Volume II/ No. 2/Desember 2016 *ISSN : 2356-1653*

Terapeutik *Jurnal*

Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Kedokteran Komunitas

Hubungan Efikasi Diri (*Self Eficacy*) Dengan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Toari Kecamatan Toari Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara
Oleh : La Ode Saltar (1-6)

Hubungan Indeks Kepuasan Masyarakat Dengan Kualitas Pelayanan Di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari
Oleh : Siti Umrana (7-22)

Faktor Resiko Kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)* Di Poliklinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari
Oleh : Muhammad Syahwal, Indriana Dewi (23-31)

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013
Oleh : Aluddin (32-45)

Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Wilayah Kerja Puskesmas Motaha Tahun 2012
Oleh : Herman (46-53)

Hubungan pengetahuan Dan Sikap Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Pada Masyarakat dikelurahan Tobimeita Wilayah kerja Puskesmas Abeli Kota Kendari Tahun 2016
Oleh : Mien (54-62)

Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Melakukan Penyuntikan Insulin Secara Mandiri Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Perawatan Interna Rumah Sakit Umum Propinsi Sulawesi Tenggara
Oleh : Dina Mariana L, Yuliana Syam, Titi Iswanti (63-70)

End Of Life Care Oleh Perawat : Sebuah Tinjauan Sistematis
Oleh : Rusna Tahir, Iqra (71-76)

Hubungan Perilaku Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo
Oleh : Risnawati (77-84)

Efektifitas Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Asma Bronchiale Di RSUD Kota Kendari
Oleh : Muhaimin Saranani (85-91)

TERAPEUTIK *JURNAL*

Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Kedokteran Komunitas

Terapeutik Jurnal merupakan jurnal yang memuat hasil-hasil penelitian maupun naskah konsep dalam bidang ilmu keperawatan dan kedokteran komunitas. Diterbitkan setiap enam bulan pada bulan April dan Desember.

Penanggung Jawab/Pemimpin Umum
Dr. H. Abd. Asis Harun, SKM, M.Kes

Pemimpin Redaksi
Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes

Redaksi Pelaksana
Nurfantri, S.Kep.,Ns. M.Sc
Iqra, S.Kep., M.Kep
Risnawati, SKM, M.Kes

Redaksi
Herman, S.Kep, Ns, M.Kes
Muh. Syawal, S.Kep., M.Kes
Anastasia Budianti W, S.Kep., Ns

Sekretaris Redaksi
Aluddin, S.Kep., Ns, M.Kes
Hasrima, S.Kep., Ns

Alamat Redaksi
Kampus AKPER PPNI Kendari
Jln. Jend. A.H. Nasution. No. 89 G, Kendari, Sulawesi Tenggara
Telp. 0401-3191713 Email : ppniakper@yahoo.com

TERAPEUTIK *JURNAL*
Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Kedokteran Komunitas

Daftar Isi

Hubungan Efikasi Diri (*Self Eficacy*) Dengan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Toari Kecamatan Toari Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara
Oleh : La Ode Saltar (1-6)

Hubungan Indeks Kepuasan Masyarakat Dengan Kualitas Pelayanan Di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari
Oleh : Siti Umrana (7-22)

Faktor Resiko Kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)* Di Poliklinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari
Oleh : Muhammad Sayhwal, Indriana Dewi (23-31)

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013
Oleh : Aluddin (32-45)

Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Wilayah Kerja Puskesmas Motaha Tahun 2012
Oleh : Herman (46-53)

Hubungan pengetahuan Dan Sikap Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Pada Masyarakat dikelurahan Tobimeita Wilayah kerja Puskesmas Abeli Kota Kendari Tahun 2016
Oleh : Mien (54-62)

Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Melakukan Penyuntikan Insulin Secara Mandiri Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Perawatan Interna Rumah Sakit Umum Propinsi Sulawesi Tenggara
Oleh : Dina Mariana L, Yuliana Syam, Titi Iswanti (63-70)

End Of Life Care Oleh Perawat : Sebuah Tinjauan Sistematis
Oleh : Rusna Tahir, Iqra (71-76)

Hubungan Perilaku Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo
Oleh : Risnawati (77-84)

Efektifitas Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Asma Bronchiale Di RSUD Kota Kendari
Oleh : Muhaimin Saranani (85-91)

Hubungan Efikasi Diri (*Self Eficacy*) Dengan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Toari Kecamatan Toari Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara

La Ode Saltar
Staf Pengajar Prodi Keperawatan
STIKES Mandala Waluya Kendari

Abstrak

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai peningkatan glukosa darah (hiperglikemia), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin. Diabetes melitus di latarbelakangi oleh kelainan sekresi kerja insulin atau keduanya. WHO memperkirakan bahwa lebih dari 346 juta orang di seluruh dunia mengidap diabetes. Jumlah ini kemungkinan akan lebih dari dua kali lipat pada tahun 2030 tanpa intervensi. Hampir 80% kematian diabetes terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan Efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari Kecamatan Toari Kabupaten Kolaka.

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan desain *Cross Sectional Study*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 77 orang, dengan teknik penarikan sampel secara *simple random sampling* dengan jumlah sampel 59 orang. Analisis statistik untuk mengetahui hubungan dan kekuatan hubungan kedua variabel menggunakan uji chi square dan cramer's.

Hasil uji statistik diperoleh nilai X^2 hitung = 7,135 dengan korelasi sebesar 0,387 yang berarti ada hubungan lemah antara hubungan Efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari.

Saran dalam penelitian ini adalah agar perawat dapat meningkatkan perannya melalui edukasi untuk meningkatkan *self eficacy* dan perilaku perawatan diri diabetes melitus bagi penderita DM maupun keluarga.

Kata Kunci *: Self Eficacy*, **Perilaku perawatan diri, Diabetes melitus, Puskesmas Toari**.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) is a chronic metabolic disorder marked increase in blood glucose (hyperglycemia), due to an imbalance between supply and need insulin. Diabetes mellitus in the wake of the abnormalities of insulin secretion or both. WHO estimates that more than 346 million people worldwide have diabetes. This number is likely to more than double by 2030 without intervention. Almost 80% of diabetes deaths occur in low and middle income countries. The purpose of this study was to determine the relationship of self-efficacy (self eficacy) with self-care behavior of patients with diabetes mellitus in Puskesmas Toari Toari District of Kolaka.

This type of research is an analytic study with cross sectional study design. The population in this study a total of 77 people, with a sampling technique is simple random sampling with a sample of 59 people. Statistical analysis to determine the relationship and the strength of the relationship between the two variables using chi square test and Cramer's.

Statistical test results obtained by the value of X2 count = 7.135 with a correlation of 0.387, which means there is a weak relationship between the relationship of self-efficacy (self eficacy) with self-care behavior of patients with diabetes mellitus in Puskesmas Toari.

Suggestions in this study is that nurses can play an increasing role through education to improve self eficacy and self-care behaviors of diabetes mellitus for patients with diabetes or a family.
Keywords : Self Eficacy, Self-care behavior, Diabetes mellitus, Puskesmas Toari.

PENDAHULUAN

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai peningkatan glukosa darah (hiperglikemia), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin. Diabetes melitus dilatarbelakangi oleh kelainan sekresi kerja insulin atau keduanya. Gejala klinis diabetes mellitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik insulin, meliputi peningkatan pengeluaran urin (poliuria), timbul rasa haus (polidipsia), dan rasa lapar semakin meningkat (polifagia).[1]

WHO memperkirakan bahwa lebih dari 346 juta orang di seluruh dunia mengidap diabetes. Jumlah ini kemungkinan akan lebih dari dua kali lipat pada tahun 2030 tanpa intervensi. Hampir 80% kematian diabetes terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Menurut *National Diabetes Fact Sheet* 2014, total prevalensi diabetes di Amerika tahun 2012 adalah 29,1 juta jiwa (9,3%). Dari data tersebut 21 juta merupakan diabetes yang terdiagnosis dan 8,1 juta jiwa atau 27,8% termasuk kategori diabetes melitus tidak terdiagnosis. *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2012 menyatakan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia sekitar 4,8% dan lebih dari setengah kasus DM (58,8%) adalah diabetes melitus tidak terdiagnosis. Internasional Diabetes Federation (IDF) juga menyatakan bahwa sekitar 382 juta penduduk dunia menderita diabetes melitus pada tahun 2013 dengan kategori diabetes melitus tidak terdiagnosis adalah 46%, diperkirakan prevalensinya akan terus meningkat dan mencapai 592 juta jiwa pada tahun 2035.[2]

Perawatan diri (*self care*) merupakan suatu tindakan individu yang terencana dalam rangka mengendalikan penyakitnya untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraannya.[3] Perilaku perawatan diri yang baik dapat diadaptasi melalui bantuan dan petunjuk dari tenaga kesehatan profesional. Perawatan diri diabetes merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri dan melakukan tindakan perawatan diri diabetes untuk meningkatkan pengontrolan gula darah.[4]

Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa pasien DM yang melakukan perawatan diri Diabetes secara langsung dapat mengendalikan kadar gula darahnya, dengan melakukan perubahan gaya hidup sesuai dengan pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien DM berhubungan dengan perawatan diri diabetes.[5]

Berdasarkan laporan tahunan program Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2013 penyakit Diabetes Melitus 2.768 kasus, sedangkan pada tahun 2014 terdapat 2.768 kasus Diabetes Melitus, dan pada pada tahun 2015 terdapat 3.025 kasus Diabetes Melitus.[6]

Untuk mencegah terjadinya peningkatan dan komplikasi akibat penyakit DM, maka perlu dilakukan upaya pencegahan. Upaya pencegahan ini memerlukan keterlibatan semua pihak untuk mensukseskannya baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga dan pasien itu sendiri. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada penderita DM tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan, dan pengelolaan DM termasuk didalamnya memberi motivasi dan meningkatkan efikasi diri.[7] Efikasi diri membantu seseorang dalam menentukan pilihan, usaha untuk maju, serta kegigihan dan ketekunan dalam mempertahankan tugas-tugas yang mencakup kehidupan mereka.

Efikasi diri adalah keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan prilaku yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkannya.

Efikasi diri mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri dan bertindak.[8]

Data yang di ambil dari dinas kesehatan kabupaten kolaka jumlah pasien DM dari tahun ke tahun terus bertambah, berdasarkan data tersebut pada tahun 2013 jumlah pasien DM di Kabupaten kolaka sebanyak 1.131 kasus, pada tahun 2014 sebanyak 1.254 kasus, dan pada tahun 2015 sebanyak 1.189.Kasus.[6]

Berdasarkan survey awal yang dilakukan oleh penulis di Puskermas Toari terdapat angka kejadian Diabetes Melitus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun yakni pada tahun 2013, jumlah pasien yang menderita DM sebanyak 49 orang, kemudian tahun 2014 jumlah penderita DM sebanyak 71 orang dan Pada tahun 2015 jumlah penderita DM sebanyak 77 orang.

Beberapa pasien diabetes mellitus di wilayah kerja Puskesmas Toari masih menganggap bahwa penyakit diabetes mellitus adalah penyakit keturunan yang sangat sulit untuk disembuhkan sebangian mereka masih berpikiran bahwa minum obat sesuai aturan dan menghindari makanan yang bisa memperburuk penyakitnya, mereka belum yakin bisa dapat menyembuhkan penyakitnya Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh lagi tentang hubungan Efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari.

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan di atas, maka penulis tertarik melakukan penelitian pada masalah ini untuk melihat hubungan efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari Kecamatan Toari Kabupaten Kolaka.

Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *Cross Sectional Study*. Metode penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan self eficacy dengan perilaku perawatan diri pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Toari.

Waktu dan Lokasi Penelitian

1. Waktu Penelitian
   Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 25 Mei sampai dengan 25 Juni Tahun 2016.
2. Lokasi Penelitian
   Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Toari Kecamatan Toari Kabupaten Kolaka Provinsi Sulawesi Tenggara.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Diabetes melitus yang berkunjung di Puskesmas Toari. Jumlah populasi pada penelitian ini berjumlah 77 pasien. Sampel diambil dengan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kepercayaan 95%, dan tingkat error 5% sebanyak 59 responden. Tehnik penarikan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *simple random sampling* yaitu penarikan sampel secara acak sederhana.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel, diketahui bahwa sebagian besar umur responden 41 – 50 tahun yakni 46 perawat (62,2%), dan untuk kategori jenis kelamin terbanyak perempuan yakni 44 orang (74,6%), sebagian besar 27 orang (45,8%) tingkat pendidikan terakhir Sekolah Dasar, dan

pekerjaan terbanyak sebagai swasta sebanyak 21 orang (35,6%). Adapun untuk distribusi reponden berdasarkan Efikas Diri *(Self eficacy*) baik sebanyak 42 orang (71,2%), sedangkan responden yang baik terhadap perilaku perawatan diri sebanyak 38 orang (64,4%).

***Hubungan* Efikasi diri *(Self Eficacy*) dengan Perilaku Perawatan Diri**

Pada tabel diketahui bahwa dari hasil uji statistik diperoleh nilai X^2 hitung = 7,135 dengan korelasi sebesar 0,387 yang berarti ada hubungan lemah antara hubungan Efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari.

PEMBAHASAN

Hubungan Antara Efikasi Diri (self Eficacy) dengan Perawatan Diri Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Toari.

Efikasi diri (*self efficacy*) merupakan suatu keyakinan individu akan kemampuan dirinya untuk melakukan tugas–tugas perawatan diri dan berusaha untuk mencapai tujuannya dengan baik. Secara khusus, efikasi diri pada pasien diabetes dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada keyakinan klien akan kemampuannya untuk mengelolah, merencanakan, memodifikasi perilaku sehingga memiliki kualitas hidup yang baik

Berdasarkan Efikasi Diri *(Self eficacy*) Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Puskesmas Toari menunjukkan bahwa jumlah responden yang Efikasi Diri *(Self eficacy*) baik sebanyak 42 orang (71,2%) dan Efikasi diri *(Self eficacy*) kurang sebanyak 17 orang (28,8%), dari hasil tersebut responden yang kurang Efikasi diri di karenakan sebangian besar responden kurang mampu mengatur minum obat secara teratur.

Hasil penelitian tentang pengaruh efikasi diri pasien DM menunjukkan hasil bahwa terjadi peningkatan skor efikasi diri dan juga perawatan diri setelah responden mendapat pendidikan diabetes selama 2 bulan. Hasil penelitian juga menyimpulkan bahwa ada hubungan yang positif dan signifikan antara efikasi diri dengan perawatan diri. Hal ini menunjukkan semakin baik pengetahuan dan motivasi, akan meningkatkan efikasi diri dan semakin meningkat efikasi diri seseorang maka akan meningkat pula perawatan diri yang dilakukannya.[9]

Penelitian tersebut sejalan dengan teori Pender yang menegaskan bahwa efikasi diri mengacu pada keyakinan seseorang akan kemampuan diri dalam mengatur dan melakukan tindakan/kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan. Menurut efikasi diri, perilaku dipengaruhi oleh proses kognitif melalui masukan dan berbagai sumber informasi efikasi, pengaruh keberhasilan regulasi perilaku dan motivasi untuk melakukan berbagai tugas yang berhubungan dengan perilaku.[8]

Perawatan diri diabetes merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri dan melakukan tindakan perawatan diri diabetes untuk meningkatkan pengontrolan gula darah.

Berdasarkan Perilaku Perawatan Diri diabetes Di Puskesmas Toari menunjukkan bahwa responden yang baik terhadap perilaku perawatan diri sebanyak 38 orang (64,4%) dan responden yang kurang sebanyak 21 orang (35,6%), dari hasil tersebut responden yang kurang perawatan diri di karenakan sebangian besar responden jarang mengeringkan sela-sela jari kaki pada saat setelah mencuci kaki.

Berdasarkan Distribusi hubungan Efikasi diri (Self Eficacy) dengan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Toari menunjukkan bahwa dari 59 responden terdapat 42 responden (71,2%) baik Efikasi diri dan 21 responden (28,8%) yang kurang keyakinan diri, dan yang baik perawatan diri terdapat 38 responden (64,4%), dan yang kurang perawatan diri terdapat 21 responden (35,5%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai X^2 hitung = 7,135 dengan korelasi sebesar 0,387 yang berarti ada hubungan lemah antara hubungan Efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa pasien DM yang melakukan perawatan diri Diabetes secara langsung dapat mengendalikan kadar gula darahnya, dengan melakukan perubahan gaya hidup sesuai dengan pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien DM berhubungan dengan perawatan diri diabetes.[5]

Perawatan diri (*self care*) merupakan suatu tindakan individu yang terencana dalam rangka mengendalikan penyakitnya untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraannya Perilaku perawatan diri yang baik dapat diadaptasi melalui bantuan dan petunjuk dari tenaga kesehatan profesional. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan perawatan diri yang dilakukan dan dikembangkan oleh seseorang dengan menggabungkan keterampilan perawatan diri dan keterampilan dalam proses pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatannya. *self-efficacy* (kemanjuran/keberhasilan diri) atau kepercayan diri seseorang mengenai kemampuan diri untuk mengsukseskan tindakan.[3]

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Bandura menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya. Efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan prilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien DM.[10]

KESIMPULAN

Kesimpulan pada penelitian ini yaitu ada hubungan lemah antara hubungan Efikasi diri (*self eficacy*) dengan perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Toari

SARAN

1. Bagi Instansi Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar dalam melakukan evaluasi dan perbaikan program kesehatan.
2. Bagi peneliti, penelitian ini menjadi wahana pengaplikasian ilmu yang diperoleh selama perkuliahan.
3. Bagi Puskesmas Toari, hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi peningkatan peran petugas dalam program perilaku perawatan diri terhadap pasien diabetes melitus yang datang berobat

DAFTAR PUSTAKA

Price, S. A. dan Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses Proses Penyakit, Edisi 6, Volume 1.* Jakarta: EGC.

International diabetes federation. (2013). *Diabetes atlas*, Diunduh 25 Maret, 2016, dari http://www.idf.org/diabetesatlas.

Orem, D.E. (2001). *Nursing Concept of Practical*. St. Louis: The CV Mosby Company.

Sousa, V. D., & Zauszniewski, J. A. (2005). Toward theory of diabetes self-care management. *The Journal of Theory Contruction & Testing, 9*(2), 61-67.

Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haadrdorfer, R., Kegler, M.C., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effectc of self-care, self-efficay, social support n glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice, 16* (66).

Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara, Laporan tahunan program tahun 2013-2015.

Suyono,S. (2009). *Diabetes melitus di indonesia : buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta Pusat : Internal Publishing

Alligood, M. R. & Tomey, A. M. 2006. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. Missouri : Mosby.

Stipanovic, A.R. (2002). The effects of diabetes education on self-efficacy and self care. Diunduh pada tanggal 05 Februari 2016. http://proquest.umi.com/pqdweb

Bandura, A. (1997). *Self efficacy in changing societies*. New York: Cambrige University Press.

Hubungan Indeks Kepuasan Masyarakat Dengan Kualitas Pelayanan Di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Siti Umrana

Staf Pengajar Prodi DIII Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Data kunjungan pasien di Puskesmas Jati Raya mengalami penurunan sejak tahun 2015 dimana pada bulan Januari tercatat 235 pasien, bulan Februari tercatat 198 pasien dan pada bulan Maret hanya 127 pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan indeks kepuasan masyarakat dengan kualitas pelayanan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari.

Jenis penelitian ini adalah survey analitik dengan desain penelitian *cross sectional study*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang datang berkunjung/berobat di puskesmas Jati Raya Kota Kendari dengan jumlah sampel sebanyak 96 pasien yang diambil menggunakan teknik *simple random sampling.* Pengolahan hasil penelitian menggunakan uji statisti *chi-square* (X2) dan uji alternatif *fisher's exact test* (*p).*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan sedang (*phi* = 0,26) antara Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari.

Disarankan kepada pihak puskesmas agar senantiasa melakukan penambahan fasilitas, sarana, prasarana, pelatihan serta peningkatan kualitas sumber daya manusia yang berjenjang untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

Kata Kunci **: Indeks, Kepuasan, Pelayanan, Jati Raya**

Abstrack

Patient visits in health centers Teak Kingdom decreased since 2015, which in January was 235 patients, 198 patients recorded in February and in March, only 127 patients. This study aims to determine the relationship of community satisfaction index with quality services in health centers Jati Raya Kendari.

This type of research is analytic survey with *cross sectional* study design. The population in this study were all patients who come to visit / treatment in health centers Jati Raya Kendari with a total sample of 96 patients were taken using *simple random sampling technique.* Processing the results of studies using test statisti *chi-square* (X2) and the alternative test *Fisher's exact test (p).*

The results showed that there was a relationship *(phi* = 0.26) between the Community Satisfaction Index (HPI) with the quality of health services at the health center Jati Raya Kendari.

Suggested to the clinic to always perform additional facilities, equipment, infrastructure, training and improving the quality of human resources is tiered to improve service performance.

Keywords : Satisfaction Index, Jati Raya Service

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan yang dikembangkan di suatu wilayah harus dijaga arahnya agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah tersebut. Kriteria sebuah pelayanan kesehatan di suatu wilayah harus jelas, demikian pula dengan tujuan operasionalnya. Kriteria umum sebuah pelayanan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan publik yaitu; pelayanan yang disediakan harus bersifat komprehensif untuk seluruh masyarakat yang ada di suatu wilayah

(*availability*), dilaksanakan secara wajar, tidak melebihi kebutuhan dan daya jangkau masyarakat (*appropriatness*), dilakukan secara berkesinambungan (*continuity*), diupayakan agar dapat diterima oleh masyarakat setempat (*acceptability*), harus terjangkau oleh masyarakat pada umumnya (*affordable*), manajemennya harus efisien, dan harus selalu terjaga mutunya (*quality*) (Muninjaya, 2011).

Bentuk pelayanan yang berkualitas antara konsumen dan pemberi pelayanan *(provider)* disadari sering terjadi perbedaan persepsi. Konsumen mengartikan pelayanan yang berkualitas jika pelayanannya nyaman, menyenangkan dan petugasnya ramah, yang mana secara keseluruhan memberi kesan kepuasan bagi pasien. Sedangkan pemberi pelayanan mengartikan pelayanan yang kualitas jika pelayanan sesuai dengan standar. Adanya perbedaan persepsi tersebut sering menyebabkan keluhan terhadap pelayanan (Azwar, 2010).

Pelayanan kesehatan merupakan faktor penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan setiap insan di seluruh dunia. Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang berkualitas, aman, efisien, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat (Pasal 19 UU No. 36 Tahun 2009). Salah satu upaya tersebut yaitu dengan peningkatan ketersediaan dan pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas di setiap daerah (Bappenas, 2011).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan diberbagai tempat pelayanan khususnya di Puskesmas yakni : Faktor penampilan fisik *(tangible)* yang merupakan perwujudan dari fasilitas fisik yang dimiliki suatu pusat pelayanan kesehatan secara keseluruhan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Selanjutnya adalah faktor kehandalan *(reliability)* yang berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan petugas dalam memberikan pelayanan. Faktor empati *(emphaty),* sebagai kemampuan petugas untuk merasakan masalah kesehatan yang dihadapi pasien. Faktor ketanggapan *(responsiveness),* merupakan aspek kesigapan petugas dalam memberikan pelayanan yang diinginkan pasien. Faktor jaminan *(assurance),* mencakup pengetahuan, kemampuan dan kesopanan petugas dalam memberikan pelayanan sehingga menimbulkan kepercayaan dan keyakinan dalam setiap tindakannya.

Faktor tingkat pendidikan petugas, semakin tinggi pendidikan yang ditempuh oleh seorang petugas, maka semakin baik pengetahuannya sehingga sikap dan tindakan yang dilakukan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat tentunya lebih baik dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang rendah. Faktor yang terakhir adalah masa kerja petugas, masa kerja petugas berhubungan erat dengan pengalaman yang telah diketahui atau yang dikerjakan sebelumnya. sehingga menyebabkan terbentuknya suatu individu yang lebih arif dan bijaksana dalam melakukan tindakan. Ketujuh dimensi tersebut merupakan barometer dalam menilai kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan.

Pada tahun 2013 di Indonesia tercatat 8.931 Puskesmas yang disediakan oleh pemerintah untuk melayani masyarakat dan pada tahun 2014 terjadi peningkatan jumlah penyediaan Puskesmas menjadi 9.599 unit. Sedangkan di Sulawesi Tenggara tercatat pada tahun 2013 jumlah Puskesmas sebanyak 264 unit, 78 diantaranya Puskesmas rawat inap dan pada tahun 2014 menjadi 268 Puskesmas, 79 unit adalah Puskesmas rawat inap (Profil Kesehatan Sultra, 2014).

Sejak pemerintah memberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) pada tanggal 1 Januari 2014 tingkat kunjungan masyarakat ke Puskesmas juga mengalami peningkatan yang cukup drastis yang salah satunya terjadi di Puskesmas Jati Raya merupakan salah satu Puskesmas non perawatan yang bertanggung jawab dalam upaya kesehatan tingkat pertama di wilayah Kecamatan Kadia Kota Kendari. Data kunjungan

pasien pada tahun 2014 adalah 9.121 orang dengan rata-rata kunjungan 760 pasien/bulan. Angka ini kemudian mengalami penurunan sejak tahun 2015 dimana pada bulan Januari tercatat 235 pasien, bulan Februari tercatat 198 pasien dan pada bulan Maret hanya 127 pasien (Puskesmas Jati Raya, 2015). Penurunan jumlah kunjungan masyarakat ke Puskesmas Jati Raya bisa saja disebabkan oleh kondisi kesehatan masyarakat yang semakin membaik akan tetapi di sisi lain penurunan kunjungan masyarakat tersebut dapat pula disebabkan oleh ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas. Adanya ketidakpuasan ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan Puskesmas belum mampu memenuhi harapan masyarakat.

Hasil wawancara dengan beberapa pengunjung di Puskesmas Jati Raya, salah satu pengunjung mengatakan bahwa untuk mendapatkan fasilitas pelayanan gratis di Puskesmas tersebut tidak semudah yang dibayangkannya, hal ini dibuktikan dengan adanya persyaratan diharuskan membawa surat keterangan yang dikeluarkan oleh kelurahan setempat, padahal informasi tersebut belum sepenuhnya disosialisasikan kepada pengunjung baik dalam bentuk pengumuman maupun edaran ke masing-masing RT\RW. Pengunjung lain menceritakan pengalamannya sewaktu menerima pelayanan di Puskesmas Jati Raya, kesiapan tenaga baik administrasi maupun medis sangat kurang sehingga tidak jarang pasien harus menunggu untuk mendapatkan pelayanan. Di samping itu fasilitas yang tersedia seperti ruang tunggu yang kurang nyaman menyebabkan sering kali pasien merasa ditelantarkan.

Puskesmas dalam upayanya meningkatkan pelayanan dan meningkatkan kepuasan pasien perlu mengadakan sistem pengukuran kepuasan pelanggan untuk dapat mengetahui kebutuhan dan harapan pasien mengingat bahwa harapan merupakan standar pembanding untuk menilai kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan. Hasil pengukuran kepuasan pelanggan yang objektif dan akurat dapat membantu Puskesmas dalam merumuskan bentuk pelayanan yang lebih baik (*The Leadership Factor*, 2009). Untuk mengatasi hal di atas perlu dilakukan langkah-langkah yang positif dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan pemberian pelayanan keperawatan yang terintegrasi (fisik, psikologi, sosial spiritual dan edukasi) serta dilaksanakan sesuai dengan standar diharapkan kepuasan pasien akan meningkat dan minat mereka untuk menggunakan jasa pelayanan Puskesmas akan meningkat pula (Sitorus, 2010).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Indeks Kepuasan Masyarakat Dengan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari".

Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah metode survey analitik dengan pendekatan *cross sectional study* dimana peneliti melakukan pengukuran variabel sesaat artinya subyek pengukuran satu kali saja dan pengukuran dilakukan saat pemeriksaan atau pengkajian data. Populasi Pada penelitian adalah semua pasien yang datang berkunjung/berobat di puskesmas Jati Raya Kota Kendari yang pada bulan Maret 2015 sebanyak 127 pasien. Sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *simple random sampling* dimana sampelnya adalah seluruh pasien yang sedang berkunjung saat pengambilan sampel ini.

Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu ukuran deskriptif yang dapat memberikan perbedaan angka kejadian masalah yang dialami. Ada masalah tertentu yang lebih banyak ditemukan pada kelompok wanita ataupun pada kelompok pria saja (Noor, 2002).

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

No	Jenis Kelamin	n	%
1	Laki-laki	51	53,13
2	Perempuan	45	46,88
Jumlah		**96**	**100**

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 96 responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 51 (53,13%) orang dan perempuan sebanyak 45 (46,88%) orang.

b. Umur

Umur adalah lamanya seseorang hidup yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir, umur berkembang sejalan dengan perkembangan biologis alat - alat tubuh dan kematangan intelektual (Nursalam, 2000).

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

No	Umur	n	%
1	20 - 27 tahun	39	40,63
2	28 - 35 tahun	28	29,17
3	36 - 43 tahun	10	10,42
4	44 - 51 tahun	12	12,50
5	52 - 59 tahun	7	7,29
Jumlah		**96**	**100**

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 96 responden yang tertinggi berumur 20 - 27 tahun sebanyak 39 (40,63%) orang dan terendah adalah umur 51 - 59 tahun sebanyak 7 (7,29%) orang.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga sesuai dengan harapan pelaku pendidikan (Notoatmodjo, 2003).

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

No	Pendidikan	n	%
1	SD	6	6,25
2	SMP	12	12,50
3	SMA	38	39,58
4	Diploma	17	17,71
5	S1	23	23,96
Jumlah		**96**	**100**

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel di atas menunjukan bahwa dari 96 responden yang diteliti frekuensi tertinggi memiliki pendidikan SMA sebanyak 38 (39,58%) orang dan yang terendah memiliki pendidikan SD sebanyak 6 (6,25%) orang.

d. Pekerjaan

Pekerjaan secara umum didefinisikan sebagai sebuah kegiatan aktif yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan sebuah karya bernilai imbalan dalam bentuk upah atau uang sehingga dapat menunjang kelangsungan hidup seseorang (Azwar, 2002).

Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

No	Pekerjaan	n	%
1	IRT	19	19,79
2	Petani	7	7,29
3	Swasta	19	19,79
4	Wiraswasta	9	9,38
5	Mahasiswa	19	19,79
6	PNS	23	23,96
Jumlah		**96**	**100**

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel di atas menunjukan bahwa dari 96 responden yang frekuensi pekerjaan tertinggi adalah PNS sebanyak 23 (23,96%) orang dan frekuensi terendah yakni Petani sebanyak 7 (7,29%) orang.

2. Hasil Analisis Univariat

Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yang di teliti yaitu indeks kepuasan masyarakat (IKM) dan kualitas pelayanan. Berikut ini adalah hasil analisa univariat dari kedua variabel tersebut.

a. Indeks Kepuasan Masyarakat

Indeks kepuasan masyarakat merupakan tingkatan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Tabel 5. Distribusi Indeks Kepuasan Masyarakat
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

No	Indeks Kepuasan Masyarakat	n	%
1	Baik	76	79,17
2	Kurang	20	20,83
Jumlah		**96**	**100**

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel di atas menunjukan bahwa indeks kepuasan masyarakat pasien di Puskesmas Jati Raya kota Kendari berdasarkan penilaian responden yang berkategori baik sebanyak 76 (79,17%) orang, sedangkan yang berkategori kurang sebanyak 20 (20,83%) orang.

Adapun distribusi penilaian dari 14 indikator indeks kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil penelitian dapat dilihat pada tabel-tabel berikut :

1) Prosedur pelayanan

Indeks kepuasan masyarakat dalam hal prosedur pelayanan merupakan kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan.

Tabel 6. Distribusi Nilai Prosedur Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Prosedur Pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keterbukaan informasi tentang prosedur pelayanan	8	8.33	56	58.33	12	12.50	20	20.83	0	0
Kejelasan alur prosedur pelayanan	3	3.13	52	54.17	19	19.79	22	22.92	0	0
Kesederhanaan dalam prosedur pelayanan	4	4.17	62	64.58	7	7.29	23	23.96	0	0
Kejelasan informasi tentang penggunaan obat-obatan	11	11.46	45	46.88	11	11.46	29	30.21	0	0
Kemudahan dalam memperoleh obat yang diresepkan	8	8.33	44	45.83	13	13.54	31	32.29	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kesederhanaan prosedur pelayanan dengan kategori puas sebanyak 62 (64,58%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

2) Persyaratan pelayanan

Yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya.

Tabel 7. Distribusi Nilai Persyaratan Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Persyaratan pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keterbukaan mengenai persyaratan pelayanan	9	9.38	51	53.13	16	16.67	20	20.83	0	0
Kemudahan dalam mengurus dan memenuhi persyaratan pelayanan	5	5.21	56	58.33	13	13.54	22	22.92	0	0
Kejelasan mengenai syarat pelayanan	6	6.25	54	56.25	18	18.75	18	18.75	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kemudahan dalam mengurus dan memenuhi persyaratan pelayanan dengan kategori puas sebanyak 56 (58,33%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

3) Kejelasan petugas pelayanan

Yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan, serta kewenangan dan tanggung jawab)

Tabel 8. Distribusi Nilai Kejelasan Petugas Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kejelasan petugas pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kejelasan identitas dan tanggung jawab petugas	10	10.42	42	43.75	20	20.83	24	25.00	0	0
Kemudahan petugas untuk ditemui dan dihubungi	15	15.63	43	44.79	20	20.83	18	18.75	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kemudahan petugas untuk ditemui dan dihubungi dengan kategori puas sebanyak 43 (44,79%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

4) Kedisiplinan petugas pelayanan

Yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku

Tabel 9. Distribusi Nilai Kedisiplinan Petugas Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kedisiplinan petugas pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kredibilitas petugas pelayanan	9	9.38	46	47.92	25	26.04	16	16.67	0	0
Ketepatan waktu petugas dalam menyelesaikan suatu pelayanan	12	12.50	37	38.54	25	26.04	22	22.92	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kredibilitas petugas pelayanan dengan kategori puas sebanyak 46 (47,92%) orang dan tidak ditemukan penilaian kategori tidak puas.

5) Tanggung jawab petugas pelayanan

Merupakan bagian indeks kepuasan masyarakat yang mencakup kejelasan wewenang dan tanggung jawab dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan.

Tabel 10. Distribusi Nilai Tanggung Jawab Petugas Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Tanggung jawab petugas pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kejelasan tanggung jawab petugas pelayanan	4	4.17	42	43.75	29	30.21	21	21.88	0	0
Kepastian tanggung jawab petugas pelayanan	12	12.50	50	52.08	14	14.58	20	20.83	0	0
Keterbukaan tanggung jawab petugas pelayanan	16	16.67	39	40.63	24	25.00	17	17.71	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kepastian tanggung jawab petugas pelayanan dengan kategori puas sebanyak 50 (52,08%) orang.

6) Kemampuan petugas pelayanan

Yaitu tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Tabel 11. Distribusi Nilai Kemampuan Petugas Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kemampuan petugas pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kemampuan fisik petugas	10	10.42	41	42.71	21	21.88	23	23.96	0	0
Kemampuan intelektual petugas pelayanan	9	9.38	53	55.21	17	17.71	18	18.75	0	0
Kemampuan administrasi pelayanan	8	8.33	51	53.13	20	20.83	16	16.67	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam kemampuan intelektual petugas pelayanan dengan kategori puas sebanyak 53 (55,21%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

7) Kecepatan pelayanan

Yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan.

Tabel 12. Distribusi Nilai Kecepatan Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kecepatan pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ketepatan waktu proses pelayanan	15	15.63	42	43.75	22	22.92	17	17.71	0	0
Keterbukaan waktu penyelesaian pelayanan	17	17.71	29	30.21	25	26.04	24	25.00	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal keterbukaan waktu penyelesaian pelayanan dengan kategori puas sebanyak 42 (43,75%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

8) Keadilan mendapatkan pelayanan

Yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani.

Tabel 13. Distribusi Nilai Keadilan Mendapatkan Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kecepatan pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kesamaan perlakuan dalam mendapatkan pelayanan	11	11.46	43	44.79	25	26.04	17	17.71	0	0
Kemerataan jangkauan dalam pelaksanaan pelayanan	11	11.46	41	42.71	24	25.00	19	19.79	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal keterbukaan waktu penyelesaian pelayanan dengan kategori puas sebanyak 43 (44,79%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

9) Kesopanan dan keramahan petugas

Kesopanan dan keramahan petugas pada indikator indeks kepuasan masyarakat adalah sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati.

Tabel 14. Distribusi Nilai Kesopanan dan Keramahaan Petugas Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kesopanan dan keramahan petugas	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kesopanan dan keramahan petugas pelayanan	11	11.46	47	48.96	16	16.67	22	22.92	0	0
Penghormatan dan penghargaan petugas dan masyarakat	9	9.38	43	44.79	16	16.67	28	29.17	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kesopanan dan keramahaan petugas pelayanan dengan kategori puas sebanyak 47 (48,96%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

10) Kewajaran biaya pelayanan

Kewajaran biaya pelayanan yang dimaksud dalam indikator indeks kepuasan masyarakat adalah keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.

Tabel 15. Distribusi Nilai Kewajaran Biaya Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kewajaran biaya pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keterjangkauan biaya pelayanan oleh kemampuan masyarakat	7	7.29	50	52.08	13	13.54	26	27.08	0	0
Kewajaran biaya pelayanan dengan hasil	8	8.33	48	50.00	24	25.00	16	16.67	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal keterjangkauan biaya pelayanan oleh kemampuan masyarakat dengan kategori puas sebanyak 50 (52,08%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

11) Kepastian biaya pelayanan

Yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan oleh masyarakat selku pemakai jasa dengan biaya yang telah ditetapkan oleh pihak puskesmas.

Tabel 16. Distribusi Nilai Kepastian Biaya Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kepastian biaya pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kejelasan rincian biaya pelayanan	12	12.50	37	38.54	27	28.13	20	20.83	0	0
Keterbukaan mengenai rincian biaya pelayanan	4	4.17	50	52.08	24	25.00	18	18.75	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal keterjangkauan keterbukaan mengenai rincian biaya pelayanan dengan kategori puas sebanyak 50 (52,08%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

12) Kepastian jadwal pelayanan

Yaitu pelaksanaan waktu pelayanan yang diberikan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh pihak puskesmas.

Tabel 17. Distribusi Nilai Kepastian Jadwal Pelayanan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kepastian jadwal pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kejelasan jadwal pelayanan	8	8.33	57	59.38	16	16.67	15	15.63	0	0
Kehandalan jadwal pelayanan	8	8.33	47	48.96	21	21.88	20	20.83	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kejelasan rincian biaya pelayanan dengan kategori puas sebanyak 57 (59,38%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

13) Kenyamanan lingkungan

Yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi dan teratur sehingga memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan.

Tabel 18. Distribusi Nilai Kenyamanan Lingkungan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Kenyamanan lingkungan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kebersihan dan kerapihan lingkungan tempat pelayanan	17	17.71	37	38.54	26	27.08	16	17	0	0
Ketersediaan fasilitas pendukung pelayanan	11	11.46	46	47.92	12	12.50	26	11	0	0
Kelengkapan dan kemutakhiran sarana dan prasarana	8	8.33	54	56.25	15	15.63	19	8	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal ketersediaan fasilitas pendukung pelayanan dengan kategori puas sebanyak 54 (56,25%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

14) Keamanan pelayanan

Yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

Tabel 19. Distribusi Nilai Keamanan Pelayanaan Pada Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Keamanan pelayanan	SP		P		CP		KP		TP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keamanan lingkungan pelayanan	8	8.33	49	51.04	19	19.79	20	20.83	0	0
Keamanan dalam menggunakan sarana dan prasarana pelayanan	14	14.58	40	41.67	18	18.75	24	25.00	0	0

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal keamanan lingkungan pelayanan dengan kategori puas sebanyak 49 (51,04%) orang dan tidak ditemukan penilaian dengan kategori tidak puas.

b. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan adalah gambaran umum tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien berdasarkan standar yang telah ditetapkan dengan menggunakan pendekatan dimensi kualitas pelayanan (penampilan fisik, kehandalan, empati, ketanggapan dan jaminan/kepastian).

Tabel 20. Distribusi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

No	Kualitas Pelayanan Kesehatan	n	%
1	Cukup	77	80,21
2	Kurang	19	19,79
Jumlah		**96**	**100**

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel di atas menunjukan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari berdasarkan penilaian responden yang berkategori cukup sebanyak 77 (80,21%) orang, sedangkan yang berkategori kurang sebanyak 19 (19,79%) orang.

Adapun distribusi penilaian dari ke-5 dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang diperoleh dari hasil penelitian dapat dilihat pada tabel-tabel berikut :

1) Dimensi penampilan fisik

Yaitu perwujudan dari fasilitas fisik yang dimiliki suatu pusat pelayanan kesehatan dan penampilan petugas kesehatan secara keseluruhan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Tabel 21. Distribusi Nilai Dimensi Penampilan Fisik
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Dimensi penampilan fisik	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Kondisi puskesmas bersih, rapi dan sudah terasa nyaman	87	90.63	9	9.38
Petugas dalam melakukan tindakan tidak gugup dan ragu-ragu	56	58.33	40	41.67
Obat-obatan yang dibutuhkan selalu tersedia	57	59.38	39	40.63

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal kondisi puskesmas yang bersih, rapi dan terasa nyaman sebanyak 87 (90,63%) orang dan nilai terendah pada keadaan petugas dalam melakukan tindakan tidak gugup dan ragu ragu sebanyak 56 (58,33%) orang.

2) Dimensi kehandalan

Berhubungan dengan kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien di pusat pelayanan kesehatan atau dengan kata lain kehandalan adalah kemampuan petugas untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.

Tabel 22. Distribusi Nilai Dimensi Kehandalan
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Dimensi kehandalan	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Prosedur penerimaan pasien dilakukan cepat dan tepat	45	46.88	51	53.13
Perawat terampil dalam melakukan tindakan	35	36.46	61	63.54
Perawat tidak mempersulit pasien yang datang ke puskesmas	44	45.83	52	54.17

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal prosedur penerimaan pasien dilakukan cepat dan tepat sebanyak 45 (46,88%) orang dan nilai terendah pada keterampilan perawat dalam melakukan tindakan sebanyak 35 (36,46%) orang.

3) Dimensi empati

Yaitu kemampuan dari petugas kesehatan untuk merasakan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien, sehingga petugas dapat mempersepsikan secara akurat perasaan pasien tersebut dan memahami arti masalah kesehatan tersebut bagi pasien.

Tabel 23. Distribusi Nilai Dimensi Empati
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Dimensi empati	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Perawat memberi pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial	44	45.83	52	54.17
Perawat memiliki sikap yang sabar dalam memberikan pelayanan kepada pasien	48	50.00	48	50.00
Perawat mau mendengarkan keluhan pasien dengan seksama	42	43.75	54	56.25

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal perawat memiliki sikap yang sabar dalam memberikan pelayanan kepada pasien sebanyak 48 (50,00%) orang dan nilai terendah pada perawat mau mendengarkan keluhan pasien dengan seksama sebanyak 42 (43,75%) orang.

4) Dimensi ketanggapan

Yaitu ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesigapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang dinginkan.

Tabel 24. Distribusi Nilai Dimensi Ketanggapan
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Dimensi ketanggapan	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti pasien	53	55.21	43	44.79
Perawat senantiasa membantu pasien yang membutuhkan bantuan	54	56.25	42	43.75
Perawat selalu bersikap hormat kepada pasien dan keluarganya	54	56.25	42	43.75

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal perawat senantiasa membantu dan bersikap hormat kepada pasien sebanyak 54 (56,25%) orang dan nilai terendah pada perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien sebanyak 53 (55,21%) orang.

5) Dimensi jaminan/kepastian

Yaitu mencakup pengetahuan, kemampuan dan kesopanan petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien sehingga menimbulkan kepercayaan dan keyakinan dalam setiap tindakan yang diberikan kepada pasien atau dengan kata lain petugas dapat menghilangkan rasa ketidak-percayaan atau keragu-raguan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan yang diberikan.

Tabel 25. Distribusi Nilai Dimensi Jaminan/kepastian
di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Dimensi jaminan/kepastian	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Perawat memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien	55	57.29	41	42.71
Perawat memberikan jaminan keamanan terhadap pelayanan yang diberikan	54	56.25	42	43.75
Perawat memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien	81	84.38	15	15.63

Sumber : Data primer diolah 2015

Tabel diatas menunjukkan bahwa penilaian tertinggi responden adalah dalam hal perawat memiliki kemampuan dalam mengatasimasalah kesehatan yang dialami pasien sebanyak 81 (84,38%) orang dan nilai terendah pada perawat memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien sebanyak 55 (57,29%) orang.

3. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggunakan uji statistik *Chi Square* pada tingkat kepercayaan 95% (α = 0,05) dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 26. Distribusi Hubungan Indeks Kepuasan Masyarakat dengan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari

Indeks Kepuasan Masyarakat	Kualitas Pelayanan Kesehatan				Total		P_{value}	*phi*
	Cukup		Kurang					
	n	%	n	%	n	%		
Baik	65	67,71	11	11,46	76	79,17	0,023	0,26
Kurang	12	12,50	8	8,33	20	20,83		
Total	77	80,21	19	19,79	96	100		

Sumber : Data primer diolah 2015

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 76 responden yang menilai indeks kepuasan masyarakat baik terdapat 11 responden yang menilai kulitas pelayanan kurang sedangkan dari 19 respoden yang menilai indeks kepuasan masyarakat kurang, 12 responden diantaranya merasa cukup dengan kualitas pelayanan kesehatan yang didapatkan.

Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai $P_{Value} = 0,023$ ($p < 0,05$) artinya Ha diterima atau ada hubungan antara indeks kepuasan masyarakat dengan kualitas pelayanan.

PEMBAHASAN

Indeks kepuasan masyarakat (IKM) adalah tingkatan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien yang berasal dari perbandingan antara kesan pelayanan dengan harapan dari pelayanan tersebut.

Hasil penelitian menunjukan bahwa dari 96 responden yang menilai indeks kepuasan masyarakat baik menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan cukup sebanyak 65 (67,71%) responden dan yang menilai indeks kepuasan masyarakat baik tetapi kualitas pelayanan kesehatan kurang sebanyak 11(11,46%) responden sedangkan responden yang menilai indeks kepuasan masyarakat kurang tetapi menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan cukup sebanyak 12 (12,50%) responden, selanjutnya responden yang menilai indeks kepuasan masyarakat kurang menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan kurang sebanyak 8 (8,33%) responden.

Hal ini memberikan gambaran bahwa 65 (67,71%) responden menilai indeks kepuasan masyarakat baik menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan cukup, hal ini disebabkan karena petugas kesehatan yang bertugas di puskesmas Jati Raya Kota Kendari dirasakan telah mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien seperti dalam hal prosedur pelayanan yang sederhana, alur pelayanan yang jelas, kemudahan dalam memperoleh obaobatan yang diresepkan. Petugas tepat waktu dalam menyelesaikan suatu pelayanan sehingga pasien tidak menunggu lama, pasien mendapatkan perlakuan yang samaa sebagai penerima jasa pelayanan, biaya pelayanan yang sesuai dengan kemampuan masyarakat, kejelasan jadwal pelayanan serta kenyamanan dan keamanan dalam menerima pelayanan kesehatan.

Sedangkan 11 (11,46%) responden memberikan penilaian yang berbeda dimana indkes kepuasan masyarakat baik tetapi kualitas pelayanan kesehatan dirasakan masih kurang. Seperti dalam hal ruang tunggu pasien yang terasa sempit, hal ini disebabkan karena letak puskesmas Jati Raya yang strategis sehingga sangat mudah diakses oleh masyarakat baik menggunakan kendaraan

pribadi maupun angkutan umum sehingga dengan jumlah kunjungan puskesmas yang cukup tinggi (30 - 40 orang/hari) menyebabkan sebagian masyarakat merasa kurang nyaman karena ruang tunggu yang tersedia terbatas. Disisi lain status pelayanan puskesmas yang masih sebatas rawat jalan sehingga pasien yang seharusnya masih bisa tertangani harus di rujuk ke rumah sakit.

Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai $P_{Value} < \alpha$ (0,023 < 0,05) artinya Ha diterima atau ada hubungan antara indeks kepuasan masyarakat dengan kualitas pelayanan di puskemas Jati raya Kota Kendari dengan nilai uji koefisien *phi* (0,26) yang berarti memiliki kekuatan hubungan yang sedang.

Asumsi peneliti terkait adanya hubungan variabel tersebut memberikan gambaran bahwa pihak Puskesmas Jati Raya mampu memberikan pelayanan yang cukup baik kepada masyarakat. Hal ini tergambar dari hasil penelitian dalam penilaian indeks kepuasan masyarakat terutama dalam hal kesederhanaan prosedur pelayanan yang dinilai memuaskan oleh 62 (64,8%) responden dan kejelasan jadwal pelayanan sebanyak 57 (59,38%) responden, sedangkan pada penilaian kualitas pelayanan kesehatan dimana kondisi puskesmas yang bersih, rapi dan terasa nyaman diberikan nilai baik oleh 87 (90,62%) responden serta kemampuan perawat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien yang dinilai baik oleh 81 (84,38%) responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Wiwien Simbala (2014) dimana hasil uji Kai-Kuadrat diperoleh nilai $p = 0{,}01 < \alpha$ (0,05) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan indeks kepuasan masyarakat di puskesmas Karombasan Kota Manado.

Untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas Jati Raya diharapkan agar lebih melengkapi fasilitas pendukung pelayanan seperti kemudahan memperoleh obat yang diresepkan yang masih dinilai kurang memuaskan oleh 31 (32,29%) responden sedangkan pada dimensi kualitas pelayanan yang perlu ditingkatkan adalah dalam hal keterampilan perawat dalam melakukan tindakan yang masih dinilai kurang oleh 61 (63,54%) responden.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan sedang ($phi = 0{,}26$) antara Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dengan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Jati Raya Kota Kendari. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi rekomendasi bagi Puskemas agar senantiasa melakukan penambahan fasilitas, sarana, prasarana, pelatihan serta peningkatan kualitas sumber daya manusia yang berjenjang untuk meningkatkan kinerja pelayanan bahkan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

Alimul, Aziz. *Metode Penelitian Kesehatan Dan Teknik Analisa Data,* Surabaya : Salemba Medika. 2010

Azwar, Asrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan Jilid II*. Jakarta : PT. Bina Rupa Aksara. 2010

Bappenas. *Peningkatan Akses Msyarakat Terhadap Kesehatan Yang Berkualitas*. Jakarta, 2011.

Chandra. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. 2011

Depkes RI. *Pembangunan Kesehatan,* Jakarta : Depkes. 2005

Depkes RI. *Riset Bidang Kesehatan Dasar (Pelayanan Kesehatan Dasar) Berdasarkan Provinsi.* 2009 (online), accesed on 20 April 2015, available at http://www.Litbang.depkes.go.id/risbinkes.html

Effendy. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC, 2012.

Irawan, *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo, 2012.

Ishaq mMahandi. *Indeks Kepuasan Masyarakat Pada Instalasi Rawat Jalan di Rumah Sakit Paru Jember*. Jember : Univ. Jember. 2013.

Kamarni Neng. *Analisis Pelayanan Publik Terhadap Masyarakat (Kasus Pelayanan kesehatan di Kabupaten Agam)* Jurnal manajemen dan kewirausahaan volume 2 nomor 3 (ISSN : 2086-5051). Padang : Universitas Andalas. 2011

Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 Tentang Pedoman Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah

Kotler, Philip dan Amstrong. *Manajemen Pemasaran Edisi 11 Jilid 1.* Jakarta : PT Drenhallindo Media Group. 2010

Muninjaya. G.A. *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2011.

Notoatmodjo. *Sumber daya Manusia,* Jakarta : PT. Rhineka Cipta. 2013.

_____. *Metode Penelitian Kesehatan,* Jakarta : PT. Rhineka Cipta. 2010.

Nurba Erlyn. *Analisis Tingkat Kepuasan Pelayanan Publik Pada Puskesmas Loa Janan.* Jurnal eksis vol 8 No 2 (ISSN : 0216 – 6437) Samarainda : Poltekkes Samarinda. 2012

Nursalam. *Manajemen Keperawatan (Aplikasi dan Praktek Keperawatan Profesional)*. Jakarta : Salemba Medika. 2010

Pohan, I.S. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan.* Jakarta : EGC, 2012.

Retnowati Didik. *Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Bringin kabupaten Semarang (Analisis Tingkat Kepuasan Masyarakat)*. Semarang : Universitas Diponegoro. 2008

Sitorus Ratna, *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta : EGC, 2010

STIKES Mandala Waluya. *Penulisan dan Pedoman Penyusunan Proposal Penelitian dan Skripsi (Edisi Ketiga)*. Kendari. 2015

Sugiyono. *Statistika Untuk Penelitian,* cetakan ke-11. Bandung : CV Alfa Beta. 2010

Tanan Lohafri, dkk. *Analisis Tingkat Kepuasan pasien di Puskesmas Bara Permai Kota Palopo.* Jurnal AKK Vol 2 No 3, September 2003 (hal 15-21). Makassar: FKM Unhas. 2013

The Leadership Factor. *The Guide to Costumer Satisfaction Measurement.* 2009

Tjiptono, Fandy. *Manajemen Jasa,* cetakan ketiga. Yogyakarta : Penerbit Andi, 2012

Wijono, *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Kepuasan Pasien.* Surabaya : CV. Duta Prima Airlangga. 2009

Faktor Resiko Kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)* Di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Muhammad Syahwal, Indriana Dewi
Staf Pengajar Prodi DIII Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Jumlah kasus BPH di Provinsi Sulawesi Tenggara untuk tahun 2015 belum diketahui pasti, berdasarkan data awal yang diperoleh dari poliklinik urologi RS. Bhayangkara Kendari periode September - Desember tahun 2015 tercatat 75 (38,65%) kasus BPH dari 194 pasien yang memeriksakan diri sedangkan pada tahun 2016 periode Januari - Maret sebanyak 154 (34,37%) kasus BPH dari 448 pasien yang memeriksakan diri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor resiko kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poliklinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan desain penelitian *cross sectional study*. Populasi dalam penelitian ini semua pasien BPH yang tercatat di Poliklinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari yang pada bulan Januari - Maret 2016 sebanyak 154 pasien. Hasil penelitian diolah menggunakan uji statisti *chi-square* (X^2) dan uji alternatif *fisher's exact test* (*p).*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa riwayat genetik (OR = 4,04), penyakit diabetes mellitus (OR = 4,20), aktifitas seksual (OR = 1,23) sebagai faktor resiko kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.

Disarankan kepada perawat yang bertugas di Poli klinik Urologi agar terus melaksanakan upaya penyuluhan kesehatan kepada penderita BPH dan keluarganya tentang faktor risiko kejadian BPH untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan serta pemahaman mereka tentang faktor risiko BPH.

Kata kunci : *Benigna Prostat Hiperplasia*, Genetik, Diabetes mellitus, Olahraga, Aktifitas seksual, Poli Klinik Urologi

Abstract

Cases of BPH in Southeast Sulawesi Province for 2015 is not yet known for sure, based on preliminary data obtained from urology clinic Bhayangkara hospital Kendari period from September to December recorded 75 (38.65%) of 194 cases of BPH patients while in 2016 the period of January to March of 154 (34.37%) of 448 cases of BPH patients who present. This study aims to determine risk factors for the incidence of benign prostate hyperplasia (BPH) in Urology Polyclinic Bhayangkara Hospitals Kendari.

Type of this research is analytic survey with cross sectional study design. The population in this study all patients with BPH were recorded in the Urology Clinic Bhayangkara Hospitals Kendari which in January - March 2016 as many as 154 patients. Results were analyzed using chi-square test statisti (X^2) and the alternative test Fisher's exact test (p).

These results indicate that the genetic history (OR = 4,04), diabetes mellitus (OR = 4,20), sexual activity (OR = 1,23) as a risk factor for the incidence of benign prostate hyperplasia (BPH) in Poly Clinic Urology Bhayangkara Hospitals Kendari. Suggested to the nurse on duty poly urology clinic doing to improve health education efforts to BPH patients and their families about the risk factors of BPH to provide and improve the knowledge and understanding of risk factors for BPH.

Keywords : Benign Prostate Hiperplasia, Genetic, Diabetes mellitus, sexual and sport activity, Urology

PENDAHULUAN

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat (secara umum pada pria lebih tua dari 50 tahun) sehingga menyebabkan berbagai derajat obstruksi uretral dan pembatasan aliran urin (Hardjowijoto S, 2013).

Penyebab BPH belum diketahui secara pasti, tetapi pembesaran *prostat* adalah salah satu kondisi umum yang dialami laki-laki seiring dengan bertambahnya usia. Penderita yang mengalami BPH biasanya mengalami hambatan pada saluran air seni atau uretra di dekat pintu masuk kandung kemih seolah-olah tercekik akibatnya, timbul rasa nyeri hebat pada perut. Keadaan ini selanjutnya dapat menimbulkan infeksi pada kandung kemih. Jika telah terjadi infeksi, aliran air seni berhenti, untuk mengeluarkan air seni harus menggunakan kateter, yang akibatnya penderita akan mengalami rasa sakit. Dalam kondisi yang lebih parah lagi maka dilakukan pemotongan pada kelenjar prostat (Suwandi, 2007).

Prevalensi kanker prostat di Indonesia tahun 2013 diperkirakan sebanyak 25.012 penderita. Provinsi yang memiliki prevalensi kanker prostat tertinggi adalah D.I. Yogyakarta, Bali, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan yaitu sebesar 0,5‰, untuk estimasi jumlah penderita penyakit kanker prostat terbanyak berada di Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Jawa Tengah. Sedangkan di Provinsi Sulawesi Tenggara tercatat kasus BPH sebanyak 238 penderita (Infodatin, 2015).

Jumlah kasus BPH di Provinsi Sulawesi Tenggara untuk tahun 2015 belum diketahui pasti, berdasarkan data awal yang diperoleh dari poliklinik urologi RS. Bhayangkara Kendari periode September - Desember tercatat 75 (38,65%) kasus BPH dari 194 pasien sedangkan pada tahun 2016 periode Januari - Maret sebanyak 154 (34,37%) kasus BPH dari 448 pasien yang memeriksakan diri (RS. Bhayangkara Kendari, 2016).

Sedangkan dari hasil survei awal yang dilakukan oleh peneliti pada 13 pasien BPH yang memeriksakan diri di poliklinik urologi RS. Bhayangkara Kendari diperoleh gambaran beberapa faktor resiko penyebab BPH seperti faktor genetik dimana 6 orang dari pasien tersebut mempunyai riwayat keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama, 1 orang dengan kebiasaan berganti pasangan diusia mudanya. Selanjutnya 2 pasien BPH mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus dan 4 pasien lainnya mengatakan jarang melakukan olahraga teratur karena terhambat dengan kesibukan pekerjaan kantor.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian *survey analitik* dengan rancangan *case control study* atau membandingkan antara kelompok kasus dengan kelompok control yang dilaksanakan pada tanggal 5 Mei s/d 5 Juni 2016 dengan jumlah sampel 48 orang, yang terdiri dari 24 sampel kasus dan 24 sampel kontrol. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien BPH yang sedang memeriksakan diri di Poliklinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.

HASIL

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan umur

No	Umur	Kasus BPH		Kontrol	
		n	%	n	%
1	31 - 40 tahun	1	4,17	7	29,17
2	41 - 50 tahun	6	25.00	12	50,00
3	51 - 60 tahun	8	33,33	4	16,67
4	> 60 tahun	8	33,33	1	4,17
Jumlah		**24**	**100**	**24**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 48 responden penelitian berdasarkan umur ditemukan frekuensi tertinggi pada sampel kasus dengan usia 51 – 60 tahun dan > 60 tahun masing-masing 8 (33,33%) responden, sedangkan frekuensi terendah didapatkan pada

responden kasus umur 31 - 40 tahun dan responden kontrol umur > 60 tahun masing-masing sebanyak 1 responden (4,17%).

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

No	Pekerjaan	Kasus BPH		Kontrol	
		n	%	n	%
1	PNS	4	16,67	6	25,00
2	Pensiunan PNS	7	29,17	2	8,33
3	Swasta	5	20,83	5	20,83
4	Wiraswasta	4	16,67	3	12,50
5	Petani	4	16,67	7	29,17
6	Nelayan	1	4,17	1	4,17
Jumlah		**24**	**100**	**24**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 48 responden berdasarkan pekerjaan, frekuensi tertinggi adalah pekerjaan sebagai pensiunan PNS pada responden kasus sebanyak 7 responden (29,17%) sedangkan frekuensi terendah adalah pekerjaan nelayan pada reponden kasus dan responden kontrol masing-masing sebanyak 1 responden (4,17%).

2. Analisis Univariat

a. Genetik

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Resiko Genetik di Poliklinik Urologi RS. Bhayangkara Kendari

No	Faktor Resiko Genetik	Kontrol		Kasus BPH	
		n	%	n	%
1	Tidak beresiko	17	70,83	9	37,50
2	Beresiko	7	29,17	15	62,50
Jumlah		**24**	**100**	**24**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 24 responden kasus, berdasarkan faktor genetik, frekuensi tertinggi adalah responden yang beresiko sebanyak 15 responden (62,50%) dan terendah adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 9 responden (37,50%), sedangkan dari 24 responden kontrol, frekuensi tertinggi adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 17 responden (70,83%) dan terendah adalah responden yang beresiko sebanyak 7 responden (29,17%).

b. Penyakit Diabetes Melitus

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Riwayat Diabetes Melitus di Poliklinik Urologi RS. Bhayangkara Kendari

No	Faktor Penyakit Diabetes Melitus	Kontrol		Kasus BPH	
		n	%	n	%
1	Tidak beresiko	18	75,00	10	41,67
2	Beresiko	6	25,00	14	58,33
Jumlah		**24**	**100**	**24**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 24 responden kasus, berdasarkan faktor penyakit diabetes melitus, frekuensi tertinggi adalah responden yang beresiko sebanyak 14 responden (58,33%) dan terendah adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 10 responden (41,67%), sedangkan dari 24 responden kontrol, frekuensi tertinggi adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 18 responden (75.00%) dan terendah adalah responden yang beresiko sebanyak 6 responden (25.00%).

c. **Aktifitas Seksual**

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Aktifitas Seksual di Poliklinik Urologi RS. Bhayangkara Kendari

No	Faktor Aktifitas Seksual	Kontrol		Kasus BPH	
		n	%	n	%
1	Tidak beresiko	16	66,67	8	33,33
2	Beresiko	8	33,33	16	66,67
Jumlah		**24**	**100**	**24**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 24 responden kasus, berdasarkan faktor aktifitas seksual, frekuensi tertinggi adalah responden yang beresiko sebanyak 16 responden (66,67%) dan terendah adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 8 responden (33,33%), sedangkan dari 24 responden kontrol, frekuensi tertinggi adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 16 responden (66,67%) dan terendah adalah responden yang beresiko sebanyak 8 responden (33,33%).

d. **Kebiasaan Olahraga**

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Kebiasaan Olahraga di Poliklinik Urologi RS. Bhayangkara Kendari

No	Kebiasaan Olahraga	Kontrol		Kasus BPH	
		n	%	n	%
1	Tidak beresiko	9	37,50	13	54,17
2	Beresiko	15	62,50	11	45,83
Jumlah		**24**	**100**	**24**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 24 responden kasus, berdasarkan faktor kebiasaan olahraga, frekuensi tertinggi adalah responden yang tidak beresiko sebanyak 13 responden (54,17%) sedangkan dari 24 responden kontrol, frekuensi tertinggi adalah responden yang beresiko sebanyak 15 responden (62,50%).

3. **Analisis Bivariat**

a. **Hubungan Genetik Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari**

Tabel 7. Hubungan Genetik Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Urologi RS. Bhayangkara Kendari

Genetik	Kejadian BPH				Total		P_{value}	OR/CI
	Kontrol		Kasus BPH					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak beresiko	17	35,42	9	18,75	26	54,17	0,04	4.048 Lower (1,21) Upper (13,53)
Beresiko	7	14,58	15	31,25	22	45,83		
Total	24	50,00	24	50,00	48	100		

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 48 responden terdapat 24 responden kasus dan 24 responden kontrol. Jumlah responden yang beresiko dari segi genetik lebih banyak pada kelompok kasus yaitu 15 (31,25%) responden dibanding pada kelompok kontrol yaitu 7 (14,58%) responden. Sedangkan untuk yang responden tidak beresiko

lebih banyak ditemukan pada kontrol yaitu 17 (35,42%) responden dibanding kelompok kasus yaitu 9 (18,75%) responden.

Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai P sebesar 0,04 (P_{value} < 0,05) artinya Ha diterima atau ada hubungan genetik dengan kejadian BPH.

b. Hubungan Penyakit Diabetes Melitus Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Tabel 8. Hubungan Penyakit Diabetes Melitus Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Urologi RS. Bhayangkara Kendari

Penyakit Diabetes Melitus	Kejadian BPH				Total		P_{value}	OR/CI
	Kontrol		Kasus BPH					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak beresiko	18	37,50	10	20,83	28	58,33	0,03	4,20 Lower (1,22) Upper (14,36)
Beresiko	6	12,50	14	29,17	20	41,67		
Total	24	50,00	24	50,00	48	100		

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 48 responden terdapat 24 responden kasus dan 24 responden kontrol. Jumlah responden yang beresiko dari segi penyakit diabetes melitus lebih banyak pada kelompok kasus yaitu 14 (29,17%) responden dibanding pada kelompok kontrol yaitu 6 (12,50%) responden. Sedangkan untuk yang responden tidak beresiko lebih banyak ditemukan pada kontrol yaitu 18 (37,50%) responden dibanding kelompok kasus yaitu 10 (20,83%) responden.

Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai P sebesar 0,03 (P_{value} < 0,05) artinya Ha diterima atau ada hubungan penyakit diabetes melitus dengan kejadian BPH.

c. Hubungan Aktifitas Seksual Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Tabel 8. Hubungan Aktifitas Seksual Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Urologi RS. Bhayangkara Kendari

Aktifitas Seksual	Kejadian BPH				Total		P_{value}	OR/CI
	Kontrol		Kasus BPH					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak beresiko	16	66,67	8	33,33	24	50,00	0,04	1,23 Lower (0,34) Upper (4,42)
Beresiko	8	33,33	16	66,67	24	50,00		
Total	24	50,00	24	50,00	48	100		

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 48 responden terdapat 24 responden kasus dan 24 responden kontrol. Jumlah responden yang beresiko dari segi aktifitas seksual lebih banyak pada kelompok kasus yaitu 16 (66,67%) responden dibanding pada kelompok kontrol yaitu 8 (33,33%) responden. Sedangkan untuk responden yang tidak beresiko lebih banyak ditemukan pada kelompok kontrol yaitu 16 (66,67%) responden dibanding kelompok kasus yaitu 8 (33,33%) responden.

Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai P sebesar 0,04 (P_{value} < 0,05) artinya Ha diterima atau ada hubungan aktifitas seksual dengan kejadian BPH.

d. Hubungan Olahraga Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Tabel 9. Hubungan Kebiasaan Olahraga Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Urologi RS. Bhayangkara Kendari

Olahraga	Kejadian BPH				Total		P_{value}	OR/CI
	Kontrol		Kasus BPH					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak beresiko	9	18,75	13	27,08	22	45,83	0,38	0,50 Lower (0,16) Upper (1,60)
Beresiko	15	31,25	11	22,92	26	54,17		
Total	24	50,00	24	50,00	48	100		

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 48 responden terdapat 24 responden kasus dan 24 responden kontrol. Jumlah responden yang beresiko dari segi olahraga lebih banyak pada kelompok kontrol yaitu 15 (31,25%) responden dibanding pada kelompok kasus yaitu 11 (22,92%) responden. Sedangkan untuk yang responden tidak beresiko lebih banyak ditemukan pada kasus yaitu 13 (27,08%) responden dibanding kelompok kontrol yaitu 9 (18,75%) responden.

Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai P sebesar 0,38 ($P_{value} > 0,05$) artinya Ho diterima atau tidak ada hubungan olahraga dengan kejadian BPH.

PEMBAHASAN

Faktor Resiko Genetik Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 7 (14,58%) responden yang beresiko dari segi faktor genetik tetapi tidak menderita BPH, hal tersebut dapat saja terjadi disebabkan karena faktor genetik bukanlah menjadi faktor tunggal pada penderita BPH. Hal ini didasarkan pada penelusuran literatur ditemukan bahwa pada dasarnya kejadian BPH disebabkan oleh beberapa faktor lain seperti : Kadar hormonal, usia Ras, Obesitas, pola diet, aktifitas seksual, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, aktifitas olahraga dan adanya penyakit diabetes mellitus.

Sedangkan pada 9 (18,75%) responden yang tidak beresiko akan tetapi dinyatakan sebagai penderita BPH hal ini disebabkan karena berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (Darah dan Urine) ditemukan nilai yang mulai meningkat akan tetapi belum dikategorikan sebagai nilai yang abnormal. Sebagaimana diketahui bahwa untuk menegakkan diagnosa pasien sebagai penderita BPH harus ditunjang oleh hasil pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar kreatinin serum, elektrolit (Natrium dan Kalium), substansi PSA *(Prostate Spesific Antigen*) dan pemeriksaan urine (sedimen dan kultur). Tanda dan gejala lain yang ditemukan pada pasien tersebut berupa kesulitan berkemih mulai dirasakan beberapa minggu terakhir, pancaran miksi yang lemah dan intermiten, adanya nyeri pinggang yang disertai demam. Sehingga dapat disimpulkan bahwa saat dilakukan penelitian pada 9 (18,75%) responden tersebut secara medis belum terdiagnosa sebagai penderita BPH akan tetapi tanda dan gejala yang ditemukan mengarah kuat pada kasus BPH.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 4,04 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,210 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 13,538. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain genetik merupakan faktor risiko kejadian BPH. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki riwayat genetik penderita BPH memiliki risiko sebesar 4.04 kali lebih besar untuk menderita penyakit BPH.

Faktor Resiko Penyakit Diabetes Melitus Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 6 (12,50%) responden yang beresiko dari segi faktor penyakit diabetes melitus tetapi tidak menderita BPH. Meskipun berdasarkan hasil pemeriksaan GDS (Gula darah sewaktu) menunjukkan angka >200mg/dl akan tetapi hal tersebut tidak sepenuhnya dapat dijadikan dasar untuk menegakkan diagnosa BPH. Meskipun diketahui bahwa kadar glukosa dalam darah yang berlebihan akan menyebabkan darah mengental sehingga menyebabkan beberapa organ vital seperti ginjal bekerja lebih keras dari biasanya tetapi responden tersebut merupakan pasien yang baru pertama kali melakukan *check-up* di poli klinik RS. Bhayangkara Kendari sehingga kadar glukosa darahnya masih dalam tahap pemantauan.

Sedangkan pada 10 (20,83%) responden yang tidak beresiko dari segi penyakit diabetes mellitus tetapi dinyatakan sebagai penderita BPH hal ini didasarkan pada hasil pemeriksaan GDS (Gula darah sewaktu) menunjukkan angka < 200mg/dl. Disisi lain perlu pula dipahami bahwa faktor penyakit diabetes melitus bukanlah menjadi faktor utama pada penderita BPH, beberapa faktor lain seperti : Kadar hormonal, usia Ras, Obesitas, pola diet, aktifitas seksual, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, aktifitas olahraga dan adanya riwayat genetik dapat menjadi penyebab seseoarang menderita BPH akan tetapi diantara beberapa faktor tersebut tidak menjadi variabel penelitian ini.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 4,20 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,228 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 14,365. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain penyakit diabetes melitus merupakan faktor risiko kejadian BPH. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang pernah menderita diabetes melitus memiliki risiko sebesar 4,20 kali lebih besar untuk menderita penyakit BPH.

Faktor Resiko Aktifitas Seksual Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 8 (66,67%) responden yang beresiko dari segi aktifitas seksual tetapi tidak menderita BPH hal tersebut disebabkan oleh keterbukaan informasi dari responden meskipun aktifitas seksual merupakan hal yang bersifat privasi seperti dalam hal kebersihan saat melakukan hubungan seksual, kebiasaan berhubungan seksual dalam seminggu, adanya kebiasaan berganti-ganti pasangan pada responden, namun dalam menjawab kuisioner responden menyesuaikan dengan yang kondisi sebenarnya.

Sedangkan pada 8 (66,67%) responden yang tidak beresiko dari segi aktifitas seksual tetapi dinyatakan sebagai penderita BPH. Hal ini didasarkan pada hasil pengisian kuisioner yang menyatakan bahwa responden tersebut sehari-harinya menggunakan sumber air yang telah sesuai dengan syarat kesehatan, senantiasa melaksanakan *personal higyene* dengan baik serta tidak mempunyai kebiasaan berganti-ganti pasangan. Akan tetapi dalam penelusuran riwayat keluarga ditemukan bahwa pada generasi sebelumya (orang tua) responden juga menderita penyakit BPH dan pada sebagian responden lainnya ditemukan riwayat penyakit diabetes mellitus yang telah berlangsung sejak lama.

Bermaknanya hasil penelitian ini mendukung hipotesis bahwa laki-laki dengan aktifitas seksual tinggi memiliki risiko besar untuk terkena BPH. Dengan bertambahnya usia, produksi hormon testosteron berkurang. Mulai usia 50 tahun berkurang 50 % dibandingkan pada waktu pubertas dan paling rendah pada usia 80 tahun. Produksi yang kurang akan menimbulkan keluhan tonus otot melemah sehingga keinginan untuk melakukan aktivitas seksual berkurang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 1,23 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,205 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 13,283. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain aktifitas seksual merupakan faktor risiko kejadian BPH. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang aktifitas seksualnya kurang baik memiliki risiko sebesar 1,23 kali lebih besar untuk menderita penyakit BPH.

Faktor Resiko Kebiasaan Olahraga Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa meskipun pada dasarnya pria yang tetap aktif berolahraga secara teratur, berpeluang lebih sedikit mengalami gangguan prostat, termasuk BPH. Dengan aktif olahraga, kadar dihidrotestosteron dapat diturunkan sehingga dapat memperkecil risiko gangguan prostat. Selain itu, olahraga akan mengontrol berat badan agar otot lunak yang melingkari prostat tetap stabil. Akan tetapi jika disesuaikan dengan pengakuan responden berdasarkan kuisioner penelitian untuk melihat lebih detail seberapa kali responden berolahraga dalam seminggu dan waktu yang dibutuhkan dalam berolahraga sehingga memungkinkan adanya bias informasi dimana responden melakukan perkiraan yang tidak tepat dalam menentukan berapa kali berolahraga dalam seminggu dan durasi (menit) dalam melakukan olahraga.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 0,50 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 0,160 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 1,607. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan tidak bermakna atau dengan kata lain kebiasaan olahraga bukan merupakan faktor risiko kejadian BPH. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rizki Amalia (2007) yang menyatakan bahwa aktifitas berolahraga tidak mutlak dapat mencegah seseorang menderita penyakit BPH.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian tentang faktor resiko kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari mulai tanggal 5 Mei s/d 5 Juni 2016 dengan jumlah sampel 48 orang, yang terdiri dari 24 sampel kasus dan 24 sampel kontrol, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Faktor genetik memiliki resiko 4,04 kali terhadap kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.
2. Faktor penyakit diabetes melitus memiliki resiko 4,20 kali terhadap kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.
3. Faktor aktifitas seksual memiliki resiko 1,23 kali terhadap kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.
4. Faktor kebiasaan olahraga bukan merupakan faktor resiko kejadian *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Poli Klinik Urologi Rumah Sakit Bhayangkara Kendari.

SARAN

Disarankan kepada perawat yang bertugas di poli klinik urologi RS. Bhayangkara Kendari, agar melaksanakan penyuluhan kesehatan kepada penderita BPH dan keluarganya tentang faktor risiko kejadian BPH untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan serta pemahaman mereka tentang faktor risiko BPH yang dapat menyebabkan dan memperparah penyakit BPH yang mereka derita.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia Rizki. *Faktor-faktor Resiko Terjadinya Pembesaran Prostat Jinak.* Tesis Pasca Sarjana UNDIP. 2007.

Badaredo, dkk. *Ancaman Penyakit Prostat Pada Masyarakat.* Jakarta : Salemba Medika. 2007

Bridge Sophie Bain. Obesity and Diabetes Increase Risk For BPH : Presented at AUA. Atlanta, GA. 2007. URL : http://www.docguide.com.

Chandra. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. 2011

Depkes RI. *Pembangunan Kesehatan,* Jakarta : Depkes. 2005

Depkes RI. *Riset Bidang Kesehatan Dasar (Pelayanan Kesehatan Dasar) Berdasarkan Provinsi.* 2009 (online), http://www.Litbang.depkes.go.id/risbinkes.html

Gass R. BPH : The opposite effects of alcohol and coffe intake. BJU Internasional, 90, 649-654. 2012

Guess. Epidemiology and Natural History of Benign Prostatic Hiperplasia. Urological clinic of north America, volume 22, no 2. Mei. 2015.

Hardjowijoto S, dkk. Panduan Penatalaksanaan (Guidelines) Benign Prostatic Hiperplasia (BPH) di Indonesia. Surabaya : Ikatan Ahli Urologi Indonesia. 2013

Hamawi. *Panduan Penanganan Kasus Prostat*, Jakarta : EGC. 2014.

Kemenkes RI. *Pusat data dan Informasi*. 2015

National Kidney. *Life style causes risk factor to Prostate Cases.* International Jurnal Published. 2007

Notoatmodjo. *Metode Penelitian Kesehatan,* Jakarta : PT. Rhineka Cipta. 2010.

Nursalam. *Manajemen Keperawatan (Aplikasi dan Praktek Keperawatan Profesional)*. Jakarta : Salemba Medika. 2008

Price & Wilson. *Patofisiologi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. 2015.

Purnomo. *Epidesmiologi penyakit Infeksi Saluran Kemih dan Penangananny*. Jakarta : CV. Bina Medika. 2011

Rahardjo D. Prostat: Kelainan-kelainan jinak, diagnosis dan penanganan. 1st ed. Jakarta: Asian Medical ; 2009.

Risnawati. *Faktor Resiko BPH di Masyarakat Perkotaan.* Makassar. 2009

Rumah Sakit Bhayangkara Kendari. *Profil RS dan Rekam Medik.* 2016

Roehborn, Calus G, McConnell, John D. Etiology, Pathophysiology, and Natural History of Benign prostatic hyperplasia. In : Campbell's Urology. 8th ed. W.B. Saunders ; 2002. p. 1297-1330

STIKES Mandala Waluya. *Penulisan dan Pedoman Penyusunan Proposal Penelitian dan Skripsi (Edisi Ketiga)*. Kendari. 2015

Sjamsuhidajat, R. Wim de Jong. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 2*. Jakarta: EGC. 2014

Sugiyono. *Statistika Untuk Penelitian,* cetakan ke-11. Bandung : CV Alfa Beta. 2010

Suwandi Sugandi. Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Prostat serta Kontrol Hormonal terhadap Fungsi Prostat. 2007. URL : http://www.urologi.or.id.

Yatim F. Pengobatan terhadap penyakit usia senja, andropause dan kelainan ginjal. Jakarta : Pustaka Populer Obor. 2014

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

Aluddin
Staf Pengajar Prodi DIII Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Berdasarkan data di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko dari hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa keluarga yang mempunyai lansia di wilayah kerja puskesmas Binongkomenyatakan bahwa keluarga menghabiskan waktunya untuk bekerja di luar rumah. Mereka membiarkan lansia tinggal di rumah sendirian, sehingga kemauan memberikan dukungan atau perawatan kepada lansia masih kurang.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga (dukungan informatif, dukungan instrumental, dukungan emosional dan dukungan penghargaan) dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di wilayah kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

Jenis penelitian ini adalah survey analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Dimana penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 6 Juni sampai 8 Juli di wilayah kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013. Besar populasi adalah 283 orang responden, dengan teknik penarikan sampel menggunakan *teknik stratified random sampling,* dengan jumlah sampel 38 orang responden.

Berdasarkan hasil analisis uji statistik diperoleh bahwa ada hubungan sedang antara dukungan informatifdengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013. Ada hubungan sedang antara dukungan instrumentaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013. Ada hubungan kuat antara dukungan emosionaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013. Ada hubungan sedang antara dukungan penghargaandengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

Saran hendaknya keluarga selalu memberikan dukungan dan perhatian kepada lansia kerana dukungan dan perhatian dari keluarga akan menigkatkan kemandirian lansia dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Kemandirian Lansia, Aktivitas Sehari-hari, Puskesmas Binongko

Abstrack

Based on the data in the Work Area Health Center Binongko from interviews conducted with families who have elderly health centers in the region of Binongko, 228 elderly people or 70% of families spend their time outside the home. They let the elderly live at home alone, so a willingness to provide support or care to the elderly is still lacking.

This studyaims to determine the relationship between family support (informative support, instrumental support, emotional support and support awards) premiseselderly independencein fulfillingtheir daily activities at the Public Health Binongko Districtin 2013.

This research is analytic survey with cross-sectional approach. Where this study was conducted on June 6 to July 8 at the Public Health Binongko District in 2013. Is a large population of 283 respondents, the sampling technique using stratified random sampling technique, with a sample of 38 respondents.

Based on the statistical analysis of the results obtained that there are relationships between the informative support the independence ofthe elderly in the Work Area Health Center District Binongkoin 2013. There are relationships between instrumental support to elderly independence in the Work Area Health Center Binongko districtin 2013. There is astrong relationship between emotional support to the independence ofthe elderly in the Work Area Health Center Binongko districtin 2013. There are relationships between the independent elderly awards support Working Area Health Centerin District Binongko in 2013.

Suggestions family should always provide support and care to the elderly because the support and attention of families will boost the independence of the elderly in meeting the needs ofits activity.

Keywords : Family Support, Independence of the Elderly, Daily Activities, Community Health Center Binongko

PENDAHULUAN

Menurut *World Health Organization*(WHO) lanjut usia meliputi usia pertengahan (*middle age)* yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun, usia lanjut (*elderly*) ialah kelompok usia 60 sampai 74 tahun, usia lanjut tua (*old*) kelompok usia 75 sampai 90 tahun, usia sangat tua (*very old*) ialah kelompok usia diatas 90 tahun. Menurut Nugroho , yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 65 tahun keatas (Azizah, 2011).

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antar anggota keluarga dengan adanya hubungan timbal balik, umpan balik dan keterlibatan emosional. Selain itu dukungan dari keluarga dapat memberikan kekuatan satu sama lain dan kemampuan anggota keluarga menciptakan suasana saling memiliki, untuk memenuhi kebutuhan pada perkembangan keluarga lanjut usia (kuntjoro 2006).

Lanjut usia (lansia) mengalami penurunan fungsi fisik dan mental, sehingga mereka mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan aktivitas sehari-hari ada dua yaitu faktor internal dan faktor eskternal. Faktor internal antara lain kondisi fisik, kapasitas mental, status mental, penerimaan terhadap fungsi anggota tubuh. Faktor eskternal yaitu dukungan keluarga. Dukungan keluarga adalah dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga berupa dukungan instrumental(memfasilitasi), informatif (nasehat, saran), emosional (perhatian) dan penghargaan (pujian) (kuntjoro, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rini Bekti Triswandari (2008) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di Wilayah Kerja Puskesmas Mojolangu Malang didapatkan dukungan instrumental 73%, dukungan informatif 73%, dukungan penghargaan 75%, dan dukungan emosional 71%. Jadi, berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di Wilayah kerja Puskesmas Mojolangu Malang. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu jenis dukungan keluarga yang terbanyak adalah dukungan penghargaan. Lansia sebagian besar yaitu sebanyak 64.1 % adalah mandiri dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari.

Keluarga sebagai ujung tombak perawatan bagi anggota keluarganya terutama lansia. Penurunan fisik pada lansia mempengaruhi kemandirian lansia dalam aktivitas sehari-hari. Disini dukungan keluarga sangat diperlukan agar lansia dapat mempertahankan kemandiriannya atau tidak tergantung kepada orang lain.

Di era globalisasi ini banyak keluarga yang disibukkan oleh pekerjaan mereka masing-masing. Meningkatnya kebutuhan ekonomi membuat semua anggota keluarga bekerja diluar rumah, selain itu juga terjadi perkembangan keluarga yang secara fisik mengarah ke bentuk keluarga kecil. Hal ini menyebabkan keluarga yang mempunyai lansia kurang memperhatikan atau memberi dukungan kepada lansia.

Wilayah kerja Puskesmas Binongko meliputi dua kelurahan yaitu Palahidu dan Rukuwa. Dari data yang diambil dari Kelurahan Palahidu Dan Kelurahan Rukuwa di wilayah kerja Puskesmas Binongko didapatkan jumlah lansia sebanyak 325 lansia dari jumlah penduduk 3.738 jiwa. Penyakit terbanyak yang diderita oleh lansia di wilayah kerja puskesmas Binongko yaitu Hipertensi dan Mialgia. Lanjut usia (lansia) yang tinggal dengan keluarga 283 lansia atau 87% dan sisanya 42 lansia atau 13% tinggal sendiri. Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa keluarga yang mempunyai lansia di wilayah kerja puskesmas Binongko menyatakan bahwa keluarga menghabiskan waktunya untuk bekerja di luar rumah. Mereka membiarkan lansia tinggal di rumah sendirian, sehingga kemauan memberikan dukungan / perawatan kepada lansia masih kurang.

Kondisi umum lanjut usia (lansia) yang tinggal bersama keluarga menunjukkan keluarga memegang peranan penting pada kehidupan orang lanjut usia, apalagi bila orang lanjut usia tersebut mengalami berbagai gangguan fungsi fisik dan mental. Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Haridi Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013".

METODE

Penelitian ini merupakan metode penelitian survey analitik dengan menggunakan pendekatan *crosssectional*, dimana variabel independent dan variabel dependent diukur pada suatu waktu secara bersamaan. Variabel independent dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga dan variabel dependent adalah kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari. Kedua variabel diteliti dengan menggunakan kuisioner dalam waktu bersamaan.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013 dengan jumlah sampel sebanyak 38 responden. Penelitian ini merupakan penelitian korelasi melalui kuesioner sebagai instrumennya serta pengumpulan data terhadap 38 responden. Analisis hasil penelitian ini di bagi atas analisis karakteristik respoden dan karakteristik variabel penelitian. Untuk lebih jelasnnya di uraikan sebagai berikut :

1. **Karakteristik Responden**

   a. **Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Keluarga**

Tabel 3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Umur Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Umur Keluarga	Jumlah	% (Persentase)
1.	20 – 29	13	34,2
2.	30 – 39	20	52,6
3.	40 – 49	5	13,2
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Berdasarkan tabel 3 diatas, diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan usia dari 38 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko yaitu golongan umur 20 – 29 tahun sebanyak 13 responden (34,2%), golongan umur 30 – 39 tahun sebanyak 20 responden (52,6%), golongan umur 40 – 49 tahun sebanyak 5 responden (13,2%).

   b. **Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

Tabel 4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Jenis Kelamin Keluarga	Jumlah	% (Persentase)
1.	Laki-laki	13	34,2
2.	Perempuan	25	65,8
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Berdasarkan tabel 4 di atas, diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dari 38 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko yaitu, jenis kelamin laki-laki sebanyak 13 orang (34,2%) responden dan jenis kelamin perempuan sebanyak 25 orang (65,8%) responden.

   c. **Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Tabel 5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	% (Persentase)
1.	TidakSekolah	7	18,4
2.	SD	9	23,7
3.	SMP	4	10,5
4.	SMA	13	34,2
5.	Sarjana	5	13,2
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Berdasarkan tabel 5 di atas, diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan dari 38 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan

Binongko yaitu, tidak sekolah sebanyak 7 responden (18,4%), SD sebanyak 9 responden (23,7%),SMP sebanyak 4 responden (10,5%), SMA sebanyak 13 responden (34,2%) dan Sarjana sebanyak 5 responden (13,2).

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Pekerjaan	Jumlah	% (Persentase)
1.	Nelayan	2	5,3
2.	Tukang Besi	19	50,0
3.	Petani	5	13,2
4	Wiraswasta	7	18,4
5	PNS	5	13,2
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Berdasarkan tabel 6 di atas, diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan dari 38 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko yaitu, nelayan sebanyak 2 responden (5,3%), tukang besi sebanyak 19 responden (50,0%), petani sebanyak 5 responden (13,2%), wiraswasta sebanyak 7 responden (18,4%)dan PNS sebanyak 5 responden (13,2%).

e. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Lansia

Tabel 7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Umur Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Umur Lansia	Jumlah	% (Persentase)
1.	65 – 73	10	26,3
2.	74 – 83	25	65,8
3.	84 – 90	3	7,9
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Berdasarkan tabel 7 di atas, diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat umur dari 38 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko yaitu, umur 65 – 73 sebanyak 10 responden (26,3%), umur 74 - 83 sebanyak 25 responden (65,8%), umur 84 - 90 sebanyak 3 responden (7,9%).

f. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Lansia

Tabel 8

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Jenis Kelamin	Jumlah	% (Persentase)
1.	Laki-laki	16	42,1
2.	Perempuan	22	57,9
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Berdasarkan tabel 8 di atas, diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dari 38 responden di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko yaitu, laki-laki sebanyak 16 responden (42,1%)dan perempuan sebanyak 22 responden (57,9%).

2. Variabel Penelitian

a. Analisis Univariat

Pada penelitian ini variabel yang di ukur adalah dukungan informatif, dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan kemandirian lansia. Berikut ini akan diuraikan masing-masing variabel dalam bentuk tabel sebagai berikut :

1) Dukungan Informatif

Pada data tentang dukungan informatif responden di bagi dalam 2 kategori, yaitu dikatakan baik dengan kriteria ≥ 50% dan kurang dengan kriteria < 50%. Untuk mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan informatif dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 9

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Informatif Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Dukungan Informatif	Jumlah (n)	% (Persentase)
1.	Baik	15	39.5
2.	Kurang	23	60.5
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 9 diatas menunjukkan bahwa dari 38 responden yang mempunyai dukungan informatif baik sebanyak 15 responden (39.5%) dan yang memiliki dukungan informatif kurang sebanyak 23 responden (60.5%).

2) Dukungan Instrumental

Pada data tentang dukungan instrumental responden di bagi dalam 2 kategori, yaitu dikatakan baik dengan kriteria ≥ 50% dan kurang dengan kriteria < 50%. Untuk mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan instrumental dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 10

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Instrumental Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Dukungan Instrumental	Jumlah (n)	% (Persentase)
1.	Baik	17	44.7
2.	Kurang	21	55.3
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 10 diatas menunjukkan bahwa dari 38 responden yang mempunyai dukungan instrumental baik sebanyak 17 responden (44,7%) dan yang memiliki dukungan instrumental kurang sebanyak 21 responden (55,3%).

3) Dukungan Emosional

Pada data tentang dukungan emosional responden di bagi dalam 2 kategori, yaitu dikatakan baik dengan kriteria ≥ 50% dan kurang dengan kriteria < 50%. Untuk mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan emosional dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 11

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Emosional Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Dukungan Emosional	Jumlah (n)	% (Persentase)
1.	Baik	16	42.1
2.	Kurang	22	57.9
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 11 diatas menunjukkan bahwa dari 38 responden yang mempunyai dukungan emosional baik sebanyak 16 responden (42,1%) dan yang memiliki dukungan emosional kurang sebanyak 22 responden (57,9%).

4) Dukungan Penghargaan

Pada data tentang dukungan penghargaan responden di bagi dalam 2 kategori, yaitu dikatakan baik dengan kriteria ≥ 50% dan kurang dengan kriteria < 50%. Untuk mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan penghargaan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 12

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Penghargaan Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Dukungan Penghargaan	Jumlah (n)	% (Persentase)
1.	Baik	17	44.7
2.	Kurang	21	55.3
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 12 diatas menunjukkan bahwa dari 38 responden yang mempunyai dukungan penghargaan baik sebanyak 17 responden (44,7%) dan yang memiliki dukungan penghargaan kurang sebanyak 21 responden (55,3%).

5) Kemandirian Lansia

Pada data tentang kemandirian lansia responden di bagi dalam 2 kategori, yaitu dikatakan mandiri dengan kriteria nilai 6 dan ketergantungan dengan kriteria nilai < 6%. Untuk mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan kemandirian lansia dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 13
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

No	Kemandirian Lansia	Jumlah (n)	% (Persentase)
1.	Mandiri	13	34.2
2.	Ketergantungan	25	65.8
Total		38	100

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 13 diatas menunjukkan bahwa dari 38 responden yang mandiri sebanyak 13 responden (34,2%) dan yang ketergantungan sebanyak 25 responden (65,8%).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (dukungan informatif, dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan penghargaan) dengan variabel terikat (kemandirian lansia).

1) Hubungan Dukungan Informatif Dengan Kemandirian Lansia

Tabel 14
Hubungan Dukungan Informatif Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

Dukungan Informatif	Kemandirian Lansia				Jumlah		Uji Chi-Square
	Mandiri		Ketergantungan				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	9	23,7	6	15,8	15	39,5	**X^2 Hit =7,323 Phi = 0,43**
Kurang	4	10,5	19	50,0	23	60,5	
Total	13	34,2	25	65,8	38	100	

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 14 di atas menunjukan bahwa responden yang memiliki dukungan informatif baik dan mandiri sebanyak 9 responden (23,7%) dan yang memiliki dukungan informatif baik tetapi ketergantungansebanyak6 responden (15,8%). Sedangkan yang memiliki dukungan informatif kurang dan mandiri sebanyak 4 responden (10,5%) dan yang memiliki dukungan informatif kurang dan ketergantungan sebanyak 19 responden (50,0%).

2) Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian Lansia

Tabel 15
Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

Dukungan Instrumental	Kemandirian Lansia				Jumlah		Uji Chi-Square
	Mandiri		Ketergantungan				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	10	26,3	7	18,4	17	44,7	**X^2 Hit =8,280 Phi = 0,46**
Kurang	3	7,9	18	47,4	21	55,3	
Total	13	34,2	25	65,8	38	100	

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 15 di atas menunjukan bahwa responden yang memiliki dukungan instrumental baik dan mandiri sebanyak 10 responden (26,3%) dan yang memiliki dukungan instrumental baik tetapi ketergantungan sebanyak 7 responden (18,4%). Sedangkan yang memiliki dukungan instrumental kurang dan mandiri sebanyak 3 responden (7,9%) dan yang memiliki dukungan instrumental kurang dan ketergantungan sebanyak 18 responden (47,4%).

3) Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian Lansia

Tabel 16

Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

Dukungan Emosional	Kemandirian Lansia				Jumlah		Uji Chi-Square
	Mandiri		Ketergantungan				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	11	28,9	5	13,2	16	42,1	**X^2 Hit =14,649 Phi = 0,62**
Kurang	2	5,3	20	52,6	22	57,9	
Total	13	34,2	25	65,8	38	100	

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 16 di atas menunjukan bahwa responden yang memiliki dukungan emosional baik dan mandiri sebanyak 11 responden (28,9%) dan yang memiliki dukungan emosional baik tetapi ketergantungan sebanyak 5 responden (13,2%). Sedangkan yang memiliki dukungan emosional kurang dan mandiri sebanyak 2 responden (5,3%) dan yang memiliki dukungan emosional kurang dan ketergantungan sebanyak 20 responden (52,6%).

4) Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Kemandirian Lansia

Tabel 17

Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko Tahun 2013

Dukungan Penghargaan	Kemandirian Lansia				Jumlah		Uji Chi-Square
	Mandiri		Ketergantungan				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	9	23,7	8	21,1	17	44,7	**X^2 Hit =4,795 Phi = 0,35**
Kurang	4	10,5	17	44,7	21	55,3	
Total	13	34,2	25	65,8	38	100	

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Dari tabel 17 di atas menunjukan bahwa responden yang memiliki dukungan penghargaan baik dan mandiri sebanyak 9 responden (23,7%) dan yang memiliki dukungan penghargaan baik tetapi ketergantungan sebanyak 8 responden (21,1%). Sedangkan yang memiliki dukungan penghargaan kurang dan mandiri sebanyak 4 responden (10,5%) dan yang memiliki dukungan penghargaan kurang dan ketergantungan sebanyak 17 responden (44,7%).

PEMBAHASAN

1. Hubungan Dukungan Informatif Dengan Kemandirian Lansia

Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti terhadap 38 reponden didapatkan bahwa responden yang memiliki dukungan informatif baik dan mandiri sebanyak 9 responden (23,7%) dan yang memiliki dukungan informatif baik tetapi ketergantungan sebanyak 6 responden (15,8%). Sedangkan yang memiliki dukungan informatif kurang dan mandiri sebanyak 4 responden (10,5%) dan yang memiliki dukungan informatif kurang dan ketergantungan sebanyak 19 responden (50,0%). Hal ini disebabkan karena faktor kesibukan, sehingga mereka hanya memilik sedikit waktu untuk memperhatikan lansia. Kondisi seperti ini menyebabkan kurangnya komunikasi antara anggota keluarga dengan lansia, kurangnya perhatian dan pemberian perawatan terhadap lansia.

Menurut Rahayu (2009), secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan. Perubahan-perubahan pada lanjut usia umumnya mengarah pada kemunduruan kesehatan fisik dan psikis yang akhirnya akan berpengaruh juga pada aktivitas ekonomi dan sosial mereka. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, guna menjaga keseimbangan respon lansia, pihak keluarga harus sering mengajaknya komunikasi.

Dukungan informatif keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan desiminator (penyebar) informasi tentang dunia yang mencakup dengan memberi nasehat, petunjuk, sarana-sarana atau umpan balik. Bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, emberian nasehat atau mengawasi tentang aktivitas sehari-hari yang dilakuan.

Menurut House (1994) dalam Setiadi (2008), bentuk dukungan keluarga informatif yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama.

Hasil uji Statistika chi-Square diperoleh nilai $x^2_{hitung} = 7{,}323$ dan $x^2_{tabel} = 3{,}841$. Dengan demikian $x^2_{hitung} > x^2_{tabel}$, maka H0 ditolak dan Ha diterima artinya ada hubungan antara dukungan instrumentaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013 pada taraf kepercayaan 95% (α=0,05).

Untuk mengetahui besarnya hubungan antara variabel yang telah di uji chi-Square dilakukan uji koefiensi Phi dengan hasil = 0,43 yang berarti ada hubungan sedang antara dukungan instrumentaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

Menurut asumsi peneliti pada saat melakukan penelitian, keterbatasan lansia dalam beraktivitas di wilayah kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko disebabkan karena dukungan informatif yang diterima lansia relatif kurang. Hal ini dikareakan keluarga sibuk bekerja, karena mayoritas dari mereka adalah pandai besi dan petani.

Upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan responden yaitu selalu memberikan informasi kepada lansia untuk dapat menjaga dan meningkatkan kesehatan agar lansia tetap berkativitas.

2. Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Kemandirian Lansia

Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti terhadap 38 reponden didapatkan bahwa responden yang memiliki dukungan instrumental baik dan mandiri sebanyak 10 responden (26,3%) dan yang memiliki dukungan instrumental baik tetapi ketergantungan sebanyak 7 responden (18,4%). Sedangkan yang memiliki dukungan instrumental kurang dan mandiri

sebanyak 3 responden (7,9%) dan yang memiliki dukungan instrumental kurang dan ketergantungan sebanyak 18 responden (47,4%).Hal ini disebabkan karena keluarga mempunyai peranan penting dalam menunjang kemandirian lansia. Karena keluarga memiliki kedekatan dan keterikatan baik fisik maupun emosional. Ketidakmandirian lansia disebabkan tiga yaitu keterbatasan fisik dan atau mental, memilih untuk dibantu dalam satu aktivitas tertentu namun mandiri dalam aktivitas yang lainnya, serta tidak adanya dukungan keluarga.

Dukungan instrumental keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu saat mengalami stress (Setiadi, 2008).

Hasil uji Statistika chi-Square diperoleh nilai $x^2_{hitung} = 8,280$ dan $x^2_{tabel} = 3,841$. Dengan demikian $x^2_{hitung} > x^2_{tabel}$, maka H0 ditolak dan Ha diterima artinya ada hubungan antara dukungan instrumentaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013 pada taraf kepercayaan 95% (α=0,05).

Untuk mengetahui besarnya hubungan antara variabel yang telah di uji chi-Square dilakukan uji koefiensi Phi dengan hasil = 0,46 yang berarti ada hubungan sedang antara dukungan instrumentaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryo Ardiatma (2005) ada hubungan yang signifikan atau bermakna antara kreativitas responden dengan alat yang digunakan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain : kondisi perekonomian, peralatan yang digunakan dan tenaga yang relatif terbatas karena faktor usia menjadi salah satu penghambat untuk berkreasi dalam menciptakan sesuatu yang dianggap bermanfaat.

Menurut asumsi peneliti pada saat melakukan penelitian, keterbatasan lansia dalam beraktivitas di wilayah kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko disebabkan karena adanya proses menua yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain sehingga dapat menyebabkan ketergantungan pada orang lain (Nugroho, 2008). Sehingga dukungan keluarga sangat diperlukan untuk dapat membantu memenuhi kebutuhan aktivitas lansia.

Upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan kemampuan atau kemandirian lansia dalam beraktivitas, yaitu dengan cara memberikaan dukungan dan bantuan kepada lansia sehigga dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

3. Hubungan Dukungan Emosional Dengan Kemandirian Lansia

Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti terhadap 38 reponden didapatkan bahwa responden yang memiliki dukungan emosional baik dan mandiri sebanyak 11 responden (28,9%) dan yang memiliki dukungan emosional baik tetapi ketergantungan sebanyak 5 responden (13,2%). Sedangkan yang memiliki dukungan emosional kurang dan mandiri sebanyak 2 responden (5,3%) dan yang memiliki dukungan emosional kurang dan ketergantungan sebanyak 20 responden (52,6%). Hal ini disebabkan karena kesibukkan keluarga yang hampir menyita waktu anggota keluarga, sehingga mereka memilih waktu yang sedikit untuk memperhatikan lansia. Lansia tidak hanya membutuhkan dukungan secara fisik saja tetapi hubunga emosional antar anggota keluarga akan sangat mendukung lansia dalam mempertahankan kemandiriannya.

Hasil uji Statistika chi-Square diperoleh nilai $x^2_{hitung} = 14,649$ dan $x^2_{tabel} = 3,841$. Dengan demikian $x^2_{hitung} > x^2_{tabel}$, maka H0 ditolak dan Ha diterima artinya ada hubungan antara dukungan emosionaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013 pada taraf kepercayaan 95% (α=0,05).

Untuk mengetahui besarnya hubungan antara variabel yang telah di uji chi-Square dilakukan uji koefiensi Phi dengan hasil = 0,62 yang berarti ada hubungan kuat antara dukungan emosionaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Rusman Said (2007), menunjukkan bahwa ada hubunga yang signifikan antara dukungan emosional dengan kemandirian lansia. Hal ini dipengaruhi karena adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia.

Dukungan emosional adalah dukungan berupa simpatik dan empati, cinta kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menaggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.

Diperkuat juga dengan teori menurut Sholehah F., (2002), Lansia tidak hanya membutuhkan dukungan secara fisi saja tetapi hubungan emosional antar anggota keluarga akan sangat mendukung lansia dalam mempertahankan kemandiriannya. Dukungan emosional terutama didapatkan dari keluarga, bahwa kasih sayang dari anggota keluarga lain.

Menurut asumsi peneliti pada saat melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko, dukungan emosioanl yang diberikan berupa kepedulian dan perhatian anggota keluarga terhadap kebutuhan lansia terutama dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan fungsi keluarga yaitu asih dimana antar anggota keluarga saling memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian dan kehangatan terutama pada lansia yang mengalami penurunan kemampuan fisik.

4. Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Kemandirian Lansia

Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti terhadap 38 reponden didapatkan bahwa responden yang memiliki dukungan penghargaan baik dan mandiri sebanyak 9 responden (23,7%) dan yang memiliki dukungan penghargaan baik tetapi ketergantungan sebanyak 8 responden (21,1%). Sedangkan yang memiliki dukungan penghargaan kurang dan mandiri sebanyak 4 responden (10,5%) dan yang memiliki dukungan penghargaan kurang dan ketergantungan sebanyak 17 responden (44,7%).

Hal ini disebabkan karena di Indonesia sudah menjadi budaya bahwa orang tua merupakan tempat meminta saran dan pertimbagan terhadap masalah yang terjadi di keluarga maupun di masyarakat. Dalam keluarga, kakek dan nenek mempunyai peranan sangat penting sebagai warga tertua yang penuh pengalaman dan kebijakan, namun tidak jarang lansia merasa tidak dibutuhkan lagi sehingga dukungan berupa penghargaan sangat penting bagi lansia (Murodion, 2006).

Hasil uji Statistika chi-Square diperoleh nilai $x^2_{hitung} = 4{,}795$ dan $x^2_{tabel} = 3{,}841$. Dengan demikian $x^2_{hitung} > x^2_{tabel}$, maka H0 ditolak dan Ha diterima artinya ada hubungan antara dukungan penghargaandengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013 pada taraf kepercayaan 95% (α=0,05).

Untuk mengetahui besarnya hubungan antara variabel yang telah di uji chi-Square dilakukan uji koefiensi Phi dengan hasil = 0,35 yang berarti ada hubungan sedang antara dukungan penghargaandengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti Fadilah (2005) tentang hubungan antara penghargaan yang diterima oleh responden dengan hasil kreatif yang

dihasilkan di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggerang Banten. Menunjukkan bahwa ada hubungan yang sedang antara penghargaan yang diterima responden dengan hasil kreatifitas responden. Faktor yang mempengaruhinya adalah adanya pengetahuan yang relatif kurang yang dimiliki oleh responden sehingga dalam mengaplikasikannya masih sangat sulit dan harus mendapatkan bimbingan dari tenaga penyuluh untuk meningkatkan hasil kreatifitas tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam penelitian ini maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :.

1. Ada hubungan sedang antara dukungan informatifdengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.
2. Ada hubungan sedang antara dukungan instrumentaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.
3. Ada hubungan kuat antara dukungan emosionaldengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.
4. Ada hubungan sedang antara dukungan penghargaandengan kemandirian lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Binongko Kecamatan Binongko tahun 2013.

SARAN

Disarankan kepada instansi terkait untuk lebih meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga tidak tergantung pada orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

Alimul, Aziz. (2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Graha Ilmu; Yogyakarta

Efendi, Ferry dan Makhfudli. 2009*. Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Salemba Medika; Jakarta

Fatimah. 2010. *Merawat Manusia Lanjut Usia*. Trans info media; Jakarta

Guntur Prasetyo. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Dan Kemandirian Lansia Dengan Konsep Diri Lansia Di Kelurahan Bambankerep Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang. (Diakses pada tanggal 03 Maret 2013)

Hastono, Sutanto Priyo dan Luknis Sabri. 2010. *Statistik Kesehatan*. Rajawali Pres; Jakarta

Kuntjoro. 2006. *Dukungan Sosial Pada Lansia.* http://www.balipost.co.id.balipost cetak/2006/5/7/kel3.html. diakses 24 Februari 2013

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodolgi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta; Jakarta

Nugroho, Wahjudi. 2009. *Komunikasi Dalam Keperawatan Gerontik*. EGC; Jakarta

Maryam, Siti, dkk. 2008. *Mengenal Usian Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika; Jakarta

Pudjiastuti, Sri Surini dan Budi Utomo. 2003. *Fisioterapi Pada Lansia*. EGC; Jakarta

Ratna, Suhartini. 2004. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian Orang Lanjut Usia

Triswandari, Rini Bekti. 2008. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojolangu Malang. (Diakses tanggal 20 Januari 2013)

Riwidikdo, Handoko. 2009. *Statistik Kesehatan*. Mita Cendikia; Yogyakarta

Saniati. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Activity Daily Living Pada Lanjut Usia Di Desa Tira Kecamatan Sampolawa. STIKES MW Kendari

Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Graha Ilmu; Yogyakarta

Setiawati, Santun dan Agus Citra Dermawan. 2008. *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Trans info media; Jakarta

Soedirman. Jurnal Keperawatan. 2010. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Respon Sosial Pada Lansia Di Desa Sokaraja Lor Kecamatan Sokaraja. (Diakses pada tanggal 19 Februari 2013)

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D, Edisi 11,* ALFABETA; Bandung

Suyanto. 2011. *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan.* Nuha Medika; Yogyakarta

STIKES MW. 2013. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Kendari: STIKES MW

Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Wilayah Kerja Puskesmas Motaha Tahun 2012

Herman
Staf Pengajar Prodi DIII Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Diabetes mellitus tipe II merupakan penyakit gangguan metabolik terutama metabolisme karbohidrat yang disebabkan oleh berkurangnya hormon insulin dari sel beta pancreas, atau akibat gangguan fungsi insulin, atau keduanya. Kejadian diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Motaha, mulai tahun 2009 jumlah sebanyak 24 orang, selanjutnya tahun 2010 penderitanya sebanyak 27 orang, kemudian terus meningkat di tahun 2011 jumlahnya 32 penderita dan data terakhir yang dihimpun dari Januari – Mei 2012 jumlahnya menjadi 37 penderita. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko pengetahuan, kebiasaan makan dan stres terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II.

Desain penelitian yang digunakan penelitian analitik dengan pendekatan case control. Populasi semua penderita diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Motaha sebanyak 37 responden. Sampel terdiri dari 37 responden kasus dan 37 responden control yang ditarik secara total sampling.

Hasil penelitian ini diolah dengan program komputer SPSS 16.0. Hasil uji Odd Ratio (OR) untuk variabel pengetahuan diperoleh nilai OR = 3,960, variabel kebiasaan makan diperoleh nilai OR = 4,364, variabel stres diperoleh nilai OR = 4,083. Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan, kebiasaan makan dan stress merupakan faktor risiko terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II.

Saran peneliti diharapkan agar masyarakat mendapatkan informasi tentang diabetes mellitus tipe II, memperbaiki kebiasaan makan dan mengurangi stres sehingga dapat terhindar dari penyakit diabetes mellitus tipe II yang mana penderitanya mengalami peningkatan tiap tahunnya.

Kata Kunci : **Pengetahuan, Kebiasaan Makan, Stres, Diabetes Melitus Tipe II, Faktor Risiko.**

Abstrack

Type II diabetes mellitus is a metabolic disorder of carbohydrate metabolism mainly caused by reduced insulin from pancreatic beta cells, or as a result of malfunctioning of insulin, or both. The incidence of diabetes mellitus type II in Puskesmas Motaha, starting in 2009 the number as many as 24 people, then in 2010 the sufferer as many as 27 people, and then continued to increase in 2011 in number 32 of the patient and the latest data collected from January - May 2012 amounts to 37 patients , This study aims to identify the knowledge of risk factors, dietary habits and stress on the incidence of diabetes mellitus type II.

The design study is an analytic study with case control approach. The population of all patients with diabetes mellitus type II in Puskesmas Motaha total of 37 respondents. The sample consisted of 37 respondents and 37 respondents' cases were withdrawn in total control sampling.

The results of this research is processed with SPSS 16.0. The test results Odd Ratio (OR) for variable values obtained knowledge OR = 3.960, eating habits variable values obtained OR = 4.364, stress variable values obtained OR = 4.083. It can be concluded that the knowledge, eating habits and stress are risk factors on the incidence of diabetes mellitus type II. Suggestions researchers expected that people get information about diabetes mellitus type II, improve eating habits and reducing stress so as to avoid diabetes mellitus type II, in which the sufferer has increased each year.

Keywords : Knowledge, Eating Habits, Stress, Diabetes Mellitus Type II, Risk Factors.

PENDAHULUAN

Menurut data organisasi kesehatan dunia, World Health Organization (WHO) memperkirakan jumlah pasien yang menderita diabetes mellitus di dunia pada tahun 2009 sekitar 54 juta (30,7%) penderita, terus mengalami peningkatan di tahun 2010 adalah sekitar 59 juta (33,5%) penderita dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 63 juta (35,8%) penderita. Prevalensi diabetes mellitus tahun 2009 di Indonesia 8 juta penduduknya menderita penyakit diabetes. Diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi diabetes mellitus di Indonesia mencapai 21,3 juta orang. Hal ini menjadikan Indonesia menempati peringkat ke-4 di dunia sebagai negara dengan jumlah penduduk penderita diabetes terbesar di dunia setelah India, China dan Amerika Serikat (Soegondo, 2011).

Menurut Depkes (2008), menunjukkan prevalensi pengidap diabetes sekitar 5,7 persen dan Pradiabetes 11,4 persen. Riset tersebut melibatkan 24.417 responden yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan angka prevalensi tersebut, dapat diperkirakan penderita diabetes saat ini (jumlah penduduk 238 juta orang) mencapai sekitar 13,56 juta orang dan penderita pradiabetes sekitar 27,13 juta. Kasus diabetes juga menunjukkan fenomena gunung es, sekitar duapertiga tersembunyi dan hanya sepertiga yang muncul ke permukaan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan, ditemukan bahwa insiden penyakit diabetes mellitus pada tahun 2009 adalah sebanyak 135 penderita. Angka kejadian penyakit tersebut terus mengalami peningkatan yang cukup signifikan, sehingga di tahun 2010 jumlah penderita diabetes mellitus adalah sebanyak 290 penderita. Data yang terakhir dihimpun pada tahun 2011 adalah sebanyak 307 penderita (Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan, 2012).

Diabetes mellitus tipe II dapat mengancam hidup banyak orang karena sebahagian dari mereka tidak menyadari kehadirannya (the silent killer), sehingga tidak pernah melakukan pemeriksaan dan pengobatan untuk mengatasi diabetes mellitus yang dideritanya. Penyebab terjadinya penyakit ini adalah tidak tercukupinya jumlah insulin yang diproduksi oleh pankreas pada sel beta di pulau-pulau langerhans. Insulin ini digunakan untuk proses pengangkutan gula ke dalam sel-sel dan menahan kadar gula agar tidak terlalu tinggi di dalam darah. Kecenderungan terkena diabetes mellitus tipe II dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor (multifaktor) diantaranya usia, riwayat keluarga, kebiasaan makan, berat badan, aktivitas yang kurang dan stres (Tjahjadi, 2010).

Pengetahuan manusia dapat mengembangkan apa yang diketahui dan dapat mengatasi kebutuhan kelangsungan hidup, sehingga akan mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Terbentuk suatu perilaku baru terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek diluarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru dan akan terbentuk dalam sikap maupun tindakan. Bila seorang pasien mempunyai pengetahuan, maka pasien akan dapat memilih alternative yang terbaik bagi dirinya dan cenderung memperhatikan hal-hal yang penting tentang pencegahan diabetes mellitus tipe II seperti melakukan pengaturan pola makan yang benar, berolah raga secara teratur, menjaga peningkatan berat badan, mengurangi stress dan mencari informasi tentang diabetes mellitus tipe II bila ada riwayat keluarga(Karyoso, 2009).

Kebiasaan makan ke arah makanan cepat saji yang dapat menimbulkan tingginya kadar gula darah. Jika seseorang tidak mampu mengontrol kadar gula dalam darah maka akan menderita penyakit diabetes melitus tipe II dan dapat mengakibatkan komplikasi misalnya terkena stroke, gagal ginjal, jantung, kebutaan dan ganggren. Apabila terjadi komplikasi maka akan menimbulkan kematian. Kebiasaan makan sangat penting untuk diperhatikan bagi seseorang agar terhindar dari

diabetes mellitus tipe II dan untuk menjaga kadar glukosa darah pada batas normal serta menjaga berat badan normal (Sibarani, 2011).

Stres adalah penyakit kejiwaan. Pada tahap ringan, stres tidak akan menyebabkan penyakit fisik. Namun, kalau stres tersebut sudah pada tahap berat dan berlangsung terus-menerus, maka penyakit fisik yang kronis dapat muncul. Ini karena sistem kekebalan tubuh berkurang dan terjadi ketidakseimbangan hormon pada orang yang mengalami stres. Stres merupakan salah satu faktor yang dapat berpengaruh terhadap diabetes mellitus karena pada kondisi ini beberapa hormon dilepaskan yang bisa menghambat efek insulin atas sel-sel. Hormon stres (adrenalin dan kortisol) dapat memicu hati untuk menghasilkan lebih banyak gula dalam darah untuk memberikan energi. Hal ini sangat berbahaya karena peningkatan kadar gula (glukosa) bisa membuat seseorang terkena diabetes mellitus (Mumpuni, 2010).

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan case control. Studi penelitian ini, peneliti melakukan pengukuran pada variabel dependen terlebih dahulu (kejadian diabetes mellitus tipe II), sedangkan variabel independen ditelusuri secara retrospektif untuk menentukan ada tidaknya faktor (pengetahuan, kebiasaan makan, stres) yang berpengaruh terhadap variabel dependen (Nursalam, 2008).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Faktor risiko pengetahuan terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II

Pengetahuan manusia dapat mengembangkan apa yang diketahui dan dapat mengatasi kebutuhan kelangsungan hidup, sehingga akan mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Terbentuk suatu perilaku baru terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek diluarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru dan akan terbentuk dalam sikap maupun tindakan. Bila seorang mempunyai pengetahuan, maka akan dapat memilih alternative yang terbaik bagi dirinya dan cenderung memperhatikan hal-hal yang penting tentang faktor-faktor yang mempengaruhi diabetes mellitus dependen insulin seperti pengaturan pola makan yang benar, berolah raga secara teratur dan mengontrol kadar gula darah (Karyoso, 2009).

Tabel 1
Analisis faktor risiko pengetahuan terhadap kejadian penyakit diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Motaha Tahun 2012

Pengetahuan	Status Responden				Total		95%CI		
	Kasus		Kontrol				OR	Low	Upp
	n	%	n	%	N	%			
Kurang	27	36,5	15	20,3	42	56,7	3,960	1,489	10,534
Baik	10	13,5	22	29,7	32	43,3			
Total	37	50	37	50	74	100			

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 4.7 dapat dilihat bahwa dari 37 kelompok kasus yang memiliki pengetahuan kurang terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 27 (36,5%) responden sedangkan yang memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 10 (13,5%) responden. Sementara itu, dari 37 kelompok kontrol yang memiliki pengetahuan kurang terhadap kejadian

diabetes tipe II adalah sebanyak 15 (20,3%) responden dan yang memiliki pengetahuan baik terhadap kejadian diabete mellitus tipe II yaitu sebanyak 22 (29,7%) responden.

Berdasarkan uji Odd Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 3,960, dimana nilai batas bawah 1,489 dan nilai batas atas 10,534 tidak mencakup nilai 1, sehingga secara statistik dianggap bermakna. Ini berarti bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe II. Nilai OR = 3,960 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan kurang, berisiko 3 kali lebih besar akan terjadinya diabetes mellitus tipe II bila dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan yang baik terhadap diabetes mellitus tipe II.

Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Motaha tahun 2012 yang dilakukan terhadap 74 responden menunjukkan bahwa 37 responden kelompok kasus yang memiliki pengetahuan kurang terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 27 (36,5%) responden sedangkan yang memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 10 (13,5%) responden. Dari 37 responden kelompok kontrol, yang memiliki pengetahuan kurang terhadap diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 15 (20,3%) responden dan yang memiliki pengetahuan baik terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 22 (29,7%) responden.

Berdasarkan uji Odd Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 3,960, dimana nilai batas bawah 1,489 dan nilai batas atas 10,534 tidak mencakup nilai 1, sehingga secara statistik dianggap bermakna. Ini berarti bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe II. Nilai OR = 3,960 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan kurang, berisiko 3 kali lebih besar akan terjadinya diabetes mellitus tipe II bila dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan yang baik terhadap diabetes mellitus tipe II.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Samiarsih (2010) di Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang, menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian diabetes mellitus tipe II dimana didapatkan hasil P value = 0,00 lebih kecil dari pada $\alpha = 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan memiliki pengaruh terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II. Semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka semakin kecil pula resiko untuk menderita diabetes mellitus tipe II dan sebaliknya, semakin kurang tingkat pengetahuan maka akan semakin besar resiko menderita penyakit tersebut.

Perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan, sikap dan praktik. Terbentuknya perilaku dari kognitif artinya seseorang tahu dulu terhadap rangsangan atau stimulus yang berupa materi atau objek sehingga memperoleh pengetahuan baru. Terutama setelah mendapatkan materi tentang diabetes mellitus tipe II. Melalui pengetahuan tersebut maka seseorang akan mengindahkan larangan makan makanan yang mengandung karbohidrat yang notabene didalamnya terdapat kadar glukosa. Apabila kadar glukosa meningkat di dalam darah maka seseorang akan menderita diabetes mellitus tipe II. Disamping itu, pengetahuan yang baik terhadap penyakit diabetes mellitus tipe II dapat melakukan pembatasan terhadap makanan yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah (Wayan, 2010).

Faktor risiko kebiasaan makan terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II

Kebiasaan makan adalah sebagai cara individu atau kelompok memilih pangan dan konsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologis, psikologis, sosial dan budaya (Suhardjo, 2005). Kebiasaan makan adalah cara-cara individu atau kelompok individu dalam memilih, mengkonsumsi dan menggunakan makanan yang tersedia yang didasarkan kepada faktor-faktor social dan budaya dimana ia hidup (Suyatno, 2010).

Tabel 2
Analisis faktor risiko kebiasaan makan terhadap kejadian penyakit diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Motaha Tahun 2012

Kebiasaan Makan	Status Responden				Total		95%CI		
	Kasus		Kontrol				OR	Low	Upp
	N	%	n	%	N	%			
Kurang Sehat	24	32,5	11	14,9	35	47,3	4,364	1,644	11,580
Sehat	13	17,5	26	35,1	39	52,7			
Total	37	50	37	50	74	100			

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 4.8 dapat dilihat bahwa dari 37 kelompok kasus yang mempunyai kebiasaan makan kurang sehat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 24 (32,5%) responden sedangkan yang mempunyai kebiasaan makan yang sehat yaitu sebanyak 13 (17,5%) responden. Sementara itu, dari 37 kelompok kontrol yang memiliki kebiasaan makan kurang sehat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 11 (14,9%) responden dan yang memiliki kebiasaan makan yang sehat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 26 (35,1%) responden.

Berdasarkan uji Odd Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 4,364, dimana nilai batas bawah 1,644 dan nilai batas atas 11,580 tidak mencakup nilai 1, sehingga secara statistik dianggap bermakna. Ini berarti bahwa kebiasaan makan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe II. Nilai OR = 4,364 menunujukkan bahwa responden yang memiliki kebiasaan makan kurang sehat, berisiko 4 kali lebih besar akan terjadinya diabetes mellitus tipe II bila dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan makan yang sehat terhadap diabetes mellitus tipe II.

Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Motaha tahun 2012 didapatkan bahwa dari 37 responden kelompok kasus yang mempunyai kebiasaan makan yang kurang sehat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 24 (32,5%) responden sedangkan yang mempunyai kebiasaan makan yang sehat yaitu sebanyak 13 (17,5%) responden. Sementara itu, dari 37 kelompok kontrol yang memiliki kebiasaan makan kurang sehat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 11 (14,9%) responden dan yang memiliki kebiasaan makan yang sehat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 26 (35,1%) responden.

Berdasarkan uji Odd Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 4,364, dimana nilai batas bawah 1,644 dan nilai batas atas 11,580 tidak mencakup nilai 1, sehingga secara statistik dianggap bermakna. Ini berarti bahwa kebiasaan makan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe II. Nilai OR = 4,364 menunujukkan bahwa responden yang memiliki kebiasaan makan kurang sehat, berisiko 4 kali lebih besar akan terjadinya diabetes mellitus tipe II bila dibandingkan dengan responden yang memiliki kebiasaan makan yang sehat terhadap diabetes mellitus tipe II.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Devita (2007) di RSUD Tugurejo Semarang, dimana hasil uji statistik didapatkan persentase penyakit diabetes mellitus tipe II dengan kebiasaan makan kurang sehat sebesar 76,00%. Ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan makan dengan penyakit diabetes mellitus tipe II dengan nilai P value = 0,002 lebih kecil dari pada $\alpha = 0,05$. Dapat disimpulkan bahwa kebiasaan makan memiliki pengaruh terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II. Seseorang yang memiliki kebiasaan makan yang kurang sehat, maka akan semakin besar resiko untuk menderita diabetes mellitus tipe II.

Faktor risiko stres terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II

Menurut Imogene King, stres adalah suatu keadaan yang dinamis yang berlangsung setiap kali manusia berinteraksi dengan lingkungan yang bertujuan memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan, dan perbuatan yang meliputi pertukaran energi dan informasi antara individu dan lingkungannya guna mengatur stresor (Tomey dan Alligood, 1998 dalam Asmadi, 2008).

Ketika kita mengalami stres, maka tubuh akan memberikan reaksi yang sifatnya merugikan bagi kesehatan. Sehingga stres dapat berpengaruh terhadap beberapa kejadian penyakit. Ada beberapa reaksi tubuh terhadap stres diantaranya pelepasan beberapa hormon seperti kortison, tiroid, endorfin dari hipotalamus dan gangguan pada organ tubuh (Mumpuni, 2010).

Tabel 3
Analisis faktor risiko stres terhadap kejadian penyakit
diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Motaha
Tahun 2012

Stres	Status Responden				Total		95%CI		
	Kasus		Kontrol				OR	Low	Upp
	n	%	n	%	n	%			
Berat	21	28,4	9	12,2	30	40,5	4,083	1,512	11.028
Ringan	16	21,6	28	37,8	44	59,5			
Total	37	50	37	50	74	100			

Sumber : Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel 4.9 dapat dilihat bahwa dari 37 kelompok kasus yang mengalami stres pada tahap berat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 21 (28,4%) responden sedangkan yang mengalami stres pada tahap ringan yaitu sebanyak 16 (21,6%) responden. Sementara itu, dari 37 kelompok kontrol yang mengalami stres pada tahap berat terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II adalah sebanyak 9 (12,2%) responden dan yang mengalami stres pada tahap ringan terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 28 (37,8%) responden.

Berdasarkan uji Odd Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 4,083, dimana nilai batas bawah 1,512 dan nilai batas atas 11.028 tidak mencakup nilai 1, sehingga secara statistik dianggap bermakna. Ini berarti bahwa stres merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe II. Nilai OR = 4,083 menunjukkan bahwa responden yang mengalami stres pada tahap yang berat, berisiko 4 kali lebih besar akan terjadinya diabetes mellitus tipe II bila dibandingkan dengan responden yang mengalami stres pada tahap ringan terhadap diabetes mellitus tipe II.

Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Motaha tahun 2012 yang dilakukan terhadap 74 responden menunjukkan bahwa 37 responden kelompok kasus yang mengalami stres berat adalah sebanyak 21 (28,4%) responden sedangkan yang mengalami stres ringan yaitu sebanyak 16 (21,6%) responden. Dari 37 responden kelompok kontrol, yang mengalami stres berat terhadap diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 9 (12,2%) responden dan yang mengalami stress ringan terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II yaitu sebanyak 28 (37,8%) responden.

Berdasarkan uji Odd Ratio (OR) diperoleh nilai OR = 4,083, dimana nilai batas bawah 1,512 dan nilai batas atas 11,028 tidak mencakup nilai 1, sehingga secara statistik dianggap bermakna. Ini berarti bahwa stres merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe II. Nilai OR = 4,083 menunjukkan bahwa responden yang mengalami stres berat, berisiko 4 kali lebih besar akan terjadinya diabetes mellitus tipe II bila dibandingkan dengan responden yang mengalami stres ringan terhadap diabetes mellitus tipe II.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Utami (2011) di Kota Padang, menunjukkan adanya pengaruh antara stres dengan kejadian diabetes mellitus tipe II dimana didapatkan hasil OR = 3, 850, menunjukkan bahwa responden yang mengalami stres berat berisiko 3 kali lebih besar terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II dibandingkan dengan responden yang mengalami stres ringan. Nilai P = 0,007 lebih kecil dari pada α = 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa stres memiliki pengaruh terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II. Semakin ringan stress yang dialami, maka semakin kecil pula risiko terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II.

KESIMPULAN

Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Motaha tahun 2012, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan, kebiasaan makan dan stress merupakan faktor risiko terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II

SARAN

Bagi Puskesmas Motaha sebagai tempat pelayanan kesehatan disarankan agar selalu memberikan penyuluhan kesehatan tentang diabetes mellitus tipe II kepada para pengunjung rumah sakit baik yang sudah menderita atau pun yang tidak menderita agar dapat dicegah dan melakukan identifikasi secara dini terhadap kejadian penyakit. Bagi perawat yang bekerja di Puskesmas Motaha disarankan agar selalu memberikan informasi yang jelas tentang penyakit diabetes mellitus tipe II, termasuk cara pencegahannya. Bagi peneliti selanjutnya disarankan agar mengidentifikasi faktor-faktor yang lain yang diduga memiliki hubungan atau pengaruh terhadap kejadian diabetes mellitus tipe II dengan jumlah sampel yang lebih banyak agar hasil yang dicapai lebih berkualitas dan refresentative. Bagi masyarakat disarankan agar lebih meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit diabetes mellitus tipe II, menjaga kebiasaan makan dan mengurangi stres agar terhindar dari penyakit diabetes mellitus tipe II.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim, 2009, *Pedoman Penulisan Skripsi*, STIKES Mandala Waluya Kendari

Anwar Risa, 2007, *Gaya Hidup Terhadap Diabetes Melitus*, (online), (http://www.seputar-indonesia.com, 10 Februari 2012).

Almatsier Sunita, 2006, *Penuntun Diet*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Arum Eria, 2011, *7 Faktor Risiko Diabetes Melitus*, (online), (http://www.hidupkusehat.com, 05 Februari 2012).

Asmadi, 2008, *Konsep Dasar Keperawatan*, EGC, Jakarta.

Baradero Mary dkk, 2009, *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Endokrin*, EGC, Jakarta.

BPS Konsel, 2012, *Jumlah Penduduk Kabupaten Konawe Selatan*

Depkes, 2008, *Waspada Diabetes Mellitus*, (online), (**http://www.pantonanews.com**, 27 Juni 2012).

Donna Angelina, 2011. *Cegah Diabetes dengan Pola Makan Seimbang*, (online), (**www.tipsku.info**, 10 Februari 2012).

Efendi, 2008, *Metode Penelitian Survei*, PT. Pustaka Indonesia, Jakarta.

Hidayat Alimul Aziz A, 2008, *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*, Salemba Medika, Jakarta.

Hidayat Alimul Aziz A, 2010, *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*, Health Book Publishing, Surabaya.

Karyoso, 2009, *Perlunya Pasien Dalam Memahami Diabetes Melitus*, (online), (http://www.medicastore.com, 04 Juni 2012).

Kirana Ann Lisa, 2011, *Awas Diabetes, Asam Urat & Kolesterol*, Syura Media Utama, Jawa Tengah.
Mumpuni Yekti, 2010, *Cara Jitu Mengatasi Stres*, Andi Offset, Yogyakarta.
Notoatmodjo S, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT. Rineka Cipta, Jakarta
Ramaiah, S. 2008. *Cara Mengetahui Gejala Diabetes dan Mendeteksinya Sejak Dini*, Kelompok Gramedia : Jakarta.
Setiadi, 2007, *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan,* Graha Ilmu, Yogyakarta.
Sibarani R, 2011. *Pola Makan Penderita Diabetes Mellitus*, (online), (http://www.usu.ac.id, 10 Februari 2012).
Soegondo Sidartawan, dkk, 2005, *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
Soegondo Sidartawan, dkk. 2007. *Diabetes, The Sillent Killer*, (online), (http://www.medicastore.com, 10 Februari 2012).
Soeryoko Hery, 2011, 25 *Tanaman Obat Ampuh Penakluk Diabetes Mellitus*, Andi Offset, Yogyakarta.
Soegondo Sidartawan, 2011, *Diabetes Insipidus*, (online), (http://www.medicastore.com, 06 Februari 2012).
Sumanto Agus, 2009, *Tetap Langsing & Sehat Dengan Terapi Diet*, Agromedia Pustaka, Jakarta.
Sunaryo, 2004, *Psikologi Untuk Keperawatan*, EGC, Jakarta.
Sutedjo Y. A, 2010, *5 Strategi Penderita Diabetes Melitus Berusia Panjang*, Kanisius, Yogyakarta.
Suyatno, 2010. *Kebiasaan Makan dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi*, (online), (http://www.usu.ac.id, 10 Februari 2012).
Tampubolon F, 2011, *Pola Makan Sehat & Seimbang*, (online), (http://www.usu.ac.id, 10 Februari 2012).
Tjahjadi Vicynthia, 2010, *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer Diabetes*, Pustaka Widyamara, Semarang.
Tjokroprawira Askandar, 2011, *Panduan Lengkap Pola Makan Untuk Penderita Diabetes*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
Utami Fadillah, 2010, *Hidup Sehat Bebas Diabetes & Asam Urat*, Genius Publisher, Yogyakarta.
Utami Roro, 2011, *Faktor –Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II Pada Orang Dewasa Di Kota Padang Panjang Tahun 2011*, (online), (http://repository.unand.ac.id, 31 Juli, 2012).
Wayan A, M. Dewi, 2010, *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Yogyakarta.
Wirakusumah Emma S, 2008, *202 Jus Buah & Sayuran Untuk Menjaga Kesehatan & Kebugaran*, Penebar Swadaya, Jakarta.
Yunia Irna, 2007, *Mau Tahu Lebih Jauh Tentang Diabetes ?*, (online), (http://www.promokesehatan.com, 10 Februari 2012).

Hubungan pengetahuan Dan Sikap Dengan Prilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Pada Masyarakat dikelurahan Tobimeita Wilayah kerja Puskesmas Abeli Kota Kendari Tahun 2016

Mien
Staf Pengajar Prodi S1 Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan perilaku kesehatan yang dilakukan oleh individu,keluarga dan masyarakat dalam menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan dan sikap dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat di Keluarahan Tobimeita wilayah kerja Puskesmas Abeli. Jenis penelitian ini adalah deskriktif analitik dengan *pendekatan cros sectional,* teknik sampling dengan cara *random sampling* (acak sederhana), dengan jumlah sampel sebanyak 80 responden (Kepala Keluarga). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap sedangkan variabel dependennya adalah Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner pengetahuan, sikap dan Peilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) kemudian disajikan dalam tabel tabulasi. Analisis data dengan uji statistik *Chi-Square* dengan $\alpha = 0{,}05$. Hasil penelitian pada variabel pengetahuan diperoleh nilai $x^2{}_{hitung}$ sebesar 15,703 dengan nilai P sebesar 0,000 dan variabel sikap diperoleh nilai $x^2{}_{hitung}$ sebesar 14,749 dengan nilai P sebesar 0,001. Berdasarkan hasil yang diperoleh menunjukan bahwa nilai $x^2{}_{hitung} > x^2{}_{tabel[(2-1)(3-1):0,05]}$ (5,991) serta nilai signifikan atau P (0,000 dan 0,001) $< \alpha$ (0,05) berarti bahwa ada hubungan. Untuk itu peneliti menyarankan kepada instansi yang bersangkutan khususnya kantor Kelurahn Tobimeita dan Puskesmas Abeli agar hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk pengembangan pelayanan khususnya pelayanan keperawatan komunitas dan dapat dijadikan bahan bacaan untuk memperluas wawasan mahasiswa dan dapat dijadikan referensi bagi instansi pendidikan maupun mahasiswa yang ingin mengkaji hal ini lebih lanjut.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Abstract

Behavior Clean and Healthy Lifestyle (PHBs) is a health behavior by individuals, families and communities to help themselves in the field of health. This study aims to determine how the relationship between knowledge and attitude with a Clean and Healthy Behavior (PHBs) in communities in keluarahan Tobimeita Abeli Puskesmas. This type of research is deskriktif cross sectional analytic approach, sampling techniques by means of random sampling (simple random), with a sample size of 80 respondents (heads of household). The independent variables in this study is the knowledge and attitude, while the dependent variable is a Clean and Healthy Lifestyle (PHBs). Data were collected using a questionnaire of knowledge, attitudes and Peilaku Clean and Healthy Lifestyle (PHBs) are presented in the table tabulation. Data were analyzed by Chi-Square statistical test with α = 0.05. Results of research on acquired knowledge variable x_ value (count) ^ 2 amounted to 15.703 with a P value of 0.000 and attitudinal variables x_ values obtained (arithmetic) ^ 2 amounted to 14.749 with a P value of 0,001. Results obtained show that the value of x_ (arithmetic) ^ 2> x_ (table [(2-1) (3-1): 0.05]) ^ 2 (5.991) and a significant value or P (0.000 and 0.001) <α (0.05) means that there is a relationship. To the researchers suggest to the institution concerned, in particular the office Kelurahn Tobimeita and Puskesmas Abeli that this research can be input to the development of services, especially nursing care community and can be used as reading material to expand the

horizons of students and can be used as a reference for educational institutions and students who want to examine it further.
Keywords : **Knowledge, Attitude and Behavior Clean and Healthy Lifestyle (PHBs)**

PENDAHULUAN

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan salah satu strategis atau program yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan untuk mencapai tujuan pembanguan Millenium 2015 melalui rumusan visi dan misi indonesia sehat, sebagaimana yang dicita-citakan oleh seluruh masyarakat Indonesia dalam menyongsong *Milenium Development Goals* (MDGs). Sedangkan, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di tatanan rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau dan mampu melakukan PHBS untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Rencana strategis kementerian kesehatan menetapkan target pada tahun 2015 rumah tangga mempraktikkan PHBS adalah 70%. Target PHBS di rumah tangga tahun 2014 dapat tercapai apabila adanya upaya-upaya untuk membina PHBS di semua tatanan oleh karena itu diperlukan pendekatan yang paripurna (komprehensif), lintas progam dan lintas sektor, serta mobilisasi sumber daya yang luar biasa disemua tingkat administrasi pemerintahan. Pembinaan PHBS juga merupakan bagian dari pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif. Keputusan menteri kesehatan nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif menyatakan bahwa masyarakat di desa atau Kelurahan Siaga Aktif wajib melaksanakan PHBS (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2011, terdapatnya 4 miliyar kasus diare dan 2,2 juta diantaranya meninggal, sebagian besar terjadi pada bayi dan balita. Selain itu, adanya kematian balita yang diakibatkan ISPA di Asia Tenggara sebanyak 2,1 juta balita pada kejadian ISPA. Penelitan oleh WHO di Guatemala menunjukkan faktor utama terjadinya diare adalah perilaku higienis (Depkes RI, 2011).

Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan factor kedua terbesar setelah factor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Perilaku ini menyangkut pengetahuan akan pentingnya hygiene perorangan, sikap dalam menanggapi penyakit serta tindakan yang dilakukan dalam mengahadapi suatu penyakit atau permasalahan kesehatan lainnya. Penyakit-penyakit yang dapat di timbulkankan akibat rendahnya penerapan PHBS adalah seperti diare, ISPA, demam berdarah, malaria dan lain-lain (Notoatmodjo, 2010).

Permasalahan PHBS yang pernah diteliti oleh penelitian sebelumnya adalah penelitian yang dilakukan oleh Zitty A.R Koem, Dkk pada tahun 2015 yang berjudul "Hubungan karakteristik pengetahuan dan sikap guru dengan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat di SD Inpres Sukur Kecamatan Airmadidi di Kabupaten Minahasa Utara", yang dimana, hasil uji statistic menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan siswa dengan perilaku hidup bersih dan sehat (ρ=<0,001), begitu juga dengan hasil uji statistic antara sikap siswa dengan perilaku hidup bersih dan sehat yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna (ρ=<0,005).

Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara (2012), mengenai beberapa penyakit akibat kurangnya personal hygiene yaitu untuk diare, jumlah perkiraaan kasus diare sebanyak 97.717 kasus dan jumlah diare yang ditangani sebanyak 59.055 kasus dan 23.465 kasus ISPA. Sedangkan, untuk laporan hasil pemantauan cakupan rumah yang ber-PHBS di sulawesi tenggara tahun 2012 pada 12 kabupaten/kota, 252 wilayah kerja puskesmas dan 513.316 rumah tangga, dengan jumlah rumah tangga yang dipantau sebanyak 233.709 atau 45,53%, menunjukkan hanya 117.925 atau 50,46% yang ber-PHBS, jumlah ini relatif meningkat dari tahun 2011 yang hanya 90.006 RT atau 36,83%, untuk tahun 2013 cakupan rumah yang

ber-PHBS adalah yakni 43,80% rumah tangga dan untuk tahun 2014 cakupan rumah yang ber-PHBS adalah sebesar 146.818 atau 44,52% rumah tangga. Data tersebut menunjukan cakupan rumah yang ber-PHBS di provinsi sulawesi Tenggara relatif masih rendah, hal ini berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat secara umum (Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara, 2014).

Data profil Dinas Kesehatan kota Kendari tentang PHBS, hasil pemantauan cakupan rumah tangga yang ber-PHBS di kota Kendari pada 10 Kecamatan, 15 wilayah kerja puskesmas pada tahun 2012 di dapatkannya rumah yang tidak ber-PHBS adalah 5.226 (37,14%) dari 14.070 rumah yang dipantau, untuk tahun 2013 di dapatkannya rumah yang ber-PHBS adalah dengan persentase 61,3%, dan pada tahun 2014 jumlah rumah yang tidak ber-PHBS adalah 22.064 (51,42%) dari 42.905 rumah yang dipantau sedangkan pada tahun 2015 rumah yang tidak ber-PHBS adalah sebanyak 16.433 (42,10%) dari 39.027 rumah yang dipantau. Selain itu di temukannya penyakit diare dan ISPA pada tahun 2013-2015 yakni pada tahun 2013 ditemukannya diare sebanyak 10.161 kasus dan ISPA 39.515 kasus, pada tahun 2014 ditemukannya ISPA sebanyak 26.857 kasus, diare sebanyak 5.476 kasus dan pada tahun 2015 ditemukannya penyakit diare sebanyak 10.504 kasus dan ISPA sebanyak 26.857 kasus. (Dinkes kota Kendari, 2014 & 2015).

Profil Dinas Kesehatan Kota Kendari, di dapatkannya data tentang beberapa indikator mengenai Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yakni cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, Pemberian ASI Ekslusif, penimbangan bayi dan balita, penggunan air bersih dan kepemilikan jamban sehat, yang dimana untuk tahun 2012 didapatkan jumlah persentase sebanyak 94,98% pertolongan persalinan, 50,9% pemberian ASI Esklusif, dan 67.4% penimbangan bayi. pada tahun 2013 didapatkanya persentase sebanyak 97,07% pertolongan persalinan, 59,24% pemberian ASI Esklusif, 64,47% penimbangan bayi, penggunaan air bersih 76%, dan 71% kepemilikan jamban sehat.untuk tahun 2014 terdapatnya persentase sebanyak 95,31% pertolongan persalinan, 57,09% pemberian ASI Esklusif, penimbangan bayi 70,91%, 77% penggunaan air bersih dan 77% kepemilikan jamban sehat. Sedangkan untuk tahun 2015 terdapatnya persentase untuk pemberian ASI Esklusif dan Penimbangan bayi masing-masing adalah 49,10% dan 70,36% (Dinkes kota Kendari, 2014 & 2015).

Berdasarkan laporan hasil pengamatan di puskesmas Abeli Tahun 2013 ditemukan diare sebanyak 186 kasus, ISPA sebanyak 2.254 dan malaria sebanyak 466 kasus, sedangkan untuk tahun 2014 ditemukan adanya diare sebanyak 1.066 kasus, ISPA sebanyak 3.257 kasus, dan malaria klinis sebanyak 466 kasus. Demikian halnya dengan laporan hasil pemantauan cakupan rumah yang ber-PHBS di kecamatan abeli dengan jumlah 8 kelurahan pada tahun 2013 di temukannya rumah yang ber-PHSB adalah dengan persentase sebanyak 52,09% rumah, pada tahun 2014 sebanyak (1.450) 63,12% dari 3.514 rumah yang dipantau dan pada tahun 2015 jumlah rumah yang ber-PHBS adalah 1.656 (58,37%) dari 2.8437 rumah yang dipantau. Demikian halnya untuk Kelurahan Tobimeita pada tahun 2014 dengan jumlah 426 rumah tangga, yang ber-PHBS hanya mencakup 65 (38,23%) rumah tangga dan yang tidak ber-PHBS sebanyak 105 (61,5%) rumah tangga dari 170 rumah tangga yang di pantau (Profil Puskesmas Abeli, 2014).

Berdasarkan Profil Kelurahan Tobimeita jumlah warga yang bertempat tinggal di wilayah tersebut berjumlah 2.145 jiwa yaitu laki-laki berjumlah 1.097 orang dan perempuan berjumlah 1048 orang, yang dimana jumlah Kepala Keluarga terdiri dari 533 KK (Profil Kelurahan Tobimeita, 2015).

Berdasarkan fenomena diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada masyarakat Di Kelurahan Tobimeita wilayah kerja puskesmas Abeli".

METODE

Jenis penelitian ini adalah Deskriptif analitik dengan pendekatan penelitian *cross sectional studi* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara sebab dan akibat dengan efek dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada saat itu juga. (Notoatmodjo, 2010).

penarikan sampel yakni dalam penelitian ini penarikan sampel di tentukan dengan cara simple random sampling yaitu membuat nomor untuk setiap populasi kemudian diundi. Nomor yang keluar pertama maka dialah responden pertama. Begitu seterusnya hingga jumlah 80 sesuai jumlah sampel.

Tehnik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. yang dimana data primer dapat diperoleh dengan wawancara lansung kepada responden yakni melalui pengisian kuisioner. Dan data sekunder dapat diperoleh melalui data-data yang sudah ada di instansi terkait masalah penelitian seperti data dari kantor kelurahan, Puskesmas Abeli, dan kantor Dinas Kesehatan Kota Kendari.

Dalam penelitian ini data diolah dengan menggunakan program computer, adapun uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah iju Chi-square, dan tingkat kebermaknaan data yang dipilih adalah $\rho \leq 0,05$.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

1) **Jenis Kelamin Responden**

   Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dengan total responden 80 orang (Kepala Keluarga), jenis kelamin laki-laki memiliki frekuensi tertinggi yaitu sebanyak 70 orang (Kepala Keluarga) dengan persentase 87,5% dan jenis kelamin perempuan memiliki frekuensi lebih rendah yaitu sebanyak 10 orang (Kepala Keluarga) dengan persentase 12,5%

2) **Umur Responden**

   Distribusi responden berdasarkan umur dengan total responden 80 orang (Kepala Keluarga), diperoleh data umur yang memiliki frekuensi tertingi adalah dengan umur 36-50 tahun sebanyak 32 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase sebanyak 40,0%, yang kemudian untuk umur 19-35 tahun sebanyak 29 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 36,3%, dan untuk umur 51-65 tahun sebanyak 15 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 18,8%, sedangkan umur 66-85 tahun memiliki frekuensi yang terendah yakni sebanyak 4 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 5,0%.

3) **Tingkat Pendidikan Responden**

   Distribusi responden berdasarkan pendidikan dengan total responden 80 orang (Kepala Keluarga), diperoleh data pendidikan yang memiliki frekuensi tertinggi adalah tingkat pendidikan yang tamat SMA dan PT yakni sebanyak 43 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase sebanyak 53,8%, dan tingkat pendidikan tidak tamat SMA dan dibawahnya memiliki frekuensi yang rendah yaitu sebanyak 37 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 46,3%.

4) **Pengetahuan**

   Distribusi responden berdasarkan variabel pengetahuan diketahui bahwa dari 80 orang (Kepala Keluarga) terdapat 23 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 28,7% yang berkategori baik, 27 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 33,8% yang berkategori cukup dan terdapat 30 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 37,5% yang berkategori berkategori kurang.

5) **Sikap**

   Distribusi responden berdasarkan variabel sikap diketahui bahwa dari 80 orang (Kepala Keluarga) diketahui bahwa dari 80 responden terdapat 18 orang (Kepala Keluarga)

dengan presentase 22,5% yang berkategori baik, 23 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 28,7% yang berkategori cukup dan terdapat 39 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 48,8% yang berkategori berkategori kurang.

6) **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

Di ketahui bahwa dari 80 orang (Kepala Keluarga), terdapat 19 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 23,8% yang memiliki perilaku sehat dan terdapat 61 orang (Kepala Keluarga) dengan presentase 76,3% yang memiliki perilaku tidak sehat.

Variabel Penelitian

1) **Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

Tabel 5.8 Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

PENGETAHUAN (X_1)	PHBS						x^2_{hitung}= `14,338
	Sehat		Tidak sehat		Total		
	F	%	F	%	F	%	Df = 2
Baik	11	13,8	12	15,0	23	28,7	ρ = 0,001
Cukup	7	8,8	20	25,0	27	33,8	
Kurang	1	1,2	29	36,2	30	37,5	
Total	19	23,8	61	76,2	80	100	α = 0,05

Sumber : Data primer terolah April 2016

Berdasarkan Tabel 5.8 diketahui bahwa dari 80 responden (Kepala Keluarga) terdapat 23 (28,7%) responden yang berpengetahuan baik ternyata 11 (13,8%) responden yang memiliki PHBS baik dan 12 (15,0%) PHBS yang kurang baik dan dari 27 (33,8%) responden yang berpengetahuan cukup ternyata 7 (8,8%) responden yang memiliki PHBS baik dan 20 (25,0%) PHBS yang kurang baik sedangkan dari 30 (37,5%) responden yang berpengetahuan kurang ternyata 1 (1,2%) responden yang memiliki PHBS baik dan 29 (36,2%) PHBS yang kurang baik.

Hasil uji statistik antara kedua kedua variabel diatas dengan menggunakan uji *Chi-Square*, dimana di peroleh nilai $X^2{}_{hitung}$sebesar 14,338 dengan nilai ρ sebesar 0,001. Berdasarkan hasil yang telah diperoleh, terihat bahwa $X^2{}_{hitung} > X^2{}_{tabel}$ (14,338>5,991) atau (P *value* 0,001<α = 0,05). Menunjukan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat Di Kelurahan Tobimeita wilayah kerja Puskesmas Abeli tahun 2016.

2) **Hubungan Sikap Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

Tabel 5.9 Hubungan Sikap Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

SIKAP (X_2)	PHBS						x^2_{hitung} =2 1,412
	Sehat		Tidak sehat		Total		
	F	%	F	%	F	%	Df = 2
Baik	11	13,8	7	8,8	18	22,5	P= 0,000
Cukup	6	7,5	17	21,2	23	28,7	
Kurang	2	2,5	37	46,2	39	48,8	
Total	19	23,8	61	76,2	80	100	α = 0,05

Sumber : Data primer terolah 2016

Berdasarkan Tabel 5.9 diketahui bahwa dari 80 responden (Kepala Keluarga) terdapat 18 (22,5%) responden yang memiliki sikap baik ternyata 11 (13,8%) responden yang memiliki PHBS baik dan 7 (8,8%) PHBS yang kurang baik dan dari 23 (28,7%) responden yang memiliki sikap cukup ternyata 6 (7,5%) responden yang memiliki PHBS baik dan 17 (21,2%) PHBS yang kurang baik sedangkan dari 39 (48,8%) responden yang memiliki sikap kurang ternyata 2 (2,5%) responden yang memiliki PHBS baik dan 37 (46,2%) PHBS yang kurang baik.

Hasil uji statistik antara kedua kedua variabel diatas dengan menggunakan uji *Chi-Square*, dimana di peroleh nilai $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$ (21,412>5,991) atau (ρ *value* 0,000<α = 0,05). Berdasarkan hasil yang telah diperoleh, terihat bahwa X^2_{hitung}(60,606) > α (0,05) menunjukan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara sikap dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat Di Kelurahan Tobimeita wilayah kerja Puskesmas Abeli tahun 2016.

PEMBAHASAN

1. Hubungan Antara Pengetahuan Dengan perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS)

Berdasarkan hasil uji statistic dengan menggunakan *Chi-square* diperoleh nilai ρ = *0,001* < α = 0,05 dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat Di Kelurahan Tobimeita wilayah kerja Puskesmas Abeli tahun 2016.

Seseorang yang memiliki pengetahuan baik tidak mulak atau cenderung akan berperilaku sehat yang dimana, hal tersebut dapat di sebabkan karna adanya beberapa faktor yang di antaranya adalah faktor kebiasaan dan kebudayaan sedangkan, seseorang yang memiliki pengetahuan kurang atau cukup cenderung akan berperilaku tidak sehat yang di sebabkan karna kurangnya pemahaman tentang penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) itu sendiri. Yang dimana hal tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti faktor pendidikan, informasi, pekerjaan, sosial ekonomi dan lain-lain.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Notoatmodjo (2012) yang menyatakan bahwa, jenis pengetahuan di bagi menjadi 2 (dua) yakni pengetahuan implisit dan eksplisit, yang di mana pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang sifatnya masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak nyata seperti keyakinan pribadi, persfektif, prinsip, kebudayaan dan kebiasaan. Contohnya seseorang mengetahui pentingnya penerapan PHBS, namun ternyata ia tidak melakukannya. Selain itu, di dalam teorinya telah di kemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan, informasi/media massa, pekerjaan, lingkungan, pengalaman, usia serta sosial, ekonomi dan budaya.

Dengan demikian, peneliti berasumsi bahwa responden dengan pengetahuan baik namun masih saja tidak menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), hal ini di sebabkan karena menjadi kebiasaannya untuk tidak memperhatikkan PHBS dan hanya sebatas tahu pentingnya PHBS namun, tidak menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari, seperti dalam hal ini kebiasaan dan kebudayaan dari kepala keluarga di Kelurahan Tobimeita yang meliputi perilaku merokok didalam rumah, kebiasaan tidak mencuci tangan pakai sabun, selain itu faktor ekonomi dan pekerjaan juga dapat menjadi faktor untuk tidak diterapkannya PHBS. Yang di mana, masyarakat di Kelurahan Tobimeita mayoritas pekerjaannya adalah buruh dan petani yang biasanya mereka bekerja diluar rumah dari pagi hingga sore, jadi untuk mengurus rumah tangga dalam hal ini menerapkan semua yang menjadi indikator/program PHBS mereka tidak bisa melakukan secara maksimal. Sebaliknya, untuk responden dengan pengetahuan yang kurang atau cukup namun ia melakukan PHBS itu di dapat disebabkan karna faktor lingkungan, yang di mana seseorang

tersebut melihat contoh-contoh penerapan PHBS dari lingkungan sekitarnya sehingga memotivasinya untuk menerapkan ha tersebut. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang atau cukup dan ia tidak melakukan PHBS itu dapat di sebabkan karna pendidikan, ekonomi, pekerjaan, infomasi/media massa dan lain-lain. Pendidikan masyarakat di Kelurahan Tobimeita yang memiliki pendidikan rendah (tidak tamat SMA) cukup banyak dengan jumlah sebanyak 37 (46,3%) responden, yang dimana hal tersebut dapat memicu kurangnya pemahaman masyarakat tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Hasil penelitian ini didukung oleh teori Notoatmodjo (2013), yang menyatakan bahwa hasil dari beberapa pengalaman dan hasil dari observasi yang terjadi dilapangan (masyarakat) bahwa perilaku seseorang termasuk terjadinya perilaku kesehatan, diawali dengan pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman-pengalaman seseorang serta adanya faktor eksternal (lingkungan). Pengalaman dan lingkungan tersebut kemudian diketahui, dipersepsikan atau diyakini seseorang sehingga menimbulkan motivasi untuk bertindak yang akhirnya diwujudkan dengan perilaku, termasuk perilaku sehat.

2. Hubungan Antara Sikap Dengan perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS)

Berdasarkan hasil uji statistic dengan menggunakan *Chi-square* diperoleh nilai $\rho = 0{,}000 < \alpha = 0{,}05$ dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat Di Kelurahan Tobimeita wilayah kerja Puskesmas Abeli tahun 2016.

Dari hasil penelitian, peneliti berasumsi bahwa responden dengan sikap baik namun masih saja tidak menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), hal ini di sebabkan selain karna faktor kebudayaan, kebiasaan, ekonomi dan pekerjaan, hal ini bisa terjadi karena masyarakat atau responden itu sendiri acuh tak acuh dengan PHBS meskipun ia tahu akan penting dan manfaatnya PHBS dalam kehidupan sehari-hari terutama dalam mempertahankan kesehatan, dalam arti responden hanya bisa menerima tapi tidak bisa menerapkan secara langsung. Sebaliknya responden dengan sikap yang kurang atau cukup namun ia tetap melakukan PHBS itu dapat disebabkan karena adanya tuntutan dari sektor pemerintah atau kesehatan terkait daerah penelitian dalam hal ini Kantor Kelurahan Tobimeita dan Puskesmas Abeli untuk melakukan PHBS secara maksimal sesuai dengan Program PHBS yang ditetapkan. Salah satu contohnya adalah dalam melakukan persalinan harus di lakukan oleh tenaga kesehatan, walaupun masyarakat menginginkan untuk di tolong persalinannya oleh dukun anak,tapi tetap harus ada kolaborasi di antara keduanya. Sebaliknya, untuk responden dengan sikap yang kurang atau cukup namun ia melakukan PHBS itu di dapat disebabkan karna beberapa faktor seperti faktor pengaruh orang di sekitarnya dan faktor kebudayaan.

Hasil penelitian tersebut di dukung oleh teori Ratna (2010)yang menyatakan bahwa budaya masyarakat biasanya berlangsung secara turun-temurun yang akan membentuk sikap seseorang termasuk juga persepsinya terhadap kesehatan.

Hasil penelitian tersebut juga di dukung oleh teori Sumiarto (2012) yang menyatakan bahwa sikap responden merupakan salah satu pemicu terhadap perilaku hidup bersih dan sehat. Sikap seseorang bisa berubah oleh kondisi tertentu yg timbul seperti adanya aksi dan reaksi seseorang terhadap lingkungannya. Sikap responden bisa berubah dengan diperolehnya tambahan informasi objek tertentu. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terjadinya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung/suatu kondisi yg sangat memungkinkan, seperti fasilitas.

Menurut Notoatmodjo tahun 2012, menyatakan bahwa seseorang yang memiliki sikap tidak mendukung, cenderung memiliki tingkatan hanya sebatas menerima dan merespon saja, sedangkan seseorang dikatakan telah memiliki sikap yang mendukung yaitu bukan

hanya memiliki tingkatan menerima dan merespon tapi menghargai dan bertanggung jawab karena sikap yang ditunjukkan seseorang merupakan bentuk respon batin dan stimulus yang berupa materi atau objek diluar subjek yang menimbulkan pengetahuan berupa subjek yang selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap subjek terhadap yang diketahuinya.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya seseorang yang memiliki pengetahuan dan sikap baik tidak mutlak atau cenderung akan berperilaku sehat yang dimana, hal tersebut dapat di sebabkan karna adanya beberapa faktor yang di antaranya adalah faktor kebiasaan dan kebudayaan sedangkan, seseorang yang memiliki pengetahuan dan sikap kurang atau cukup, cenderung akan berperilaku tidak sehat yang di sebabkan karna kurangnya pemahaman tentang penerapan PHBS itu sendiri. yang dimana hal-hal tersebut dapat memicu keputusan seseoarang dalam melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam kehidupan sehari-hari.

1. Hasil penelitian pada variabel pengetahuan diperoleh nilai X^2_{hitung} sebesar 14,338 dengan nilai ρ *value* sebesar 0,001 berarti bahwa pengetahuan berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
2. Hasil penelitian pada sikap diperoleh nilai sebesar dengan nilai X^2_{hitung} sebesar 21,412 dengan nilai ρ *value* sebesar 0,000 berarti bahwa sikap berhubungan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

SARAN

Peneliti menyarankan agar perawat maupun mahasiswa keperawatan dapat lebih meningkatkan lagi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat ke arah yang lebih baik dengan melalui berbagai metode yang bersifat profesioanal, misalnya melakukan promosi kesehatan atau penyuluhan. selain itu peneliti juga menyarankan agar masyarakat lebih antusias lagi dalam melakukan penerapan PHBS secara maksimal sesuai dengan informasi yang diperolehnya melalui penyuluhan yang sering di adakan oleh Tim kesehatan yang dilakukan oleh berbagai instansi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, Suharsimi, 2015. *Skala Pengukuran variabel Penelitian* , Jakarta : Rineka Cipta.

Dinas Kesehatan kota Kendari, 2014. *Profil Dinas Kesehatan kota Kendar*i.Kendari : Dinas Kesehatan kota Kendari.

Dinas Kesehatan kota Kendari, 2015. *Profil Dinas Kesehatan kota Kendar*i. Kendari : Dinas Kesehatan kota Kendari.

Dinas Kesehatan Provinsi, 2014. *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara*. Kendari : Dinas Kesehatan Sulawesi Tenggara. Di akses pada tanggal 30 Desember 2015.

Departemen Kesehatan RI., 2011. *Panduan manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Di akses pada tanggal 30 Desember 2015 dari http://dinkes-sultra.go.id.

Kantor Kelurahan Tobimeita, 2015. *Profil Kelurahan Tobimeita.* Tobimeita

Kementrian Kesehatan RI, 2011. *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.* Di akses tanggal 2 Januari 2015 Http://promkes.depkes.go.id/download/pedoman_umum_PHBS.pdf.

Kementrian Kesehatan RI., 2013. *Profil data Kesehatan Indonesia*. Http://www.depkes.go.id/downloads/profil data kesehatan Indonesi tahun 2013.pdf. 4 Februari 2015. Di akses pada tanggal 30 Desember 2015.

Kementrian Kesehatan RI., 2014. *Profil data Kesehatan Indonesia*. Http://www.depkes.go.id/downloads/profil data kesehatan Indonesi tahun 2014.pdf. 4 Februari 2015. Di akses pada tanggal 29 Desember 2015.

Koem, Zitty A.R., 2015. Hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada pelajar di SD Inpres Sukur Kecamatan Minahasa Airmadidi Kabupaten Minahasa Utara. Di akses pada tanggal 5 Januari 2016.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2010. *Metedologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmojo, Soekidjo, 2012. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2013. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rikena Cipta.

Puskesmas Abeli, 2014. *Profil Pukesmas Abeli*. Kendari : Dinas Kesehatan Kota Kendari.

Ratna, 2010. *Sosiologi dan Perubahan Masyarakat*. Jakarta : Pustaka Jaya

Sumiarto, 2012. *Hubungan Pengetahuan dan pendidikan Kepala Keluarga dengan Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Dalam Tatanan Rumah Tangga Di Desa Pujo Asri Kecamatan Trimurjo Lampung Tengah tahun 2012*. Di akses pada tanggal 29 April 2016.

Ratna, 2010. *Sosiologi dan Perubahan Masyarakat*. Jakarta : Pustaka Jaya

Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Melakukan Penyuntikan Insulin Secara Mandiri Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Perawatan Interna Rumah Sakit Umum Propinsi Sulawesi Tenggara

Dina Mariana L*, Yuliana Syam, Titi Iswanti
Staf Pengajar Prodi S1 Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang timbul pada seseorang akibat tubuh mengalami gangguan dalam mengontrol kadar gula darah. Insulin adalah hormon yang bekerja untuk menurunkan kadar glukosa darah post-prandial dengan mempermudah pengambilan serta penggunaan glukosa oleh sel-sel otot, lemak, dan hati. Pemberian terapi insulin umumnya diberikan pada penderita diabetes melitus tipe I dan tipe II. Dimana pada diabetes melitus tipe I memerlukan terapi insulin karena produksi insulin endogen oleh sel-sel beta kelenjar pankreas tidak ada, sedangkan pada diabetes tipe II memerlukan terapi insulin apabila terapi diet dan OHO yang diberikan tidak dapat mengendalikan kadar glukosa darah. Maka dari itu di dalam pemberian terapi insulin, dibutuhkan pemberian suntikan secara terus-menerus hingga penderita diperbolehkan pulang. Beberapa penelitian di dunia mencatat bahwa 50-80% penderita diabetes melitus yang tergantung insulin memiliki pengetahuan dan keterampilan yang kurang dalam penyuntikan insulin secara mandiri.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang cara pemberian terapi insulin dengan tingkat kemandirian pasien diabetes melitus. Desain penelitian yang digunakan adalah metode analitik dengan pendekatan *cross sectional study* dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Penelitian ini dilaksanakan selama sebulan lebih sepuluh hari di ruang perawatan Seruni, Mawar, dan ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara.

Hasil analisis univariat pengetahuan tentang terapi insulin mandiri diperoleh gambaran bahwa dari 30 sampel, 15 responden mempunyai pengetahuan baik dan 15 responden lainnya mempunyai pengetahuan kurang tentang terapi suntikan insulin mandiri. Selanjutnya, berdasarkan hasil analisis tingkat kemandirian didapatkan 16 responden yang mandiri dalam melakukan penyuntikan insulin dan 14 responden yang lain tidak mandiri dalam melakukan penyuntikan insulin.

Data dianalisa secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji statistik *Chi square* dengan tingkat pemaknaan $\alpha < 0,05$. Hasil olah data didapatkan *asymp* signifikan 0,003 yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang terapi insulin dengan tingkat kemandirian pasien diabetes melitus. Disarankan khususnya bagi perawat yang ada di ruangan perawatan Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara agar hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan yang berguna dalam upaya memandirikan pasien dalah hal penyuntikan insulin secara mandiri, sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan bisa lebih professional lagi.

Kata Kunci : pengetahuan, kemandirian, terapi penyuntikan insulin mandiri

Abstrack

Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases with hyperglycemia characteristic which arise in a person's body due to impaired in controlling blood sugar levels. Insulin is a hormone that working for review by lowering post-prandial blood glucose to facilitate the retrieval and the use of glucose by muscle cells, fat, and liver. Insulin therapy is generally given

to patients with diabetes mellitus type I and type II. Where in type I diabetes mellitus requiring insulin therapy for endogenous insulin production by the beta cells of the pancreas gland is not there, whereas in type II diabetes require insulin therapy when diet therapy and OHO given can not control blood glucose levels. Therefore in the awarding of insulin therapy, injections are needed on an ongoing basis until the patient is allowed to go home. Several studies in the world noted that 50-80% of diabetes mellitus patients with insulin dependent who have the knowledge and skills that are lacking in self-injection of insulin.

This study aims to determine the relationship between knowledge about insulin therapy with a degree of independence of patients with diabetes mellitus. The design study is an analytic method with cross sectional study with a sample size of 30 respondents. This study was conducted for a month over ten days in the treatment room chrysanthemum, roses, orchids room General Hospital, Southeast Sulawesi Province.

The results of the univariate analysis of knowledge about insulin therapy independently obtained a description that of the 30 samples, 15 respondents have good knowledge and 15 other respondents have less knowledge about self-insulin injection therapy. Furthermore, based on the results of the analysis of the level of independence of 16 respondents who obtained independently in performing insulin injections and 14 other respondents are not independent in performing insulin injections.

Data was analyzed by univariate and bivariate statistical test Chi square with signification level $\alpha < 0.05$. The results of the data obtained significant asymp 0.003 indicating that there is a relationship between knowledge about insulin therapy with a degree of independence of patients with diabetes mellitus. Suggested especially for nurses in wards General Hospital of Southeast Sulawesi province that this research can be input useful in efforts patient's independence in such matters independently of insulin injections, so that nursing care can be given a more professional again.

Keywords : knowledge, independence, self-insulin injection therapy

PENDAHULUAN

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang timbul pada seseorang akibat tubuh mengalami gangguan dalam mengontrol kadar gula darah. Gangguan tersebut dapat disebabkan oleh sekresi hormon insulin tidak adekuat atau fungsi insulin terganggu (resistensi insulin) atau justru gabungan dari keduanya (Sudoyo et al., 2006).

Diabetes melitus sering disebut sebagai *the great imitator*, karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Gejala dari penyakit ini sangat bervariasi dan dapat timbul secara perlahan-lahan, sehingga pasien tidak menyadari akan adanya perubahan seperti frekuensi minum yang menjadi lebih banyak, buang air kecil ataupun berat badan yang menurun. Gejala-gejala tersebut dapat berlangsung lama tanpa diperhatikan, sampai kemudian orang tersebut pergi ke dokter untuk memeriksakan kadar glukosa darahnya (Mansjoer, 2001).

Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia kini menempati urutan ke-4 terbesar dalam jumlah penderita diabetes melitus di dunia. Dimana pada tahun 2003 terjadi peningkatan prevalensi diabetes melitus di Jakarta dari 1,7 % pada tahun 2005 menjadi 5,7 %. Pada tahun 2006, jumlah penyandang diabetes di Indonesia mencapai 14 juta orang. Dari jumlah itu, baru 50 % penderita yang sadar mengidap, dan sekitar 30% di antaranya melakukan pengobatan secara teratur. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum provinsi Sulawesi Tenggara menyatakan bahwa pasien rawat inap yang dapat disuntikkan insulin mulai dari umur 45-64 tahun pada tahun 2006 yaitu berjumlah 91 orang, pada tahun 2007 berjumlah 75 orang, dan pada tahun

2008 berjumlah 76 orang. Sedangkan, pasien yang berumur 65 tahun ke atas pada tahun 2004 berjumlah 30 orang, tahun 2006 berjumlah 32 orang, dan pada tahun 2007 berjumlah 16 orang (Rekam Medik RSU Provinsi Sulawesi Tenggara, 2010).

Pemberian terapi insulin umumnya diberikan pada penderita diabetes melitus tipe I dan tipe II dimana di dalam pemberian terapi, dibutuhkan pemberian suntikan secara terus-menerus hingga penderita diperbolehkan pulang. Oleh sebab itu, keluarga penderita harus berperan aktif dalam pemberian suntikan insulin setelah diberi keterampilan atau latihan. Namun di sisi lain, hal ini menimbulkan ketergantungan penderita kepada anggota keluarganya. Oleh karenanya, perlu untuk memberdayakan penderita diabetes melitus agar mampu melakukan suntikan insulin secara mandiri setelah dilatih hingga terampil menggunakannya (Smeltzer and Bare, 2002).

Pemberian latihan tentang terapi insulin mandiri telah dilakukan atau diterapkan di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara. Dimana pemberian insulin awalnya dibantu oleh perawat, kemudian pasien diajarkan oleh perawat teknik penyuntikan insulin, tetap dengan pengawasan perawat. Pasien masuk ke rumah sakit untuk kedua kalinya, pasien tetap diajarkan teknik penyuntikan insulin oleh perawat. Walaupun pasien telah mengetahui teknik penyuntikan insulin, pasien tetap tidak diperbolehkan melakukannya sendiri tanpa adanya pengajaran dari perawat. (Rekam Medik RSU Provinsi Sulawesi Tenggara, 2010).

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional study*, dimana pengukuran variabel subjek dilakukan pada saat bersamaan dalam satu populasi, yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tingkat pengetahuan tentang cara pemberian insulin dengan tingkat kemandirian pasien diabetes melitus di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara. Penelitian dilaksanakan selama 5 minggu pada bulan Januari sampai Februari tahun 2010 dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang. Sampel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pasien diabetes melitus yang menggunakan insulin dan sedang dirawat pada ruangan Seruni, Mawar, dan Anggrek di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara. Sampel dipilih dengan menggunakan teknik *accidental* sampling, dimana sampel dibatasi pada ruang perawatan dan di ruang poliklinik.

HASIL PENELITIAN

1. **Karakteristik Responden**

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Tingkat Pengalaman pada Penyakit Diabetes Melitus di Ruang Perawatan Seruni, Mawar, dan Anggrek RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2011

Variabel	Sub Variabel	Frequency	Percent
Umur	**45-59 tahun**	**23**	**76.7**
	60-74 tahun	**7**	**23.3**
Jenis Kelamin	**Laki-Laki**	**14**	**46.7**
	Perempuan	**16**	**53.3**
Pendidikan	**SD tamat**	**7**	**23.3**
	SMP tamat	**10**	**33.3**
	SMA tamat	**9**	**30.0**
	Sarjana	**4**	**13.3**
Pengalaman dengan Suntikan insulin	**Ya**	**21**	**70.0**
	Tidak	**9**	**30.0**

Sumber: Data primer setelah diolah, 2011

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berumur pada kisaran di antara 45-59 tahun, responden yang berumur dari 45-59 tahun lebih banyak dibandingkan dengan responden pada kisaran usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 23 orang (76,7 %). Dari table menurut pengalaman dengan penyuntikan di atas, dapat dilihat bahwa ternyata sebagian besar responden telah berpengalaman dalam melakukan penyuntikan insulin dengan frekuensi sebesar 21 orang (70,0 %).

2. Analisis Univariat

a. Pengetahuan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Pengetahuan pada Penyakit Diabetes Melitus di Ruang Perawatan Seruni, Mawar, dan Anggrek RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2011

Pengetahuan	Frekuensi	Percent
Baik	15	50.0
Kurang	15	50.0
Total	30	100.0

Sumber: Data primer setelah diolah, 2011

Berdasarkan dari tabel di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden yang menderita penyakit diabetes melitus yang memiliki pengetahuan baik dan pengetahuan kurang seimbang, dimana frekuensi yang didapatkan yaitu masing-masing berjumlah 15 orang dengan persentase 50 %.

b. Kemandirian

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Kemandirian pada Penyakit Diabetes Melitus di Ruang Perawatan Seruni, Mawar, dan Anggrek RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2011

Kemandirian	Frekuensi	Percent
Ya	16	53.3
Tidak	14	46.7
Total	30	100.0

Sumber: Data primer setelah diolah, 2011

Berdasarkan dari tabel di atas, menujukkan bahwa responden yang telah mandiri dalam melakukan penyuntikan insulin berjumlah 16 orang (53,3 %) dan responden yang kurang mandiri dalam melakukan penyuntikan insulin berjumlah 14 orang (46,7 %).

3. Analisis Bivariat

Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk memberikan gambaran hubungan antara tingkat pengetahuan tentang cara pemberian insulin dengan tingkat kemandirian pasien diabetes melitus dalam melakukan terapi insulin dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Hubungan Pengetahuan dengan Tingkat Kemandirian pada Penyakit Diabetes Melitus di Ruang Perawatan Seruni, Mawar, dan Anggrek RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2011

		Kemandirian		Total	OR (95% CI)	P *value*
		Baik	**Kurang**			
Pengetahuan	Baik	**12**	**3**	**16**	**11.000**	**0,003**
	Kurang	**4**	**11**	**14**	**(95%CI:1,998-60,570)**	
Total		**16**	**14**	**30**		

Sumber: Data primer setelah diolah, 2011

Berdasarkan tabel di atas, responden dengan pengetahuan baik memiliki kemandirian yang baik pula dengan frekuensi sebanyak 12 orang (80,0 %). Hasil uji *Chi square* test didapatkan P = 0,003. Hal ini menunjukkan bahwa adanya hubungan antara

tingkat pengetahuan dengan tingkat kemandirian pasien dalam melakukan terapi penyuntikan insulin.

PEMBAHASAN

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan ini dapat diperoleh gambaran bahwa responden yang memiliki pengetahuan yang baik memiliki kemandirian yang baik pula. Dalam hal ini, responden mampu melakukan terapi penyuntikan insulin secara mandiri dengan frekuensi sebanyak 12 orang. Angka ini menunjukkan bahwa orang yang berpengetahuan baik mampu melakukan sendiri apa yang dianjurkan. Hal ini didukung dari tingkat pendidikan dan pengalaman dari responden. Dimana dari tingkat pendidikan menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka tingkat pengetahuan dan kemandirian seseorang akan semakin baik pula. Hal ini dapat dilihat dari frekuensi yang menunjukkan responden berpengetahuan baik dengan pendidikan tamat SMP sebanyak 7 orang dan tamat SMA sebanyak 5 orang. Dari segi tingkat pengalaman juga menunjukkan bahwa responden yang berpengalaman memiliki kemandirian yang baik dengan frekuensi sebanyak 11 orang dan pengetahuan yang baik sebanyak 12 orang.

Pendapat tersebut dibuktikan dari jurnal penelitian dengan judul "Perawatan Insulin Secara Optimal pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II" yang menyatakan bahwa teknik penyuntikan insulin secara mandiri sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang karena jika seseorang tidak memiliki dasar pengetahuan tentang penyuntikan insulin maka seseorang pasti tidak akan bisa mandiri dalam melakukan penyuntikan insulin (Anonim, 16 April 2011).

Namun, dari hasil penelitian ini juga didapatkan dari 30 responden terdapat 11 orang yang memiliki pengetahuan kurang sehingga menyebabkan responden kurang mandiri dalam melakukan terapi insulin. Hal ini dapat didukung dari usia, tingkat pendidikan, pengalaman dari responden dimana pada rentang usia 45-59 tahun responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 12 orang dan yang memiliki kemandirian kurang sebanyak 11 orang. Sementara dilihat dari tingkat pendidikan responden, yang berpendidikan tamat SD lebih dominan yang pengetahuan dan kemandiriannya kurang yang ditunjukkan dengan frekuensi sebanyak 5 orang dan 6 orang.

Kurangnya kemandirian dari responden dikarenakan pasien cenderung masih lemah dan merasa takut untuk melakukan sendiri terapi suntikan insulin secara mandiri, ini didukung oleh pendapat Orem (nursing theory, 1986) dalam syarat-syarat perawatan mandiri bahwa salah satu penyimpangan perawatan mandiri adalah termasuk di dalamnya gangguan penyakit, atau kelemahan yang berpengaruh pada mekanisme fisiologis dan psikologis seseorang.

Namun, dari hasil penelitian ini juga didapatkan dari 30 responden terdapat 11 orang yang memiliki pengetahuan kurang sehingga menyebabkan responden kurang mandiri dalam melakukan terapi insulin. Hal ini dapat didukung dari usia, tingkat pendidikan, pengalaman dari responden dimana pada rentang usia 45-59 tahun responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 12 orang dan yang memiliki kemandirian kurang sebanyak 11 orang. Sementara dilihat dari tingkat pendidikan responden, yang berpendidikan tamat SD lebih dominan yang pengetahuan dan kemandiriannya kurang yang ditunjukkan dengan frekuensi sebanyak 5 orang dan 6 orang.

Kurangnya kemandirian dari responden dikarenakan pasien cenderung masih lemah dan merasa takut untuk melakukan sendiri terapi suntikan insulin secara mandiri, ini didukung oleh pendapat Orem (nursing theory, 1986) dalam syarat-syarat perawatan mandiri bahwa salah satu penyimpangan perawatan mandiri adalah termasuk di dalamnya gangguan penyakit, atau kelemahan yang berpengaruh pada mekanisme fisiologis dan psikologis seseorang.

Orem (nursing theory, 1986) mengatakan bahwa seseorang dengan gangguan atau penyakit akan berpengaruh pada psikologis seseorang, sehingga menyebabkan seseorang merasa takut dan menyebabkan seseorang tersebut tidak mampu melakukan terapi suntikan insulin mandiri. Ini dibuktikan dengan penelitian ini dari 30 responden yang sedang menjalani perawatan masih terdapat 11 orang yang masih kurang mandiri dalam melakukan terapi suntikan insulin mandiri atau dengan kata lain seseorang dapat melakukan perawatan mandiri khususnya dalam pemberian terapi suntikan insulin apabila responden atau individu tersebut tidak merasa lemah sehingga ia tidak takut untuk melakukan terapi suntukan insulin mandiri.

Hasil dari penelitian ini juga masih didapatkan adanya responden yang berpengetahuan baik namun memiliki kemandirian kurang dengan frekuensi sebanyak 3 orang. Seseorang yang berpengetahuan baik tentunya memiliki pengalaman yang baik pula namun, hal tersebut ternyata belum tentu didukung oleh kemandirian yang baik pula. Hal ini masih tergantung lagi dari sikap masing-masing individu dalam menghadapi permasalahan penyakit yang mereka alami.

Penelitian yang diungkapkan oleh Syahrir (2007) mengatakan bahwa seseorang yang sakit cenderung menganggap dirinya lemah sehingga responden terkadang mensugesti dirinya bahwa ia tidak mampu dalam melakukan penyuntikan insulin secara mandiri. Hal ini didukung juga oleh pernyataan Dorothea Orem dalam konsep teori "*self care*" yang menyatakan bahwa seseorang memegang peranan penuh dalam suatu kontribusi bagi eksistensi kesehatan dan kesejahteraannya. (Baastable, 2002). Selain itu, masih adanya kemandirian yang kurang dari responden kemungkinan disebabkan oleh faktor usia. Penderita diabetes melitus cenderung dialami pada usia lansia. Pada usia tahap ini, mereka cenderung lebih tergantung pada orang lain ketimbang melakukannya secara mandiri walaupun sudah didukung dengan pengalaman dan pengetahuan yang baik.

Selain itu, dari hasil penelitian ini juga didapatkan bahwa masih adanya responden yang berpengetahuan kurang namun memiliki kemandirian yang baik. Seperti penjelasan dari paragraf sebelumnya, kemandirian seseorang bukan hanya disebabkan oleh pengalaman dan dari pengetahuannya namun, kembali lagi dari sikap masing-masing individu dalam menghadapi permasalahan penyakit yang mereka alami. Dari hasil penelitian ini, membuktikan bahwa seseorang yang mandiri bukan hanya didukung dari tingginya pengetahuan ataupun pengalaman yang dimiliki namun, juga didukung dari niat setiap individu untuk memperoleh kesembuhan.

Selanjutnya setelah dilakukan pengujian dengan Uji statistik *Chi square* diperoleh gambaran bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan dengan kemandirian pasien dalam melakukan terapi suntikan insulin. Hal ini sesuai dengan teori Bloom yang diadopsi oleh Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa terbentuknya suatu perilaku dimulai dari pengetahuan dan pengetahuan dianggap sebagai dominan yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang.

Teori di atas sesuai dengan pendapat Jacinta (2002) yang juga mengatakan bahwa seseorang berperilaku didasari oleh adanya pengetahuan dan kesadaran, penyimpangan dari pendapat ini mungkin disebabkan karena kondisi pasien yang masih dalam perawatan dimana pasien masih sangat tergantung pada orang lain. Selain itu, hal ini juga mungkin disebabkan karena pemberian pendidikan yang masih sangat kurang sehingga menyebabkan kesalahan interpretasi yang mengakibatkan ketidakmampuan pasien melakukan sendiri terapi suntikan insulin secara mandiri.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa Pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Propinsi Sulawesi Tenggara masih kurang dalam memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan

merata dalam pemberian terapi penyuntikan insulin. Hal ini dapat dilihat dari distribusi frekuensi responden yaitu hanya sebesar 15 orang (50.0 %).

Pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Propinsi Sulawesi Tenggara memiliki tingkat kemandirian yang baik dalam pemberian terapi penyuntikan insulin. Hal ini dapat dilihat dari distribusi frekuensi responden yaitu sebesar 16 orang (53.3 %).

Berdasarkan uji statistik *Chi square* didapatkan bahwa P = 0,001. Hal ini menunjukkan bahwa adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kemandirian pasien dalam melakukan terapi penyuntikan insulin.

SARAN

Disarankan bagi pendidikan keperawatan agar dapat membekali peserta didik dengan ilmu dan keterampilan tentang terapi penyuntikan insulin sehingga dapat menambah wawasan dan pengetahuan dalam pemberian terapi penyuntikan insulin secara mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

Bastable Susan B. (2002). *Perawat sebagai pendidik, prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran*. EGC: Jakarta.

Brunner & suddarth. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah volume 2*, ed. 8. EGC: Jakarta.

Guyton & Hall. (1997). *Buku ajar fisiologi kedokteran*, ed. 9. EGC: Jakarta.

Hidayat, A. (2009). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Salemba Medika: Jakarta.

Jacinta. (2002). *Konsep kematangan dan proses berpikir, studi ekonomi kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin: Makassar.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Data penyakit diabetes melitus*. Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan: Jakarta.

Kiranawati, Sinta. (2007). *Penggunaan insulin pada pasien diabetes melitus*. Farmakoterapi-Info: Jakarta.

Majalah Farmacia. (2007). *Terapi insulin untuk praktek sehari-hari*, vol. 7, no. 5, hal. 18.

Mansjoer A., Suprohaita, Wardani, W, I. & Setiowulan, W. (2001). *Kapita selekta kedokteran*, ed. 3, jilid I. Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

Monks. (2002). *Teori tingkah laku kesehatan*. Kanasius: Yogjakarta.

Nettina, Sandra. (2002). *Pedoman praktik keperawatan*. EGC: Jakarta.

Ngatimin, R. (2003). *Ilmu perilaku kesehatan.* Yayasan "PK-3" Makassar, Universitas Hasanuddin: Makassar.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. PT. Rineka Cipta: Jakarta.

Palestin, Bondan. (2010). *Pendidikan kesehatan dalam pengelolaan diabetes secara mandiri bagi diabetes dewasa*. Salemba Medika: Jakarta.

Patelongi, I., Sinrang, W. A. Gani, A., Siregar, H., Yusuf, I. (1997). *Fisiologi endokrin*, ed. 2. Bagian Ilmu Faal Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin: Makassar.

PERKENI (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia). (2007). *Terapi insulin pada pasien diabetes melitus*. Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

Pratiknya, Watik Ahmad. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*. PT. RajaGrafindo Persada: Jakarta.

Price, S. A. & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*, ed.6. EGC: Jakarta.

Program Studi Ilmu Keperawatan Unhas. (2007). *Penuntun panum*. Universitas Hasanuddin: Makassar.

Ranakusuma A.,Boedisantoso. (1992). *Buku ajar praktis metabolik endokrinologi rongga mulut*. Universitas Indonesia: Jakarta.

Riyanto, Agus. (2009). *Pengolahan dan analisis data kesehatan*. Nuha Medika: Yogjakarta.

Rumah Sakit Umum Propinsi Sulawesi Tenggara. (2010). *Rekam Medik Ruangan Interna RSU Propinsi Sulawesi Tenggara*. RSU Pripinsi Sulawesi Tenggara: Kendari.

Sastroasmoro, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. CV. Sagung Seto: Jakarta.

Sastrohadiwiryo & siswanto. (2003). *Manajemen tenaga kerja industri*. PT. Bumi Aksara: Jakarta.

Soegondo, S. (2004). *Prinsip pengobatan diabetes, insulin dan obat hipoglikemik oral dalam penatalaksanaan diabetes melitus terpadu*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

Sudoyo, W. A., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*, ed. 4, jilid III. Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

Waspadji, S., dkk. (2002). *Pedoman diet diabetes melitus*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

END OF LIFE CARE OLEH PERAWAT : SEBUAH TINJAUAN SISTEMATIS

Rusna Tahir, Iqra
Staf Pengajar Prodi D3 Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Prevalensi kondisi terminal dan angka kematian pasien di *intensive care unit* (ICU) dilaporkan terus mengalami penigkatan. *End of life care* (EOLC) adalah terminologi yang dipakai untuk mendeskripsikan dukungan dan perawatan medis yang diberikan kepada pasien dalam menghadapi akhir hayatnya. Tujuan EOLC adalah meringankan penderitaan baik fisik, psikologis dan spiritual yang dialami oleh pasien dan keluarganya. *Tujuan* : Untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi perawat ICU dalam melakukan EOLC. *Metode* : Referensi yang digunakan dalam *literature review* ini merupakan jurnal hasil penelitian berjumlah delapan jurnal yang diterbitkan mulai tahun 2010 hingga 2015. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian jurnal adalah : "*end of life care*", "*nurse's behavior*", "*dying patient*", "*intensive care unit*" yang dicari melalui CINAHL, pubMed, Ebsco dan Proquest. *Hasil* : Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat dalam melakukan perawatan EOL dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu personal perawat, pasien dan keluarga, serta lingkungan dan sarana. Faktor-faktor tersebut dapat dijadikan sebagai pendukung sekaligus menjadi tantangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam perawatan EOLC.

Kata kunci : faktor yang memengaruhi *end of life care*, pasien terminal, *intensive care unit*

Abstract

The prevalence of terminal conditions and mortality of patients in intensive care unit (ICU) reportedly continued to experience progressive increase. End of life care (EOLC) is the terminology used to describe the support and medical care provided to patients in the face of the end. Interest EOLC relieve suffering is physical, psychological and spiritual experienced by patients and their families. Objective: To determine the factors that affect the ICU nurses do EOLC. Methods: References used in the literature of this review is a journal the results of eight journals published from 2010 to 2015. The keywords used in search journals are: "end of life care", "nurse's behavior", "dying patient", "intensive care unit" were sought through CINAHL, PubMed, and Proquest Ebsco. Results: The results showed that nurses in EOL care is influenced by many factors, including personal nurses, patients and families, as well as the environment and infrastructure. These factors can be used as a supporter as well as a challenge to improve the quality of nursing services especially in the treatment of EOLC.

Keywords : end of life care, factor considered, dying patient, intensive care unit

PENDAHULUAN

Intensive Care Unit (ICU) merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit (RS) dimana terapi dan perawatan yang diberikan lebih berfokus pada *life saving* pasien-pasien dengan kondisi kritis yang mengancam jiwa. Kompleksnya kasus yang dialami pasien di ICU membuat penatalaksanaannya melibatkan kolaborasi tenaga profesional berbagai disiplin ilmu serta ditunjang oleh teknologi mutakhir dengan hadirnya berbagai alat *supporting life*, terapi kuratif yang agresif dan pemantauan yang ketat selama 24 jam [1]. Meskipun melibatkan tenaga profesional, obat-obatan dan alat yang canggih juga observasi intensif, pada kenyataannya kematian pasien di ICU tetap terjadi.

End of life care (EOL) adalah terminologi yang dipakai untuk mendeskripsikan dukungan dan perawatan medis yang diberikan kepada pasien dalam menghadapi akhir hayatnya. EOL tidak hanya terbatas pada apa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan ketika pasien tiba-tiba

mengalami henti napas dan henti jantung. Pada umumnya, tindakan yang diberikan hanya berfokus pada protap teknis untuk mempertahankan hidup pasien. Tidak jarang, upaya penyelamatan yang dilakukan tidak berhasil. Maka proses kematian yang dialami oleh pasien yang seyogianya lebih *humanistik* dan bermartabat menjadi hilang [2]. Pada fase akhir hayat, baik pasien maupun keluarga mengalami penderitaan fisik dan psikis. Pasien mungkin saja mengalami rasa sakit yang hebat, kesulitan bernapas, delirium, perasaan yang tidak berdaya, putus asa, rapuh dan tidak menentu bahkan mengalami distress spiritual. Hal-hal tersebut tentu akan berdampak pada kesejahteraan serta menjadi hambatan bagi pasien untuk melewati akhir hayat yang bermakna [3].

Tujuan EOL adalah meringankan penderitaan baik fisik, psikologis dan spiritual yang dialami oleh pasien dan keluarganya melalui pengkajian secara komprehensif dan proses kuratif yang agresif. Dengan mengurangi penderitaan misalnya mengurangi nyeri, diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang sekarat untuk bisa menghadapi kematian dengan tenang. Sedangkan bagi keluarga, mendapat informasi yang adekuat serta mendapat dukungan psikologis akan membuat mereka lebih terbuka dalam menerima kehilangan [10].

Peran perawat dalam EOL adalah memberikan perawatan, memberikan informasi dan advokasi pasien dan keluarganya, mendorong refleksi dan implikasi dari perawatan akhir hayat. Namun perawat sering menghadapi kesulitan melaksanakan EOL, khususnya dalam mengidentifikasi kapan fase menjelang ajal dimulai, hambatan komunikasi dalam tim, dan perasaan bersalah karena gagal menyelamatkan nyawa pasien [5].

Tujuan literatur review ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam memberikan EOL pada pasien di ICU.

METODE

Pencarian literatur diawali dengan mengumpulkan artikel sebanyak 12 artikel. Kemudian dilakukan seleksi maka didapatkan 10 artikel yang memenuhi kriteria untuk digunakan dalam literatur review. Artikel yang digunakan mulai diterbitkan dari tahun 2010 sampai 2016. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian adalah *end of life care, nurse's behavior, dying patient, intensive care unit* yang dicari melalui CINAHL, pubMed, Ebsco dan Proquest.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Penelitian

Jurnal yang digunakan sebagian besar menggunakan jurnal *critical care* dengan metode penelitian kualitatif dan dilakukan Negara Eropa dan beberapa di Asia.

Faktor Yang Memengaruhi Pelaksanaan *End of Life Care* (EOLC) Oleh Perawat

Personal/internal Perawat

Pelaksanaan perawatan EOL di ruang intensif dipengaruhi oleh faktor personal atau interal perawat, karakteristik pasien dan kelurga, lingkungan dan kebijakan rumah sakit. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi kekuatan sekaligus menjadi tantangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam perawatan EOL. Faktor internal perawat yang memengaruhi perawatan pada pasien menjelang ajal (EOLC) yaitu umur, pengalaman kerja, pelatihan, tingkat pendidikan dan pengetahuan, kesadaran diri dan distress moral. Perawat dengan pengalaman kerja lebih lama dinilai memberikan perawatan EOL yang lebih baik kepada pasien menjelang ajal dibandingkan perawat yang lebih muda (Lange, Thom, Kline, 2008). Level pendidikan dan jenis pelatihan paliatif yang pernah diikuti meningkatkan kesiapan perawat dalam memberikan perawatan EOL [3].

Faktor personal perawat yang meliputi pengetahuan, sikap, persepsi serta dilema etis memengaruhi perawatan pasien yang mendekati akhir hayat. Faktor personal tersebut memberikan kontribusi terhadap perilaku yang ditunjukkan perawat dalam memberikan asuhan pada pasien yang menjelang ajal. Perawatan pasien menjelang akhir hayat (EOL)

dipengaruhi oleh faktor karakteristik perawat (umur, pengalaman kerja, level pendidikan, pelatihan EOL), distress moral dan *physiological empowerment.* Umur, pengalaman kerja, pendidikan dan pelatihan EOL memperbaiki persepsi perawat dalam memberikan perawatan pasien menjelang ajal. Stress moral yang dialami oleh perawat mengurangi performa perawat dalam memberikan perawatan EOL [13].

Faktor Pasien dan Keluarga

Karakteristik pasien yang menjalani perawatan di ICU adalah pasien dengan prognosis yang tidak pasti dan hemodinamik yang cenderung tidak stabil sehingga kematian menjadi lebih cepat dibandingkan pasien di ruang perawatan lain. Prognosis akan memberikan gambaran bagaimana perawat menyusun rencana perawatan. Di ruang ICU, mendiskusikan masalah EOLC pada pasien dengan prognosis yang jelek sebaiknya dilakukan lebih awal dengan pertimbangan bahwa lama rawat (LOS) adalah sesuatu hal yang tidak bisa dipastikan [14].

Karakteristik pasien yang meliputi keadaan umum pasien serta keterlibatan keluarga dan nilai-nilai kepercayaan yang dianut oleh pasien dan keluarganya memengaruhi perawat dalam melakukan perawatan EOL [4]. Nilai-nilai dan kepercayaan pasien dan keluarga menentukan preferensi dalam penentuan perawatan pasien menjelang ajal [15]. Faktor yang memengaruhi perawatan EOL adalah faktor relasi antara pasien, keluarga, perawat dan tim kesehatan denga membangun kepercayaan, memberikan informasi yang akurat, melibatkan dalam pengambilan keputusan serta menghargai dan menghormati pasien dan keluarga [16]. Melakukan EOLC di ruang intensif berbeda dengan di ruang perawatan lain karena perbedaan karakteristik pasien dan situasi [17].

Lingkungan dan Sarana

Faktor penggunaan teknologi dan faktor lingkungan memegaruhi perawat dalam melaksanakan perawatan EOL. Lingkungan ICU penuh dengan kebisingan suara monitor dan instrument sehingga dapat mengurangi kualitas perawatan EOL yang harus khidmat dan tenang [3]. Lingkungan yang tenang berkontribusi menciptakan suasana yang tenang dan perasaan damai bagi pasien yang menghadapi akhir hayat [18].

Dalam melakukan EOLC, perawat menghadapi kondisi stress karena faktor organisasi dan kebijakan. Tidak tersedianya perawatan khusus paliatif untuk pasien-pasien terminal memberi kesan bahwa organisasi dan kebijakan sepenuhnya belum mendukung upaya pemberian perawatan EOLC yang maksimal [17]. Ketersediaan SOP dan sikap pimpinan serta organisasi yang mengatur kebijakan mengenai pelaksanaan EOLC yang berkontribusi dianggap mampu memudahkan pelaksanaan EOLC [4].

Perawatan EOL yang terbaik akan diberikan melalui penggunaan teknologi secara bijaksana melalui pertimbangan kenyamanan tindakan, dalam rangka meningkatkan kualitas hidup dan mencapai kematian yang damai [8].

Dalam memberikan perawatan EOL, perawat menghadapi kondisi stress karena faktor organisasi dan kebijakan. Tidak tersedianya perawatan khusus paliatif untuk pasien-pasien terminal memberi kesan bahwa organisasi dan kebijakan sepenuhnya belum mendukung upaya pemberian perawatan EOL yang maksimal [12].

Tabel. 1. Rangkuman Telaah Literatur

Sumber	Tahun	Hasil
Chuleeporn Prompahakul, Kittikorn Nilmanat, Waraporn Kongsuwan	2011	Terdapat tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat dalam memberikan EOL. Faktor tersebut adalah faktor personal perawat (umur, pengalaman kerja, pelatihan, pengalaman pribadi merawat keluarga yang sekarat, pendidikan, stress moral), faktor teknologi (perawat lebih fokus melakukan evaluasi pada hasil yang ditampilkan oleh monitor, perawat kadang lupa melakukan advokasi tentang peralatan-peratalan canggih di ICU sehingga membuat pasien dan keluarga merasa cemas dan bingung), faktor lingkungan (jumlah perawat tidak seimbang dengan pasien, kamar ICU yang sempit dan dipenuhi dengan alat-alat sehingga keluarga merasa tidak nyaman, perawat tidak peka terhadap kepercayaan dan keyakinan pasien dan keluarga).
Silveira *et al.*	2012	Lima faktor yang memengaruhi kemampuan perawat dalam melakukan EOL, yaitu perawatan yang berkesinambungan untuk membantu pasien mengambil keputusan terhadap terapi dan harapan mereka untuk mencapai kematian yang bermakna, menyediakan waktu khusus bagi perawat untuk bisa berdiskusi dengan pasien dan keluarga dalam mengidentifikasi kebutuhan juga memberi dukungan secara emosional, tersedianya akses informasi yang adekuat, dilakukannya koordinasi dalam perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan kewenangan untuk bertindak atas nama pasien mereka.
Naidoo *et al.*	2014	Faktor internal perawat meliputi pengetahuan, sikap, persepsi serta dilema etis yang dialami saat melakukan EOL
Valiee, Negarandeh dan Nayeri	2012	Faktor lingkungan meliputi keadaan umum pasien, keterlibatan keluarga serta nilai-nilai kepercayaan yang dianut oleh pasien dan keluarganya. konteks sosial budaya serta agama yang dianut oleh perawat mempengaruhi kecenderungan mereka dalam memandang kehidupan, kematian dan pengambilan keputusan tentang terminasi kehidupan bagi pasien yang berada dalam kondisi sekaratkonteks sosial budaya serta agama yang dianut oleh perawat mempengaruhi kecenderungan mereka dalam memandang kehidupan, kematian dan pengambilan keputusan tentang terminasi kehidupan bagi pasien yang berada dalam kondisi sekarat
Gaudine *et al.*	2011	Kadangkala perawat sulit mengambil keputusan untuk menentukan kapan pasien memasuki tahap terminasi kehidupan ketika pasien masih menggunakan bantuan pernapasan dan penambahan obat-obatan

Latour *et al*	2009	Perawat perlu mempertimbangkan untuk melaksanakan serangkaian protap tindakan ketika mereka mengetahui dengan jelas bahwa pasien tidak memiliki harapan hidup.
Alligood	2014	Perawatan EOL yang terbaik akan diberikan melalui penggunaan teknologi secara bijaksana melalui pertimbangan kenyamanan tindakan, dalam rangka meningkatkan kualitas hidup dan mencapai kematian yang damai
Gelinas, Fillion, Robitaille, dan Truchon	2012	Dalam memberikan perawatan EOL, perawat menghadapi kondisi stress karena faktor organisasi dan kebijakan. Tidak tersedianya perawatan khusus paliatif untuk pasien-pasien terminal memberi kesan bahwa organisasi dan kebijakan sepenuhnya belum mendukung upaya pemberian perawatan EOL yang maksimal

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menyebutkan variasi faktor-faktor yang memengaruhi sikap perawat dalam memberikan asuhan EOL pasien terminal dan menjelang ajal di ICU. Faktor-faktor internal yang bersumber dari dalam diri perawat sepert usia, pengalaman kerja, pelatihan EOL yang pernah dijalani, pendidikan dan pengetahuan serta stress moral. Hal tersebut akan memengaruhi performa perawat dalam memberikan EOL. Faktor eskternal seperti lingkungan ketersediaan sarana dan prasarana juga memberikan pengaruh yang signifikan bagi perawat dalam memberikan EOL.

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan penyakit terminal sangat menuntut dan menegangkan. Membantu pasien menjelang ajal untuk meraih kembali martabatnya dapat menjadi salah satu penghargaan terbesar dalam proses keperawatan. Perawat dapat berbagi penderitaan klien menjelang ajal dan melakukan intervensi untuk dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Klien menjelang ajal harus dirawat dengan respek dan perhatian.

KESIMPULAN

Faktor yang memengaruhi perilaku perawat dalam memberikan asuhan EOL pasien terminal di ICU adalah faktor personal/internal perawat, faktor pasien dan keluarga, faktor lingkungan dan sarana.

DAFTAR PUSTAKA

1. Urden, L.D., Satcy, K.M., Lough, M.E. 2010. Critical Care Nursing : Diagnosis and Management 6th Edition. Mosby, Elsevier.
2. Thurston, A.J., Wilson, D.M., Hewitt, J.A. 2011. Current End of Life Care Needs and Care Practices in Acute Care Hospitals. Hinddawi Publishing Corp, Nursing Research and Practice Vol.2011, Article ID 869302, 8pages. DOI : 10.1155/2011/869302
3. Prompahakul BSN, Nilmanat K, Kongsuwan W. 2011. Factors relating to nurses' caring behaviours for dying patients. Nurse Media Journal of Nursing 1: 15-27.
4. Naidoo V, Sibiya M. 2014. Experiences of Critical Care Nurses of Death and Dying in an Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. J Nurs Care 3: 179. doi:10.4172/2167-1168.1000179
5. Lewis, K. 2013. How Nurse can help ease patient transtition to end of life care. Nursing Older People, 2013, 25(8):22-26 . DOI 10.7748/nop2013.10.25.8.22.e479.

6. Latour JM, Fulbrook P, Albarran JW. 2009. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nursing in Critical Care*; 14: 110–121.
7. Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. (2011). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*; 18: 9–19.
8. Alligood, M.R., 2014. Nursing Theorists and their Works (8th ed.). USA: Mosby Elsevier.
9. Clark *et al.* 2006. Cultural issues surrounding endof- life care. *Current Anaesthesia & Critical Care*; 17: 263–270.
10. Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The Role of Palliative Care at the End of Life. *The Ochsner Journal*, *11*(4), 348–352.
11. Maria J. Silveira, Scott Y.H. Kim, Kenneth M. Langa. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death. N Engl J Med 2010; 362:1211-1218April 1, 2010DOI: 10.1056/NEJMsa0907901
12. Gelinas, Fillion, Robitaille, dan Truchon. Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the intensive care unit. Can J Nurs Res. 2012 Mar;44(1):18-39
13. Browning, Annette M. Moral Distress And Psycholigical Empowerment in Critical Care Nurses Caring for Adults at End Of Life. American Association of Critical-Care Nurses March 2013 Vol 22 N. 2. doi: http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013437
14. Judith A. Adams, Donald E. Bailey Jr., Ruth A. Anderson, and Sharron L. Docherty. Nursing Roles and Strategies in End-of-Life DecisionMaking in Acute Care: A Systematic Reviewof the Literature. Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice Volume 2011, Article ID 527834, 15 pages doi:10.1155/2011/527834
15. Janssen DJA, Boyne JJ, Jörg L, Pfisterer ME, Rickli H, et al. (2016) Religious Beliefs towards the End of Life among Elderly Patients with Chronic Heart Failure and the Relationship with End-Of-Life Preferences. J Palliat Care Med 6: 244. doi:10.4172/2165-7386.1000244
16. Rebecca W. Johnson, L. Kristin Newby, Christopher B. Granger, Wendy A. Cook, Eric D. Peterson, Melvin Echols, Wanda Bride, and Bradi B. Granger. Differences in Level of Care at The End of Life Accroding to Race. American Association of Critical-Care Nurses July 2010, Volume 19, No 4. doi: 10.4037/ajcc2010161
17.
18. Ranse, K., Yates, P., Coyer, F. End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. Australian Critical Care (2012) 25, 4—12
19. Kongsuwan,W. & Locsin R.C. 2009. Promotion peaceful death in the intensive care unit in Thailand international Nursing Review 56,116-122

Hubungan Perilaku Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo

Risnawati
Staf Pengajar Prodi DIII Keperawatan
STIKES Karya Kesehatan Kendari

Abstrak

Salah satu penyakit yang terus menerus mendapat perhatian serius dari Pemerintah dan Dinas Kesehatan pada seluruh Wilayah di Indonesia yaitu Demam Berdarah Dengue (DBD). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara perilaku kesehatan keluarga dengan kejadian penyakit demam berdarah dengue di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo- Lepo. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan April - Mei 2016. Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga yang berada di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo yang berjumlah sebanyak 2.018 KK. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 64 KK. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner, data diolah dengan menggunakan analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi, analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel *dependent* dan *inpendendent*. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *SPSS* kemudian disajikan dalam tabel distribusi dan gambar dan selanjutnya dijelaskan secara narasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo.
Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Tindakan, Demam Berdarah Dengue

Abstract

One of the diseases that constantly get serious attention from the Government and the Department of Health in all areas in Indonesia, namely Dengue Hemorrhagic Fever (DHF). This study aims to determine the relationship between health behaviors of families with incidence of dengue fever in the Village Baruga Baruga sub-district Puskesmas Lepo- Lepo. This study was conducted in April-May 2016. The research is a survey research with cross sectional analytic. The population in this study were all heads of families residing in the village Baruga Baruga Subdistrict in Puskesmas-Lepo Lepo numbering as many as 2,018 households. The number of samples in this study as many as 64 families. The data collection is done by using a questionnaire, data is processed using univariate analysis to look at the frequency distribution, bivariate analysis to look at the relationship between a dependent variable and inpendendent. Data processing was performed using SPSS are presented in tables and image distribution and further described in the narrative. The results showed that there is a relationship between knowledge, attitudes, and actions with the incidence of Dengue Hemorrhagic Fever in Puskesmas Baruga-Lepo Lepo.
Keywords : Knowledge, Attitude, Action, Dengue Hemorrhagic Fever

PENDAHULUAN

Salah satu penyakit yang terus menerus mendapat perhatian serius dari Pemerintah dan Dinas Kesehatan pada seluruh Wilayah di Indonesia yaitu Demam Berdarah Dengue (DBD). Penyakit ini adalah penyakit infeksi virus yang dibawa melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Biasanya ditandai dengan demam selama 2-7 hari, adanya bintik merah pada tubuh dan adanya manifestasi perdarahan. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) sampai saat ini masih

merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk.

Wilayah di Indonesia seluruhnya mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit demam berdarah *dengue* karena virus penyebab dan nyamuk penular *Aedes Aegepty* tersebar luas, baik dirumah-rumah maupun di tempat umum, kecuali yang berada pada ketinggian lebih dari 1000 meter di atas permukaan laut. Faktor penyebab yang mempengaruhi penularan demam berdarah *dengue* secara epidemiologi terjadi karena adanya interaksi antara *host* (manusia dan nyamuk penular), *agent* (virus) dan *environment* (kondisi lingkungan). Selain itu pula dipengaruhi oleh karena perilaku masyarakat yang kurang baik dalam pemberantasan sarang nyamuk dan pemeliharaan lingkungan, sehingga risiko terjadinya penyakit DBD semakin meningkat (Sears, dkk., 2008).

Perilaku masyarakat terdiri atas pengetahuan, sikap dan tindakan. Masyarakat yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit DBD tentunya akan memiliki sikap yang baik terhadap pencegahan penyakit DBD yang akan diaplikasikan pada tindakan pencegahan terjadinya penyakit DBD. Begitupun sebaliknya masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit DBD tentunya akan memiliki sikap yang kurang terhadap pencegahan penyakit DBD yang tentunya tindakan pencegahan terhadap terjadinya penyakit DBD tidak akan maksimal dilakukan oleh masyarakat tersebut.

Olehnya itu perilaku keluarga sangat mempengaruhi upaya pencegahan terjadinya penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD). Upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dapat dilakukan dengan cara memberantas sarang nyamuk *Aedes Aegepty,* memelihara kebersihan lingkungan dan melakukan fogging atas bantuan tenaga kesehatan. Tindakan tersebut akan memberikan dampak yang positif atau menurunkan resiko terjadinya penyakit DBD oleh karena perkembangbiakan nyamuk *Aedes Aegepty* (Yotopranoto, 2007).

Kejadian DBD Di Provinsi Sulawesi Tenggara pada setiap tahun selalu mengalami peningkatan. Jumlah kejadian DBD pada tahun 2010 di Provinsi Sulawesi Tenggara yaitu *Insidence Rate* (IR) sebesar 3,15 per 100.000 penduduk, *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 3,15, tahun 2011 yaitu IR sebesar 5,01 per 100.000 penduduk dan CFR sebesar 0,71, tahun 2012 yaitu IR sebesar 4,62 per 100.000 penduduk dan CFR yaitu 0,89 sedangkan pada tahun 2013 yaitu IR sebesar 2,56 per 100.000 penduduk dan CFR yaitu 1,56 dan tahun 2014 yaitu IR sebesar 3,41 per 100.000 penduduk dan CFR yaitu 1,84 (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sultra, 2015).

METODE

Penelitian yang dilakukan adalah menggunakan desain penelitian survey analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang dilaksanakan pada dilaksanakan pada bulan April - Mei 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga yang berada di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo yang berjumlah sebanyak 2.018 KK. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari Kepala Keluarga yang berdomisili di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo. Tekhnik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan *simple random sampling* dengan cara jumlah KK di tiap RT di bagi dengan keseluruhan jumlah KK di kali dengan jumlah sampel.

HASIL

1. Variabel Penelitian

a. Kejadian DBD

Tabel 1 : Distribusi Frekuensi Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari

No	Kejadian DBD	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Tidak Menderita DBD	55	85,9
2	Menderita DBD	9	14,1
	Jumlah	64	100

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Pada tabel 6 menunjukkan distribusi frekuensi dari 64 responden berdasarkan faktor kejadian DBD, diperoleh sebagian besar pada kriteria tidak menderita DBD yaitu 55 orang (85,9%) dan sebagian kecil menderita DBD yaitu 9 orang (14,1%).

b. Pengetahuan

Tabel 2 : Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden Tentang Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari

No	Pengetahuan	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Cukup	56	87,5
2	Kurang	8	12,5
	Jumlah	64	100

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Pada tabel 7 menunjukkan distribusi frekuensi dari 64 responden berdasarkan pengetahuan tentang kejadian DBD, diperoleh sebagian besar pada kriteria cukup yaitu 56 orang (87,5%) dan sebagian kecil kurang yaitu 8 orang (12,5%).

c. Sikap

Tabel 3 : Distribusi Frekuensi Sikap Responden Tentang Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo

No	Sikap	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Cukup	54	84,4
2	Kurang	10	15,6
	Jumlah	64	100

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Pada tabel 8 menunjukkan distribusi frekuensi dari 64 responden berdasarkan sikap tentang kejadian DBD, diperoleh sebagian besar pada kriteria cukup yaitu 54 orang (84,4%) dan sebagian kecil kurang yaitu 10 orang (15,6%).

d. Tindakan

Tabel 4 : Distribusi Frekuensi Tindakan Responden Tentang Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari

No	Tindakan	Jumlah (n)	Persentase (%)
1	Cukup	57	89,1
2	Kurang	7	10,9
	Jumlah	64	100

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Pada tabel 9 menunjukkan distribusi frekuensi dari 64 responden berdasarkan tindakan tentang kejadian DBD, diperoleh sebagian besar pada kriteria cukup yaitu 57 orang (89,1%) dan sebagian kecil kurang yaitu 7 orang (10,9%).

2. Hasil Analisis Bivariat

a. Hubungan pengetahuan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue*

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behavior).Pengetahuan seseorang akan mempengaruhi seseorang dalam upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah *Dengue*.

Tabel 5 : Analisis Hubungan Pengetahuan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari

Pengetahuan	Kejadian DBD				Total		X^2 tabel	X^2 hit *P Value* *Phi*
	Tidak Menderita		Menderita					
	n	%	N	%	n	%		
Cukup	53	94,6	3	5,4	56	100	3.841	28,094 0,000 0,663
Kurang	2	25,0	6	75,0	12	100		
Total	55	85,9	9	14,1	64	100		

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Tabel 10 menunjukkan bahwa dari 64 responden terdapat 56 responden yang memiliki pengetahuan cukup dan 12 responden yang memiliki pengetahuan kurang. Dari 56 responden yang memiliki pengetahuan cukup terdapat 53 responden (94,6%) yang tidak menderita penyakit DBD dan 3 responden (5,4%) yang menderita penyakit DBD. Selanjutnya dari 12 responden yang memiliki pengetahuan kurang terdapat 2 responden (25,0%) yang tidak menderita penyakit DBD dan 6 responden (75,0%) yang menderita penyakit DBD.

Hasil uji statistik diperoleh nilai X^2 hitung = 28,094 dan X^2 tabel = 3,841. Karena nilai X^2 hitung (28,094) > X^2 tabel (3,841) dan nilai P value 0,000 (0,000 < 0,05), maka Ho ditolak dan Ha diterima. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kejadian DBD. Sedangkan nilai *phi* (uji keeratan hubungan) yaitu 0,663 yang menunjukkan kekuatan hubungan kuat antara pengetahuan dengan kejadian DBD.

b. Hubungan sikap dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue*

Sikap (*attitude*) selalu berkenaan dengan obyek tertentu yang dapat merupakan sikap pandangan atau sikap perasaan dan memberi kecenderungan kepada seseorang untuk bertindak atau berbuat sesuai dengan sikapnya terhadap sesuatu obyek sikap.

Tabel 6 : Analisis Hubungan Pengetahuan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Kecamatan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari

Sikap	Kejadian DBD				Total		X^2 tabel	X^2 hit *P Value* *Phi*
	Tidak Menderita		Menderita					
	n	%	N	%	n	%		
Cukup	53	98,1	1	1,9	54	100	3.841	42,639 0,000 0, 816
Kurang	2	20,0	8	80,0	10	100		
Total	55	85,9	9	14,1	64	100		

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Tabel 11 menunjukkan bahwa dari 64 responden terdapat 54 responden yang memiliki sikap cukup dan 10 responden yang memiliki sikap kurang. Dari 54 responden yang memiliki sikap cukup terdapat 53 responden (98,1%) yang tidak

menderita penyakit DBD dan 1 responden (1,9%) yang menderita penyakit DBD. Selanjutnya dari 10 responden yang memiliki sikap kurang terdapat 2 responden (20,0%) yang tidak menderita penyakit DBD dan 8 responden (80,0%) yang menderita penyakit DBD.

Hasil uji statistik diperoleh nilai X^2 hitung = 42,639 dan X^2 tabel = 3,841. Karena nilai X^2 hitung (42,639) > X^2 tabel (3,841) dan nilai P value 0,000 (0,000 < 0,05), maka Ho ditolak dan Ha diterima. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan kejadian DBD. Sedangkan nilai *phi* (uji keeratan hubungan) yaitu 0,816 yang menunjukkan kekuatan hubungan sangat kuat antara sikap dengan kejadian DBD.

c. Hubungan tindakan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue*

Tindakan merupakan suatu perilaku nyata yang dilakukan seseorang. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan.

Tabel 7 : Analisis Hubungan Tindakan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo

Tindakan	Kejadian DBD				Total		X^2 tabel	X^2 hit *P Value* *Phi*
	Tidak Menderita		Menderita					
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	54	94,7	3	5,3	57	100	3.841	33,390 0,000 0,722
Kurang	1	14,3	6	85,7	7	100		
Total	55	85,9	9	14,1	64	100		

Sumber Data : Primer, diolah bulan Mei 2016

Tabel 12 menunjukkan bahwa dari 64 responden terdapat 57 responden yang memiliki tindakan cukup dan 7 responden yang memiliki tindakan kurang. Dari 57 responden yang memiliki tindakan cukup terdapat 54 responden (94,7%) yang tidak menderita DBD dan 3 responden (5,3%) yang menderita DBD. Selanjutnya dari 7 responden yang memiliki tindakan kurang terdapat 1 responden (14,3%) yang tidak menderita DBD dan 6 responden (85,7%) yang menderita DBD.

Hasil uji statistik diperoleh nilai X^2 hitung = 33,390 dan X^2 tabel = 3,841. Karena nilai X^2 hitung (33,390) > X^2 tabel (3,841) dan nilai P value 0,000 (0,000 < 0,05), maka Ho ditolak dan Ha diterima. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan dengan kejadian DBD. Sedangkan nilai *phi* (uji keeratan hubungan) yaitu 0,722 yang menunjukkan kekuatan hubungan kuat antara tindakan dengan kejadian DBD

PEMBAHASAN

1. Hubungan pengetahuan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan kuat antara pengetahuan dengan kejadian penyakit DBD di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Warsito (2005) tentang hubungan perilaku masyarakat tentang penyakit demam berdarah dengue dengan keberadaan jentik nyamuk Aedes Aegypti di Kelurahan Sekejati Kota Bandung menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan responden dengan keberadaan jentik nyamuk (p value =0,133).

Pengetahuan responden yang kurang dikarenakan responden kurang memiliki sumber informasi yang tepat atau oleh karena responden masih memiliki pengetahuan yang

minim tentang jentik nyamuk *Aedes Aygepti* dan penyakit DBD baik yang diperoleh secara mandiri melalui membaca buku kesehatan/majalah kesehatan dan media elektronik (TV dan radio) serta dipengaruhi pula oleh tingkat pendidikan responden sehingga mempengaruhi pengetahuan mereka. Namun walaupun responden memiliki pengetahuan yang kurang tentang jentik dan nyamuk *Aedes Aygepty dan* penyakit DBD namun responden memiliki kebiasaan yang baik dalam membersihkan penampungan air dan lingkungan rumah.

Menurut WHO dalam Notoatmodjo, (2007) mengatakan bahwa pengetahuan pada umumnya didapatkan dari pengalaman dan informasi yang didapatkan dari guru, orang tua, teman, buku, media massa, petugas kesehatan dan lain – lain. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behavior). Makin tinggi pendidikan seseorang, makin tinggi kesadaran untuk berperan serta.

2. Hubungan sikap dengan kejadian Demam Berdarah Dengue

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan sangat kuat antara sikap dengan kejadian DBD di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2006) tentang hubungan perilaku dengan kejadian DBD di RT 02/11 Kelurahan Tambakaji Kota Semarang Tahun 2006, menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kejadian DBD (p value = 0,001).

Newcomb dalam Notoatmodjo (2003), mengatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesedian untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Allport *dalam* Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, yakni : Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek, Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek, Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor-faktor tersebut dalam ikut membentuk sikap manusia.

3. Hubungan tindakan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan kuat antara tindakan dengan kejadian DBD di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nugrahaningsih, dkk (2010) tentang hubungan faktor lingkungan dan perilaku masyarakat dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di wilayah kerja Puskesmas Kuta Utara menunjukkan ada hubungan antara tindakan dengan kejadian Demam Berdarah Dengue di wilayah kerja Puskesmas Kuta Utara (p value=0,000).

Data yang diperoleh menunjukkan masih terdapat 3 responden (5,3%) yang memiliki tindakan cukup namun memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit DBD. Hal ini dikarenakan walaupun responden sudah memiliki tindakan yang cukup dalam membersihkan tempat penampungan air maupun tempat-tempat lainnya yang dianggap dapat menjadi tempat berkembang biaknya jentik nyamuk *Aedes Aygepti* namun apabila anggota keluarga responden lainnya tidak memahami akan hal tersebut dan tidak bertindak seperti yang dilakukan oleh responden maka risiko untuk terdapatnya jentik nyamuk *Aedes Aygepti* tetap ada. Sebab anggota keluarga responden yang lainnya masih kurang memiliki sumber informasi yang tepat atau oleh karena mereka masih memiliki pengetahuan yang

minim tentang penyakit Demam Berdarah *Dengue* baik yang diperoleh secara mandiri melalui membaca buku kesehatan/majalah kesehatan dan media elektronik (TV dan radio).

Selain itu berdasarkan hasil wawancara dengan responden, ternyata diperoleh informasi bahwa pembersihan tempat penampungan air dan lingkungan sekitar rumah hanya sering dilakukan oleh responden sedangkan anggota keluarga yang kurang memiliki perhatian terhadap hal tersebut sehingga apabila responden sedang sakit atau berada diluar kota maka kondisi penampungan air dan lingkungan sekitar kurang diperhatikan oleh anggota keluarga yang lain.

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2007), menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat yang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor didalam perilaku (*behaviorcouses*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior couses*). perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/ bertindak.

Menurut Tim kerja WHO dalam Notoatmodjo (2007), menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah karena adanya empat alasan pokok yaitu pengetahuan, kepercayaan, sumber daya dan perilaku normal. Pemikiran dan perasaan *(thoughts and feeling)* yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap kepercayaan-kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan).

KESIMPULAN

1. Ada hubungan kuat (*Phi* = 0,663) antara pengetahuan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo.
2. Ada hubungan sangat kuat (*Phi* = 0,816) antara sikap dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo.
3. Ada hubungan kuat (*Phi* = 0,663) antara tindakan dengan kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kelurahan Baruga Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo.

SARAN

1. Diharapkan kepada Pengambil Kebijakan di Kelurahan Baruga agar melakukan koordinasi dengan Pihak Puskesmas Lepo-Lepo dalam memotivasi masyarakat untuk melakukan perilaku hidup bersih agar dapat mencegah keberadaan jentik nyamuk pada penampungan air maupun lingkungan sekitar sehingga kejadian Demam Berdarah Dengue dapat dicegah.
2. Diharapkan kepada petugas kesehatan yang bertanggung jawab pada wilayah Kelurahan Baruga untuk melakukan pemeriksaan/survey jentik secara berkala dan terus meningkatkan kegiatan penyuluhan kesehatan terkait keberadaan jentik nyamuk *Aedes Aygepti* untuk mencegah terjadinya penyakit Demam Berdarah *Dengue*.

.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim. 2015.*Pedoman Penulisan Skripsi*. STIKES Karya Kesehatan Kendari.

Arikunto, 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta, Yogyakarta

Burhan, 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Kencana. Jakarta

Depkes. R.I., 2005. *Petunjuk Teknis Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) oleh Juru Pemantauan Jentik (Jumantik).* Dit. Jen. PPM & PL. Jakarta.

_____., 2007. *Petunjuk Teknis Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) oleh Juru Pemantauan Jentik (Jumantik).* Dit. Jen. PPM & PL. Jakarta.

_____, 2015., *Menuju Desa Bebas Demam Berdarah Dengue.* Jakarta. Dit. Jen. PPM & PLP.

Effendy.2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat.* EGC . Jakarta

Friedman. 2007. *Keperawatan Keluarga*. EGC . Jakarta

Kemenkes RI, 2014. *Waspada DBD di Musim Pancaroba.* Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI.

Mantra .I.B., 2006. *Demografi Umum,* Edisi Kedua. Pustaka Pelajar. Yogyakarta

_____., 2008. *Cara Mudah Mengalahkan Demam Berdarah*. P.T. Kompas Media Nusantara. Jakarta

Notoatmodjo. S., 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan,* P.T. Rineka Cipta. Jakarta.

_____., 2010. *Metodelogi Penelitian Kesehatan,* Cetakan Ketiga. P.T. Rineka Cipta. Jakarta

Soegijanto, S., 2006. *Demam Berdarah Dengue.* Edisi Kedua. Airlangga University Press. Surabaya

Sears, dkk., 2008, *Demam Berdarah Dengue*., Depkes. R.I. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Jakarta

Puskesmas Lepo-Lepo, 2015.*Profil Puskesmas Lepo-Lepo*

Yotopranoto, 2007. *Mewaspadai Penyakit Avian Influenza, Demam Berdarah Dengue dan Malaria,* dalam makalah yang disampaikan dalam seminar sehari di Tropical Disease Center (TDC). Universitas Airlangga. Surabaya

Efektifitas Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Asma Bronchiale Di RSUD Kota Kendari

Muhaimin Saranani
Staf Pengajar Jurusan Keperawatan
Poltekes Kemenkes Kendari

Abstrak

Penyakit saluran nafas merupakan penyakit penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia setelah penyakit gangguan pembuluh darah. Sebanyak antara 1,5 juta sampai 3 juta orang di Indonesia mengidap penyakit asma, dan kurang lebih sepertiga dari kasus asma diantaranya adalah usia dewasa. Masalah utama pada pasien asma yang sering dikeluhkan adalah sesak napas, sehingga pemberian posisi semi fowler dianggap sebagai tindakan alternatif menurunkan sesak. Tujuan; Mengetahui keefektifan posisi semi fowler pada pasien asma dalam menurunkan sesak nafas. Populasi adalah pasien asma bronchiale yang dipilih menjadi sampel dengan cara accidental sampling sebanyak 17 responden. Metode; Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah Pre Eksperiment dengan rancangan One Group Pre test-Post tets. Analisa data : menggunakan uji Wilcoxon Test dengan <0,05. Hasil; hasil analisis menunjukan bahwa pemberian posisi semi fowler berpengaruh menurunkan sesak nafas pada pasien asma bronchiale dengan nilai p = <0,001. Saran; perawat agar lebih memperhatikan ketepatan dalam memberikan posisi semi fowler, sehingga hasil yang diharapkan dalam menurunkan sesak nafas pada pasien dapat tercapai.

Kata Kunci : **Posisi semi fowler, Sesak nafas, Asma.**

Abstract

Diseases of respiratory tract is a disease causes of death of the most Indonesia's second after disease disorder the blood vessels. as much as between 1,5 million up to 3 million people in Indonesia disease asthma, and approximately third of the case with asthma of them is adulthood. the main problem in patients asthma often complained is shortness of breath, thus providing the position of semi Fowler regarded as the action alternative lower shortness. Purpose : knowing the effectiveness of the position of semi Fowler in patients asthma in the lower shortness of breath. Population is patients asthma bronchiale selected to be sampled by way of accidental sampling as much as 17 respondents. Metode : research design used in the study is pre experiment with the design of one group pre test-post tets. Data analysis: use the test wilcoxon test with <0,05. Result : analysis shows that the provision of the position of semi Fowler affected lower shortness of breath in patients asthma bronchiale with value of P = <0,001. Suggestions : nurses to pay more attention to the accuracy in providing the position of semi Fowler, so the expected result in lower shortness of breath in patients can be achieved.

Keywords :the position of semi Fowler, shortness of breath, asthma.

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) memperkirakan saat ini 100-155 juta penduduk di dunia menderita asma dan di perkirakan akan semangkin bertambah 180 juta di setiap tahunnya. Hampir separuh dari seluruh pasien asma pernah dirawat di rumah sakit dan melakukan kunjungan ke bagian gawat darurat setiap tahunnya, berdasarkan laporan NCHS (*national center for health statistics)* tahun 2010 terdapat 4,447 kematian yang disebabkan oleh penyakit asma atau sekitar 6,5% dari total populasi (Rengganis, 2011).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2011) di Indonesia mengatakan penyakit asma masuk dalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian. Angka kejadian asma 80% terjadi di negara berkembang akibat kemiskinan, kurangnya tingkat pendidikan, pengetahuan dan fasilitas pengobatan. Berdasarkan data yang di peroleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, prevalensi kasus asma di Jawa Tengah pada tahun 2012 sebesar 0,42% dengan prevalensi tertinggi di Kota Surakarta sebesar 2,46%.

Di Sulawesi Tenggara khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari, jumlah kasus *Asma Bronchiale* cukup tinggi. Berdasarkan data *medical record* RSUD Kota Kendari, jumlah pasien *Asma Bronchiale* yang masuk pada tahun 2013 Adalah bejumlah 77 orang, sedangkan pada tahun 2014 adalah berjumlah 45 orang. Dan pada tahun 2015 jumlah pasien *Asma Bronchiale* mengalami peningkatan yaitu berjumlah 49 orang.

Sesak napas merupakan perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat yang hanya dapat di rasakan oleh individu tersebut tanpa dapat di rasakan oleh orang lain. Sesak napas selalu berhubungan dengan proses inflamasi yang menyebabkan peningkatan produksi mukus pada bronchus yang menggambarkan keadaan inflamasi seperti tersebut diatas (Price & Wilson, 2006).

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, sejak Januari 2011 - Juni 2012 jumlah pasien yang meninggal akibat dari sesak yang berkelanjutan dan gagal nafas adalah sebanyak 126 orang. Penanganan sesak napas biasanya dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Penggunaan obat-obatan untuk menangani dispnea memang telah terbukti dapat menurunkan dispnea pasien, namun penggunaan obat-obatan dalam waktu lama dapat menimbulkan efek samping. Efek samping tersebut dapat berefektoksik pada saraf pusat, hati maupun ginjal yang dapat memperparah bahkan menyebabkan komplikasi penyakit yang lain.

Pemberian posisi *semi fowler* pada pasien asma telah di lakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas. Keefektifan dari tindakan tersebut dapat dilihat dari *Respiratory Rates* yang menunjukkan angka normal yaitu 16-24x per menit pada usia dewasa (Ruth, 2002).

Hasil penelitian Wilkison (Supad fbi, dkk 2008) bahwa posisi *semi fowler* dimana kepala dan tubuh dinaikkan 45º membuat oksigen didalam paru–paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran napas. Penurunan sesak napas tersebut didukung juga dengan sikap pasien yang kooperatif, patuh saat di berikan posisi *semi fowler* sehingga pasien dapat bernafas. Hasil perbedaan tersebut menunjukkan ada pengaruh pemberian posisi *semi fowler* terhadap sesak nafas. Hasil penelitian Safitri (2011) bahwa Pemberian posisi *semi fowler* pada pasien asma dapat efektif mengurangi sesak nafas. Hal ini dapat diketahui melalui sebelum dan sesudah pemberian *semi fowler* ada peningkatan pasien sesak nafas berat ke sesak nafas ringan. Pernapasan pada pasien asma yang mengalami sesak napas sebelum diberikan posisi *semi fowler*, termasuk sesak nafas berat karena posisi tidur telentang. Pernapasan pada pasien asma yang mengalami sesak napas sesudah diberikan posisi *semi fowler*, termasuk sesak nafas ringan karena posisi tidur dengan derajat kemiringan 45°.

Berdasarkan pengamatan peneliti bahwa pemberian posisi semi fowler telah di lakukan selama ini, namun masih kurang memperhatikan ketepatan posisi atau perubahan yang terjadi setelah pemberian posisi tersebut, apakah terjadi perubahan pada dispnea ataukah dispnea menetap. Perawat terkesan lebih mengandalkan pada pengobatan farmakologi. Dan dari peneliti sebelumnya belum pernah melakukan penelitian tentang efektiifitas posisi *semi fowler* terhadap penurunan sesak napas pada pasien *Asma Bronchiale* khususnya di RSUD Kota Kendari. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian mengenai "Efektifitas posisi *semi fowler* terhadap penurunan sesak napas pada pasien *Asma Bronchiale* Di RSUD Kota Kendari",

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *Pre eksperimen*. Dengan pendekatan *The One-Group Pretest-Posttest Design*, yaitu desain pre eksperimen yang di lakukan dengan pretest sebelum diberikan

perlakuan dan posttest setelah di berikan perlakuan. Peneliti ingin mengetahui efektifitas posisi *semi fowler* terhadap penurunan sesak napas pada pasien *asma bronchiale*. Dalam penelitian ini hasil perlakuan dapat diketahui dengan lebih akurat, karena dapat membandingkan dengan keadaan sebelum dan sesudah diberi perlakuan. Dimana sesak napas diukur sebelum dan setelah pemberian posisi semi fowler.

HASIL PENELITIAN

1. Analisa Univariat
   a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Umur

Umur (tahun)	n	%
18-44	7	41,2
45-71	8	47,1
≥72	2	11,8
Total	17	100

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan umur terbanyak berada pada kategori 45-71 tahun yaitu 8 responden (47,8%), sedangkan kelompok terendah yaitu umur ≥72 tahun sebanyak 2 responden (11,8%).

   b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	n	%
Laki - Laki	11	64,7
Perempuan	6	35,3
Total	17	100

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak adalah laki-laki yaitu 11 responden (64,7%), kemudian diikuti perempuan sebanyak 6 responden (35,3%).

   c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	n	%
SD	7	41,2
SMP	4	23,5
SMA	5	29,4
S1	1	5,9
Total	17	100

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan terbanyak adalah SD yaitu 7 responden (41,2%), sedangkan paling sedikit adalah S1 sebanyak 1 responden (5,9%).

   d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	n	%
Tidak Bekerja	5	29,4
Petani	6	35,3
Wiraswasta	4	23,5
PNS	1	5,9
Pensiun	1	5,9
Total	17	100

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan terbanyak adalah petani yaitu 6 responden (35,3%), sedangkan paling sedikit adalah PNS dan pensiun masingmasing sebanyak 1 responden (5,9%).

e. Derajat Sesak Nafas Pre-Intervensi

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Derajat Sesak Nafas (Pre-Intervensi)

	n	Rerata±s.b
Derajat Sesak Nafas Pre-Intervensi	17	4,94± 0,96

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi derajat sesak nafas responden sebelum pemberian posisi semi fowler diperoleh rerata 4,94 dengan simpang baku 0,96.

f. Derajat Sesak Nafas Post-Intervensi

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Derajat Sesak Nafas (Post-Intervensi)

	n	Rerata±s.b
Derajat Sesak Nafas Post-Intervensi	17	3,29± 1,10

Sumber : Data Primer 2016

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi derajat sesak nafas responden setelah pemberian posisi semi fowler diperoleh rerata 3,29 dengan simpang baku 1,10.

2. Analisis Bivariat

Untuk membuktikan efektifitas pemberian posisi semi fowler dalam menurunkan sesak nafas digunakan uji t berpasangan. Akan tetapi, criteria uji hipotesa dalam penelitian ini tidak memenuhi kriteria yaitu sebaran data tidak normal meskipun telah dilakukan transformasi data sehingga digunakan uji alternatif yaitu *Wilcoxon Test*. Adapun hasil analisis bivariat yang dilakukan adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak nafas pada pasien asma bronchiale di RSUD Kota Kendari tahun 2016 (n = 17)

	Median (min – max)	Rerata±s.b	*p*
Derajat sesak nafas sebelum intervensi	5 (4 – 7)	4,94± 0,96	<0,001
Derajat sesak nafas setelah intervensi	3 (2 – 6)	3,29± 1,10	

* *uji wilcoxon*

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa terdapat perbedaan derajat sesak nafas pada pasien asma bronchiale sebelum dan sesudah pemberian posisi semi fowler dimana nilai median sebelum pemberian posisi diperoleh 5 dan setelah pemberian posisi menjadi 3. Demikian halnya hasil analisis wilcoxon diperoleh nilai $p = <0{,}001$ ($p < 0{,}05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler efektif secara signifikan menurunkan sesak nafas pada pasien asma bronchiale.

PEMBAHASAN

Secara statistik, pemberian posisi semi fowler pada pasien asma bronchiale dibuktikan efektif dan signifikan menurunkan sesak nafas yang dialami. Hal ini ditunjukan dari hasil analisis *Wilcoxon test* didapatkan nilai $p = <0{,}001$ ($p < 0{,}05$) dengan kata lain H0 ditolak.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Safitri dan Andriyani (2011) di RSUD DR. Moewardi Surakarta yang menyimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler dengan kepala ditinggikan 45 derajat dapat menurunkan sesak nafas secara efektif oleh karena efek gaya gravitasi sehingga membantu mengurangi tekanan abdomen dan meningkatkan pengembangan paru.

Secara fisiologis, pemberian posisi semi fowler dengan meninggikan kepala pasien pada dasarnya akan meningkatkan kadar oksigen didalam paruparu sehingga mengurangi kesukaran

bernapas. Mekanisme ini tentunya melibatkan adanya perubahan pada anatomis tubuh yaitu dengan meninggikan kepala dengan kemiringan 450 menimbulkan efek gaya gravitasi. Dengan adanya efek gaya gravitasi ini menyebabkan organ-organ yang berada dirongga peritoneum cendurung kebawah sehingga tekanan intra abdomen terhadap rongga thoraks berkurang pula. Selain itu, efek grafitasi ini pula memberikan dampak terhadap meningkatnya ekspansi paru selama proses inspirasi sehingga jumlah oksigen yang masuk semakin lebih banyak, dan posisi ini pula dapat memberikan kenyamanan bagi penderita (Kozier, dkk, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Singal, Thaker, dan Deviputra (2013) di India menemukan demikian, dimana responden yang diberikan posisi semi fowler 450 sebanyak 64% mengatakan merasakan lebih baik dalam bernapas selama serangan sesak nafas.

Mekanisme yang telah di jelaskan diatas tergambar jelas pula pada data yang dihasilkan dalam penelitian ini. Dimana terjadinya perubahan nilai median dari sebelum intervensi yaitu 5 dan setelah intervensi menjadi 3. Hal ini tentunya ditunjang dari pola hubungan antara variabel sebelum dan sesudah intervensi pada 17 responden, dimana 100% responden menunjukan hubungan yang negatif (*negative ranks*) sehingga nilai *Z score* yang diperoleh bernilai negatif (Z = -3,758). Dengan kata lain bahwa, dengan pemberian posisi semi fowler akan menyebabkan perubahan nilai skala sesak nafas yang dialami pasien asma bronchiale dibandingkan sebelum pemberian tindakan.

Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Majampoh, Rondonuwu, dan Onibala (2013) pada 40 responden yang menderita TB di RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado menyimpulkan bahwa pemberian posisi semi fowler memiliki pengaruh yang besar dalam kestabilan pola nafas dimana terjadi penurunan nilai frekuensi nafas, nilai yang diperoleh berkurang sehingga akan nampak nilai negatif dalam analisis data.

Selain itu, dari hasil penelitian ini juga menunjukan adanya variasi data yang dihasilkan (perubahan nilai skala sesak nafas) sebelum dan sesudah intervensi. Dari 17 responden, ditemukan ada 5 responden (29,4%) yang perubahan skala sesak nafas hanya berkurang 1 poin dibandingkan responden lainnya walaupun dilakukan perlakuan yang sama. Perbedaan respon skala sesak nafas pada responden dari perlakuan ini dapat disebabkan oleh karena adanya obstruksi lain pada saluran nafas seperti sekret yang menumpuk sehingga menyebabkan upaya lebih ekstra pada paru selama proses pernapasan. Kondisi ini dibuktikan peneliti dimana dari hasil pengkajian fisik dari ke 5 responden tersebut ditemukan adanya penumpukan sekret disekitar lapang paru. Pernyataan ini didukung dari pernyataan Brooker (dikutip dalam Majampoh, Rondonuwu, dan Onibala, 2013) dimana penumpukan secret menyebabkan seseorang sulit bernapas karena menghambat aliran udara masuk atau keluar dari paru – paru, karena itu pasien dengan sesak napas akan cenderung melakukan pernapasan pada volume paru yang tinggi dan membutuhkan kerja keras otot – otot pernapasan.

KESIMPULAN

Berdasarkan Hasil Penelitian dapat disimpulkan pemberian posisi semi fowler pada pasien *Asma Bronchiale* di RSUD Kota Kendari efektif menurunkan sesak nafas secara signifikan dengan nilai $p = <0{,}001$.

SARAN

Perawat agar lebih memperhatikan ketepatan dalam memberikan posisi semi fowler, sehingga hasil yang diharapkan dalam menurunkan sesak nafas pasien tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

Anief, M, 2007. *Penggolongan Obat Berdasarkan Khasiat dan Penggunaan*. Yogyakarta, Gadjah Mada University Press. Di akses pada laman http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/42470/2/Reference.pdf tanggal 18 maret 2016.

Ariani , 2009. *Panduan Praktik Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: PT Citra Aji Parama.

Arikunto, 2010. *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.

Asmadi, 2009. *Tekhnik Prosedural Konsep & Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien.* Jakarta : Penerbit Salemba

Chaerunisaa, Y.A. Surahman, E. danSoeryati, S, 2009. *Farmasetika Dasar Konsep Teoritis Dan Aplikasi Pembuatan Obat*. Widya Padjadjaran. Bandung. Hal:8-14 di akses pada laman http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/23428/2/Reference.pdf. tanggal 18 februari 2016.

Direktorat keperawatan dan keteniksian Medik, 2005. *Standar pelayanan keperawatan di ICU*, Jakarta : Dir Jen Pelayanan Medik Dep.kes RI.

GINA,2012. *Pocket Guide For Asthma Management and Prevension. NHLB/WHO*. National Institutes of health.

Hidayat, A, 2008.*Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data.* Jakarta: Salemba Medika.

Junaidi, Iskandar, 2009. *Panduan praktis asma (Pencegahan dan Pengobatan),* Cetakan Kedua. Jakarta : PT. Buana Ilmu Populer. Kemenkes RI, 2011. *Hari Asma Sedunia di BP4 Yogyakarta.*

Kowalac. J, 2011. *Buku ajar patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan*. Jakarta : ECG.

Kozier, dkk, 2010.*BukuAjaran Fundamental Keperawatan Konsep, proses, & Praktek.* Jakarta: EGC.

Kumoro, D, 2008. *Pengaruh Pemberian Senam Asma Terhadap Frekwensi Kekambuhan Asma Bronkial. Untuk Memenuhi Persyaratan Dalam Mendapatkan Gelar Sarjana Sains Terapan Fisioterapi. Skripsi* (tidak di terbitkan). UMS.

Mansjoer, A, 2008. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.

Mchpee S and Ganong W, 2011*. Patofisiologi: Aplikasi Pada Praktik Keperawatan.* Jakarta: EGC.

Muttaqin, A, 2010. *Buku Ajaran Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan.* Salemba Medika.

Muttaqin , A, 2006. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Pernafasan.* Jakarta : Salemba Medika.

Nanda, 2015.*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA Noerth American Nursing Diagnosis Association NIC-NOC* edisi revisi jilid 1.Jogjakarta: Media Action.

Notoatmodjo, S, 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

Notoadmojo, S, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. *In*: *Teknik Pengambilan Sampel*. Jakarta: RinekaCipta, 92.

Pedoman penulisan skripsi Stikes Karya Kesehatan Kendari.

Potter, Perry, 2006. *Buku Ajaran Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktek.* Jakarta: EGC.

Price, Wilson, 2006. *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit, Ed.6, volume 1&2,* Jakarta: EGC.

Rab, Tabrani, 2011. *Ilmu Penyakit Paru.* Jakarta: hipokrutes.

Rengganis, Iris, 2008. *Diagnosis Dan Tatalaksana Asma Bronkial*. Majalah Kedokteran Indonesiavol 58 no 11 nov. pp. 444-51. http://www.idionline.org di akses tanggal 12 Maret 2016

Rudolph, dkk, 2006.*Buku Ajar Pediatric Rudolph*.Jakarta : EGC.

Ruth, F, 2002. *Fundamental Of Nursing Human Healt And Function.* Jakarta: ECG.

Sabri, L., dan Hastanto, S.P, 2002. *Statistic Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Safitri, R. &Andriyani, A, 2011. *Keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak nafas pada pasien asma di ruang rawat inap kelas III RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. GASTER, Volume VIII, No 2. Di akses pada halaman. http://www.jurnal.stikesaisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/29/26 pada 20 februari 2016.

Smeltzer, dkk, 2010.*Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

Somantri, I, 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular edisi 2.* Jakarta: SalembaMedika.

Sugiono, 2010.*Statistika Untuk Penelitian.* Bandung: Alfabeta.

Suhandar, Andradjati R, 2009. *ISO Farmakoterapi*.Jakarta : ISFI Penerbitan.

SudoyoAru, dkk, 2009. *Buku Ajaran Ilmu Penyakit Dalam, Jilid 1,2,3, edisi keempat.* Internal Publishing, Jakarta.

Supadi, dkk, 2008. *Hubungan Analisis Posisi Tidur Semi Fowler dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Jantung di RSU Banyumas Jawah Tengah.* Jurnal Kebidanan dan keperawatan, volume 4. No. 2.

Suparmi, Yulia, dkk, 2010. *Panduan Praktik Keperawatan Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: PT Citra Aji Parama.

Syamsuni, 2006. *Farmasetika Dasar dan Hitungan Farmasi.* Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta

Tarwoto & Wartonah, 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi keempat*. Jakarta : Salemba Medika.

Widodo, 2004. http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/27518/4/Chapter 20II. pdf. di akses pada tanggal 21 februari 2016.

Penerbit

AKPER PPNI Kendari

Jln. Jend. A.H. Nasution. No. 89 G, Kendari, Sulawesi Tenggara

Telp. 0401-3191713 Email : ppniakper@yahoo.com

ISSN : 2356-1653

