relaks, maka akan muncul respon relaksasi. Efek dari relaksasi sentuhan tersebut mampu menurunkan persepsi nyeri, seperti nyeri reumatik.⁽¹¹⁾

Berdasarkan penjelasan literatur di atas hasil penelitian ini relevan dengan penjelasan dari literatur di atas bahwa ada pengaruh *back massage* terapi terhadap penurunan intensitas nyeri reumatik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Thomas Kristanto dan Arina Maliya dengan judul “Pengaruh Terapi *Back Massage* Terhadap Intensitas Nyeri Reumatik Pada Lansia Di Wilayah Puskesmas Pembantu Karang Asem Tahun 2016”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan *back massage* terapi, kebanyakan responden mengalami nyeri sedang. Setelah dilakukan *back massage* terapi, kebanyakan responden mengalami nyeri ringan.⁽¹³⁾ Hasil penelitian yang dilakukan Feny Marlina dan Rita Juniarti (2019) tentang pengaruh pijat (*massage*) terhadap intensitas nyeri rematik pada lansia di Desa Kertapati Puskesmas Dusun Curup Bengkulu Utara di dapatkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri pada lansia rematik setelah dilakukan *massage* (pijit). Hal ini berarti *massage* (pijit) merupakan salah satu terapi yang dapat diberikan kepada lansia untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami lansia. Efektivitas *massage* (pijit) terhadap skala nyeri tersebut disebabkan oleh pengaruh distraksi dan meningkatnya hormon endorfin dari efek relaksasi yang ditimbulkan oleh *massage* (pijit), sehingga mampu memberikan efek kenyamanan pada lansia.⁽¹⁵⁾

Menurut penelitian lain, yaitu terapi *back massage* diberikan kepada 2 responden yaitu Ny S dan Ny P dalam pemberian terapi *back massage* ini 2 responden ini diberikan perlakuan yang sama yaitu pemijatan *back massage*. Pijatan *back massage* berdurasi kurang lebih 15-20 menit, pijatan diberikan selama 3 hari terutama saat klien merasakan nyeri. Pada dasarnya kedua klien memiliki kriteria nyeri yang sama yaitu nyeri sedang sehingga dalam proses pemberian terapi *back massage* pun sama. Pada Ny. S memiliki skala nyeri sebelumnya 6 dan setelah diberikan terapi *back massage* pada evaluasi hari terakhir nyeri menjadi skala 2 dalam proses pemberian terapi *back massage* tidak ada peningkatan skala nyeri. Sedangkan pada responden 2 Ny. P memiliki skala nyeri sebelumnya 5 setelah diberikan terapi *back massage* selama kurang lebih 3 hari dan pada evaluasi hari terakhir skala berkurang menjadi 2.

Pada responden kedua mengalami peningkatan nyeri pada hari terakhir yang pada hari pertama sebelumnya skala nyeri 5 setelah itu menjadi 4, pada hari kedua sebelumnya skala nyeri 4 menjadi 2 dan pada hari ketiga mengalami peningkatan nyeri yang pada hari kedua 4 menjadi 2 pada hari ke tiga skala mengalami peningkatan skala nyeri menjadi 4 dan setelah dilakkan *back massage* skala menjadi 2 Hal ini menunjukkan bahwa terapi *back massage* dapat menurunkan intensitas nyeri pada lansia dengan gangguan rematik. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kusuma (2017) tentang pengaruh *back massage* terhadap tingkat nyeri sendi yang menyatakan bahwa adanya perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikannya terapi *back massage* atau pijat punggung pada pasien nyeri sendi. Selain itu ada juga penelitian lagi yang dilakukan oleh Arina (2011) tentang pengaruh terapi *back massage* untuk menurunkan nyeri rematik pada lansia. Menunjukkan adanya

pengaruh yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikannya terapi *back massage* menunjukkan adanya penurunannya intensitas nyeri pada lansia yang menderita rematik.⁽¹⁴⁾

Kesimpulan dari kedua responden tersebut dapat disimpulkan bahwa terapi *back massage* pada lansia dengan rematik ada perbedaan skala nyeri dari hasil pengukuran menggunakan skala nyeri numerik sebelum dan sesudah diberikan tindakan terapi *back massage* menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri. Pada kedua responden yaitu Ny. S dan Ny. P yang sebelumnya diberikan *terapi back massage*, skala nyeri kedua responden tersebut yaitu 6 dan 5. Setelah diberikan terapi *back massage* selama kurang lebih 3 hari menunjukan adanya pengaruh *back massage* terhadap penurunan intensitas nyeri rematik, yang sebelumnya skalanyeri kedua responden 6 dan 5 menjadi 2 dan 2 dengan presentase yang berbeda yaitu 66,6% dan 60% dengan rata-rata penurunan nyeri 2.⁽¹⁴⁾

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh *back massage* terapi terhadap penurunan nyeri reumatik pada lansia, maka dapat disimpulkan bahwa intensitas nyeri reumatik sebelum dilakukan *back masage* terapi pada lansia lebih banyak pada intensitas nyeri sedang (88.0%), intensitas nyeri reumatik sesudah dilakukan *back massage* terapi pada lansia banyak pada Intensitas nyeri ringan (88.0%). Hasil uji statistik Wilcoxon Signed Rank Test diperoleh hasil $p\text{-value} < \alpha$ ($0.00 < 0.05$) maka H_0 ditolak sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh pemberian *back massage* terapi terhadap intensitas nyeri reumatik pada lansia.

SARAN

Hasil penelitian yang menyatakan adanya pengaruh *back massage* dapat menurunkan nyeri sehingga diharapkan perawat dapat mempertimbangkan pemberian asuhan keperawatan yang bersifat nonfarmakologi terutama dalam memberikan intervensi dalam menurunkan rasa nyeri pada pasien reumatik. Serta memberikan informasi yang akurat tentang penanganan nyeri yang bersifat nonfarmakologis sehingga pasien dan keluarga dapat mengetahui dan melakukannya secara mandiri.

Diharapkan perawat memiliki SOP yang tetap memberikan intervensi *back massage* terapi terhadap lansia yang menderita reumatik, sehingga bisa dicapai hasil yang optimal dalam membantu menurunkan nyeri yang dialami lansia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azis. Iwan J. Dkk. Pembangunan Berkelanjutan, Peran dan Kontribusi Emil Salim. Jakarta KPG (Kepustakaan Populer Gramedia); 2010
2. Suparyanto. Konsep Lanjut Usia; [diunduh tanggal 28 Februari 2016]. Tersedia dari: <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-lanjut-usia-lansia.html?m=1>
3. Anonym. Data Lansia [diunduh tanggal 28 Februari 2011]. Tersedia dari; [http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/26951/4/Chapter %20II.pdf4](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/26951/4/Chapter%20II.pdf4).
4. Setiono Wiwing. Lanjut Usia [diunduh tanggal 1 Maret 2016] Tersedia dari; [http://lpkeperawatan.blogspot.co.id/2013/12/lanjut-usia-lansia.html#.Vv5Iz0_iTCM]
5. Fatmah & Astikawati. Rina. Gizi Usia Lanjut. Jakarta; Erlangga. 2010
6. Tamsuri. Anas. Konsep & Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta;EGC:2006
7. Kita. Forum. Buku Pintar Pijat Keluarga. Jakarta:PT Penebar Swadaya; 2009
8. Achmad Ridwan Soedirjo. Manfaat Pijat/Punggung *Back Massage*; [diunduh tanggal 13 Maret 2016]. Tersedia dari; <http://bodyworkstherapy.blogspot.co.id>
9. Alimul Hidayat. A. Aziz. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta :Salemba Medika;2011
10. Anonym. Lanjut Usia. [Diunduh tanggal 3 Maret 2016]. Tersedia dari; <http://lpkerawatan.blogspot.co.id/2013/12/lanjutusialansia.html#.VuU1Eub5Mke>. Tuesday, December17, 2013
11. Wita. & Suwono. Nyeri Kronis Pedoman Terapi untuk Praktik Dokter. Jakarta: EGC; 2009

12. Ningsih Nurna Lukman. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta:Salemba Medika;2012
13. Thomas Kristanto. Arina Maliya. Pengaruh Terapi *Back Massage* terhadap Intensitas Nyeri Reumatik pada Lansia di Wilayah Puskesmas Pembantu Karang Asem. [Diunduh tanggal 12 Maret 2016]. Tersedia dari; <https://publikasiilmiah.ums.ac.id>
14. Yunita Wulan Suci L, Dkk. Penerapan Terapi *Back Massage* terhadap Intensitas Nyeri Rematik pada Lansia. *JKEP*. Vol 4 No 2 2019.
15. Feny Marlana dan Rita Juniarti. Pengaruh Pijat (*Massage*) terhadap Intensitas Nyeri Rematik pada Lansia Di Desa Kertapati Puskesmas Dusun Curup Bengkulu Utara. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*. Volume 07, Nomor 02. 2019
16. Fera Siahaan, dkk. Efektivitas Pijat Punggung terhadap Intensitas Nyeri Rematik Sedang pada Wanita Lanjut Usia di Desa Karyawangi Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Skolastik Keperawatan*. Volume 3. Nomor 1. 2017. Tersedian di <https://jurnal.unai.edu/>



JURNAL KESEHATAN

Vol. 11 No. 2 Tahun 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.38165/jk>.

e-ISSN: 2721-9518

p-ISSN: 2088-0278

LP3M Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cirebon

HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG COVID-19 TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA LANSIA YANG MENGALAMI HIPERTENSI

Healthy Seventina Sirait*

*Program Studi Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

healthy.seveninasirait@gmail.com

Awis Hamid Dani**

*Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Devy Rokhmah Maryani***

* Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Abstrak

Kurangnya pengetahuan tentang pandemic Covid-19 dapat menimbulkan berbagai macam spekulasi tentang penyebaran virus Corona, sehingga menimbulkan kecemasan yang dapat menurunkan sistem imun tubuh lansia dan dapat pula meningkatkan tekanan darah lansia. Hipertensi lebih rentan menyerang para lansia seiring bertambahnya usia, sehingga berpotensi menyebabkan pengerasan pembuluh darah. Pengerasan tersebut mengurangi kelenturan pembuluh darah arteri besar dan aorta, sehingga pada lansia lebih rentan mengidap tekanan darah tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang covid-19 terhadap tingkat kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi di RW 09 Perumahan Gerbang Permai Pamengkang, wilayah Puskesmas Pamengkang tahun 2020. Desain penelitian ini menggunakan deskripsi kuantitatif pendekatan *cross sectional*. Populasi sampel nya adalah lansia dengan hipertensi di RW 09 perumahan gerbang permai pamengkang wilayahkerja puskesmas pamengkang dengan jumlah 28 responden dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Hasil penelitian didapatkan responden yang mempunyai pengetahuan baik berjumlah 14 orang (50,0%), tingkat pengetahuan cukup 8 orang (28,6%) dan tingkat pengetahuan kurang 6 orang (21,4%). Dan responden dengan Kecemasan Berat berjumlah 21 orang (75,0%). Hasil analisis bivariat didapatkan ada hubungan antara pengetahuan tentang Covid-19 dengan tingkat kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi di RW 09 Perumahan Gerbang Permai Pamengkang Wilayah kerja Puskesmas pamengkang tahun 2020 dengan $p \text{ value} = 0,007$ ($= 0,05$).

Kata Kunci: pengetahuan covid-19, kecemasan lansia

Abstract

Lack of knowledge about the Covid-19 pandemic can lead to various kinds of speculation about the spread of the Corona virus, causing anxiety which can lower the immune system of the elderly and can also increase the blood pressure of the elderly. Hypertension is more prone to attack the elderly as they get older, so that it has the potential to cause hardening of the arteries. This hardening reduces the flexibility of the large arteries and aorta, making the elderly more susceptible to developing high blood pressure. This study aims to determine the relationship between knowledge of covid-19 and the level of anxiety among elderly people who have hypertension in RW 09 of the gateway residential area of Pamengkang, Pamengkang Community Health Center in 2020. The design of this study used a quantitative description of the cross sectional approach. The sample population was the elderly with hypertension in RW 09, the gateway housing complex, the Pamengkang Community Health Center, with 28 respondents using accidental sampling technique. The results showed that 14 people had good knowledge (50.0%), 8 people had sufficient knowledge (28.6%) and 6 people had less knowledge (21.4%). And respondents with severe anxiety totaled 21 people (75.0%). The results of the bivariate analysis found that there was a relationship between knowledge of Covid-19 and the level of anxiety in the elderly who had hypertension in RW 09 Gerbang Permai Pamengkang Housing in the Pamengkang Community Health Center work area in 2020 with $p \text{ value} = 0.007$ ($= 0.05$).

Keywords: knowledge of covid-19, elderly anxiety

PENDAHULUAN

COVID-19 muncul pada Desember 2019, di kota Wuhan Provinsi Hubei tengah Cina (Holshue et al., 2020). WHO menyatakannya Kesehatan Masyarakat Darurat Kepedulian Internasional pada 30 Januari 2020 (WHO,2020b, 2020c)¹. Secara global sampai tanggal 2 Juli 2020, ada 10.667.217 kasus Covid-19 yang dikonfirmasi dan sebanyak 515.646 kasus kematain.² Peningkatan status Covid-19 dari epidemi ke pandemi secara resmi diumumkan World Health Organization (WHO) pada tanggal 11 Maret 2020 (WHO, 2020).

COVID-19 di Indonesia dilaporkan pertama kali pada tanggal 2 Maret 2020 sejumlah dua kasus³Data di Indonesia hingga tanggal 30 Juni 2020, sebanyak 56.3855 kasus konfirmasi, 24.806 kasus yang sembuh, 2.876 kasus yang meninggal, dan 25.610 kasus dalam perawatan. Kecemasan atau ansietas adalah suatu perasaan takut akan terjadinya sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya dan merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan menghadapi ancaman. Pengaruh tuntutan, persaingan, serta bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisikdan psikologi. Salah satu dampak psikologi yaitu ansietas atau kecemasan. kecemasan dapat mengakibatkan tekanan darah meningkat hingga 30-40%⁴.

Hipertensi merupakan penyakit pembunuh nomor satu diseluruh dunia. Hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya kematian secara medadak bagi penderitanya⁵.Menurut Geneva, Tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah melebihi batas normal dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Disamping menyebabkan kerusakan jantung, otak dan ginjal, tekanan darah yang tinggi juga merupakan faktor yang dapat menimbulkan penyakit kardiovaskuler, yang dapat meningkatkan mordibitas dan mortalitas penyakit kardiovaskuler. Penyakit darah tinggi lebih rentan menyerang para lansia seiring bertambahnya usia, sehingga berpotensi menyebabkan pengerasan pembuluh darah. Pengerasan tersebut mengurangi kelenturan pembuluh darah arteri besar dan aorta, sehingga pada lansia lebih rentan mengidap tekanan darah tinggi. Berdasarkan data dari WHO 2018 (World Health Organization), penyakit hipertensi menyerang 51% atau 1,5 miliar orang penduduk dunia. Sedangkan berdasarkan data di Asia Tenggara tahun 2018, angka kejadian hipertensi mencapai 36% atau 1,5 juta orang.⁶

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia tahun 2018, prevalensi kejadian hipertensi sebesar 34,11%. Hipertensi dari hasil riskesdas yang diderita oleh lansia adalah 63,5%⁶. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2018, prevalensi hipertensi sebesar 40.1%. %. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon jumlah keseluruhan penderita hipertensi di puskesmas tahun 2018 sebanyak 58.271 jiwa atau 4,12%. Berdasarkan data Puskesmas Pamengkang Kabupaten Cirebon tahun 2020, menunjukkan jumlah lansia dengan kasus hipertensi yaitu 70 orang.

Kurangnya pengetahuan tentang pandemic Covid-19 dapat menimbulkan berbagai macam spekulasi tentang penyebaran virus Corona, sehingga menimbulkan kecemasan yang dapat menurunkan sistem imun tubuh seseorang dan dapat pula meningkatkan tekanan darah lansia. Dengan menurunnya sistem imun seseorang maka virus tersebut mudah menyerang seseorang dan meningkatnya tekanan darah dapat mengancam nyawa seseorang, sehingga pemerintah perlu memberikan informasi yang baik tentang pandemic Covid-19. Faktor yang menyebabkan seseorang merasa cemas akan pandemic ini adalah informasi yang kurang tepat yang didapatkan seseorang tentang penyakit tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh Yenan Wang, et all, (2020) yang berjudul “Study on the Public Psychological States and Its Related Factors During the Outbreak of COVID-19 in Some Regions of China” menunjukkan hasil bahwa (93,67%) responden China mengalami cemas tinggi, (5,67%) cemas ringan dan (0,67%) cemas sedang. Disamping itu, hasil survey menunjukkan bahwa ada (82,83%) subjek mengalami deperesi tinggi, (14,33%) depresi ringan, (2,5%) depresi sedang dan (0,33%) mengalami tekanan psikologi yang parah. Dilihat dari jenis kelamin, subjek perempuan lebih tinggi mengalami kecemasan daripada laki-laki. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RW 09 Perumahan Gerbang Permai Pamengkang Wilayah Kerja Puskesmas Pamengkang terdapat 28 orang lansia dengan hipertensi. Dalam studi pendahuluan kepada 10 orang lansia yang mengalami

hipertensi mengalami peningkatan tekanan darah karena terjadinya kecemasan selama pandemi. Lansia takut pergi ke puskesmas untuk mengontrolkan dirinya, persediaan obat habis, cemas, susah tidur malam (gangguan tidur), gelisah, takut keluar rumah karena lansia di rumahkan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan Covid-19 dengan Tingkat Kecemasan pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kuantitatif, bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang Covid-19 terhadap tingkat kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi. Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan Cross Sectional Desain⁷. untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan⁸. Populasi dalam penelitian ini adalah lansia usia 60-90 tahun yang berada di RW 09 Perumahan Gerbang Permai Pamengkang Wilayah kerja Puskesmas Pamengkang yang berjumlah 50 orang lansia. Sampel dalam penelitian ini adalah lansia berusia 60-90 tahun dengan hipertensi di RW 09 Perumahan Gerbang Permai Pamengkang Wilayah kerja Puskesmas Pamengkang. Didapatkan 28 responden dengan hipertensi, dengan memperhatikan kriteria inklusi. Kuesioner penelitian ini mengadap dari penelitian Indra Kurniawan (2018). Dan hasilnya sudah valid dan reliabel. Pertanyaan dalam kuesioner ini menggunakan pertanyaan tertutup, pertanyaan seperti ini mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban responden⁹.

HASIL PENELITIAN

Tingkat Pengetahuan Tentang Covid-19

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Tingkat pengetahuan tentang Covid-19

Tingkat Pengetahuan Covid-19	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	14	50,0
Cukup	8	28,6
Kurang	6	21,4
Total	28	100

Pada Tabel 1 dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan responden tentang Covid-19 dengan kategori baik berjumlah 14 orang (50,0%), tingkat pengetahuan cukup 8 orang (28,6%) dan tingkat pengetahuan kurang 6 orang (21,4%).

Tingkat Kecemasan pada Lansia yang mengalami Hipertensi

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan pada lansia

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persen (%)
Tidak Ada Kecemasan	1	3,6
Kecemasan Ringan	6	21,4
Kecemasan Berat	21	75,0
Total	28	100

Pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa responden dengan Kecemasan Berat berjumlah 21 orang (75,0%), kecemasan ringan 6 orang (21,4%) dan tidak ada kecemasan 1 orang (3,6%).

Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kecemasan

Tabel 3. Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Kecemasan pada lansia

Pengetahuan	Tingkat Kecemasan						Total	P Value
	Tidak Ada Kecemasan		Kecemasan Ringan		Kecemasan Berat			
	N	%	N	%	N	%		
Baik	0	0,0	0	0,0	14	100	14	100
Cukup	1	12,5	2	25,0	5	62,5	8	100
Kurang	0	0,0	4	66,7	2	33,3	6	100
Total	1	3,6	6	21,4	21	75,0	28	100

Dari uji statistic chi square memberikan hasil nilai p-value sebesar 0,007 dimana nilai $p < 0,05$. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa H_0 di tolak dan H_1 diterima atau dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan tentang Covid-19 dengan tingkat kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi di Rw 09 Perumahan gerbang Permai Pamengkang Wilayah Kerja Puskesmas pamengkang tahun 2020.

PEMBAHASAN

Tingkat Pengetahuan tentang COVID-19 Lansia Penderita Hipertensi

Hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Pengetahuan tentang Covid-19 dapat diperoleh dari berbagai macam sumber seperti iklan televisi, internet dan buku majalah, secara langsung diterima melalui indera penglihatan dan pendengaran dimanfaatkan untuk menangkap informasi yang disampaikan. Hasil dari informasi-informasi yang diperoleh akan membentuk suatu pengetahuan. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*supersitions*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*)¹⁰. penulis berasumsi bahwa pengetahuan diperlukan oleh seseorang terutama lansia yang mengalami hipertensi sehingga mempunyai perilaku yang mendukung terhadap tingkat kecemasan. Kondisi ini mengharuskan petugas kesehatan memberikan informasi kepada responden yang memiliki nilai pengetahuan kurang sehingga mampu meningkatkan pengetahuannya

Tingkat Kecemasan Lansia Penderita Hipertensi

Menurut Taylor (1997), kecemasan dicetuskan oleh sesuatu yang tidak diketahui dan muncul sebelum ada pengalaman baru, yang mengancam identitas dan harga diri seseorang¹¹ Ketidaktahuan kebaruan COVID-19, akan penularan dan angka kematian yang tinggi menyebabkan kekhawatiran. Dalam situasi ini mempertimbangkan konsultasi kesehatan mental online lebih baik (Yao et al., 2020)¹ Kecemasan atau anxiety adalah suatu kondisi psikologis atau bentuk emosi individu berupa ketegangan, kegelisahan, kekhawatiran yang berkenaan dengan perasaan terancam serta ketakutan oleh ketidakpastian dimasa mendatang bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. kecemasan atau ansietas adalah suatu perasaan takut akan terjadinya sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya dan merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kecemasan merupakan salah faktor yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah pada penderita hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian dan teori diatas, maka penulis berasumsi bahwa tingkat kecemasan dapat dicegah agar tidak menyebabkan tekanan darah meningkat pada penderita hipertensi. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan pengertian dan pemahaman kepada lansia penderita hipertensi melalui penyuluhan langsung kepada lansia penderita hipertensi.

Hubungan Antara Pengetahuan tentang Covid-19 dengan Tingkat Kecemasan pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi

Berdasarkan hasil analisis bivariat didapatkan proporsi responden yang mempunyai

pengetahuan baik dengan kecemasan berat (100%) lebih banyak dibandingkan dengan responden pengetahuan cukup ataupun kurang. Berdasarkan uji statistic dengan chi square didapatkan nilai p value = 0,007, pada $\alpha = 0,05$ hal ini menunjukkan hipotesis H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi di Rw 09 Perumahan Gerbang pamengkang Wilayah kerja Puskesmas Pamengkang tahun 2020. Kurangnya pengetahuan tentang Covid-29 mengakibatkan hipertensi tidak terkontrol dikarenakan responden mengatakan takut keluar rumah, sehingga menimbulkan berbagai macam kekhawatiran dan menimbulkan kecemasan. Dari hasil penelitian didapat responden dengan pengetahuan baik mengalami kecemasan berat dikarenakan adanya faktor penyerta seperti jenis kelamin dan penyakit penyerta antara lain diabetes mellitus, hipertensi, ginjal, jantung dan asma. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Devi Pramita Sari (2020) yang menyatakan bahwa ada hubungan pengetahuan masyarakat dengan kepatuhan penggunaan masker sebagai upaya pencegahan penyakit Covid-19 di Ngronggah tahun 2020.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian di atas, dapat disimpulkan bahwa, tingkat pengetahuan tentang Covid-19 di Rw 09 Wilayah Kerja Puskesmas Pamengkang dengan kategori baik (50%). Selanjutnya tingkat kecemasan di di Rw 09 Wilayah Kerja Puskesmas Pamengkang sebagian besar termasuk kategori berat (75,0%). Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang Covid-19 terhadap tingkat kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi di Rw 09 Perumahan Gerbang Permai Pamengkang Wilayah Kerja Puskesmas Pamengkang tahun 2020 p value = 0,007 ($\alpha = 0,05$).

SARAN

Perlu adanya kegiatan secara berkesinambungan dalam upaya peningkatan pengetahuan penderita hipertensi seperti memberikan penyuluhan baik individu, keluarga maupun kelompok masyarakat, sehingga pengetahuan lansia meningkat serta tingkat kecemasan dapat berkurang dan mengingatkan untuk mengecek kesehatan sehingga tekanan darah dapat terkontrol.

DAFTAR PUSTAKA

1. Roy, D. et al. Study of knowledge , attitude , anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J. Psychiatr* **51** 102083, (2020).
2. Warganet Indonesia pro-data, terdiri dari praktisi kesehatan, akademisi & profesional. Kawal Covid-19. <https://kawalcovid19.id/>. (2020).
3. Abdillah, L. A. Stigma Terhadap Orang Positif. **2**, (2020).
4. Pengertian, jenis, gejala dan penyebab kecemasan. *Kajian pustaka*. <https://www.kajianpustaka.com/2019/03/pengertian-jenis-gejala-dan-penyebab-kecemasan.html> (2020).
5. Finda, A. Hubungan Antara Stres Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia. *Universitas Muhammadiyah Yogyakarta* <http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t23417.pdf> (2012).
6. kementerian kesehatan. Riskesdas 2018-2019. Kesmas. http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf%0A%0A (2020).
7. Dr. Janeta Doli TD, SKM, Ms. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. (Pustaka Bru Press, 2019).
8. Prof. DR. Sugiyono. Statistik Untuk Penelitian: Populasi, Sampel dan Pengujian Normalitas Data. in 61 (Alfabeta, 2007).
9. S, N. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (PT Rineka Cipta, 2012).
10. A, D. Y. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual Pada Wanita Usia Subur. *Fak. Kebidanan POLTEKES Yogyakarta* (2017).
11. Sulistyowati, D. A. Hubungan Kecemasan Dengan Strategi Koping Pada Anggota Keluarga Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di Wilayah Surakarta. (2014).