

JURNAL KESEHATAN TERPADU

(Integrated Health Journal)

Pengaruh Kompres Hangat Jahe (*Zingiber Officinale Roscoe*) Terhadap Nyeri Pada Penderita Arthritis Gout di Dusun Dusun Waimital Kabupaten Seram Bagian Barat Provinsi Maluku

Tjie Anita Payapo, Wahyuni Aziza, Ayudia Fitriana Pramono

Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Asupan Zat Gizi, Status Gizi pada Pasien HIV/AIDS Rawat Jalan

Mahmud, Yuniarti

Analisis Hubungan Pola Makan dan Aktivitas Fisik Penderita dengan Kekambuhan Penyakit Reumatik di Desa Sepa Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah

Nur Baharia Marasabessy

Hubungan Anemia Ibu Hamil dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan

Nilfar Ruaida

Hubungan Pemenuhan Hak-Hak Perawat dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara

Lucky H. Noya

Hubungan Kepercayaan (*Trust*) dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Masohi Tahun 2014

Irhamdi Achmad

Hubungan Pemenuhan Hak Cuti dan Pengembangan Diri Perawat dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Dacrah Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara

Agnes Batmomolin

Hubungan Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia Program Penanggulangan Tb Paru dengan Efektivitas Kinerja Petugas (Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah)

Abuzar Wakano, Martini Tidore

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Upaya Pencegahan Diri dari Penyakit Menular di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara

Jonathan Kelabora

Pengaruh Penggunaan Daun Pisang sebagai Pembungkus terhadap Kualitas Ikan Cakalang Asap

Muhamad Asrar, Ety Yuni Ristanti

Diterbitkan Oleh :
Tim Pengembangan Jurnal Ilmiah
Politeknik Kesehatan Maluku

JKT	Jilid 6	Nomor 2	Halaman 107 - 204	Ambon, November 2015	ISSN 1978 - 7766
-----	---------	---------	----------------------	-------------------------	---------------------

JKT
JURNAL KESEHATAN TERPADU
ISSN 1978-7766
Jilid 6, Nomor 2, November 2015, hlm 107 - 204

Terbit dua kali dalam setahun pada bulan Mei dan November (Bahasa Indonesia). Berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian dan kajian analitis – kritis di bidang kesehatan.

Redaktur
Cut Mutia

Penyunting Ahli / Mitra Bestari
Hairudin Rasako, Nurlaila Marasabessy, Rahwan Ahmad, Betty A. Sahertian, Wahyuni Aziza,
Abdul Rivai S. Dunggio, Rita R. Pudyastuti

Sekretariat
Michran Masaoly
Johanis Timisela
Nasir Simuna
Farha Assagaf
Aisa Nakul

Desain Grafis dan Fotografer
Suratno Kaluku

Alamat Penyunting dan Tata Usaha : Jurnal Kesehatan Terpadu, Sekretariat : Redaksi Jurnal Kesehatan Terpadu, Jln. Laksdya Leo Wattimena, Negeri Lama, Ambon, Telp: 0911-362947, 0911-362948, Fax 0911-362949, Email : poltekkes_ambon06@yahoo.com, jkt_poltekkes_maluku@yahoo.co.id

Penyunting menerima sumbangan tulisan yang belum pernah diterbitkan di media cetak lain. Naskah diketik dengan spasi 1 pada kertas kwarto, panjang halaman 12-15 halaman sebanyak 3 (tiga) rangkap beserta CD (lebih lanjut baca Petunjuk bagi penulis pada sampul dalam belakang). Naskah yang masuk dievaluasi oleh Penyunting Ahli. Penyunting dapat melakukan perubahan pada tulisan yang dimuat untuk keseragaman format, tanpa mengubah maksud dan isinya.

JKT
JURNAL KESEHATAN TERPADU
ISSN 1978-7766
Jilid 6, Nomor 2, November 2015, hlm 107 - 193

Daftar Isi

	Hal
1. Pengaruh Kompres Hangat Jahe (<i>Zingiber Officinale Roscoe</i>) Terhadap Nyeri Pada Penderita Arthritis Gout di Dusun Dusun Waimital Kabupaten Seram Bagian Barat Provinsi Maluku <i>Tjie Anita Payapo, Wahyuni Aziza, Ayudia Fitriana Pramono</i>	107 – 114
2. Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Asupan Zat Gizi, Status Gizi pada Pasien HIV/AIDS Rawat Jalan <i>Mahmud, Yuniarti</i>	115 – 126
3. Analisis Hubungan Pola Makan dan Aktivitas Fisik Penderita dengan Kekambuhan Penyakit Reumatik di Desa Sepa Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah <i>Nur Baharia Marasabessy</i>	127 – 136
4. Hubungan Anemia Ibu Hamil dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 6-24 Bulan <i>Nilfar Ruaida</i>	137 – 144
5. Hubungan Pemenuhan Hak-Hak Perawat dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara <i>Lucky H. Noya</i>	155 – 154
6. Hubungan Kepercayaan (<i>Trust</i>) dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Masohi Tahun 2014 <i>Irhmedi Achmad</i>	155 – 162
7. Hubungan Pemenuhan Hak Cuti dan Pengembangan Diri Perawat dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara <i>Agnes Batmomolin</i>	163 – 172
8. Hubungan Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia Program Penanggulangan Tb Paru dengan Efektivitas Kinerja Petugas (Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah) <i>Abuzar Wakano, Martini Tidore</i>	173 – 182
9. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Upaya Pencegahan Diri dari Penyakit Menular di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara <i>Jonathan Kelabora</i>	183 – 192
10. Pengaruh Penggunaan Daun Pisang sebagai Pembungkus terhadap Kualitas Ikan Cakalang Asap <i>Muhamad Asrar, Ety Yuni Ristanti</i>	193 – 204

**PENGARUH KOMPRES HANGAT JAHE (*Zingiber officinale roscoe*)
TERHADAP NYERI PADA PENDERITA ARTHRITIS GOUT DI DUSUN DUSUN
WAIMITAL KABUPATEN SERAM BAGIAN BARAT PROVINSI MALUKU**

Tjie Anita Payapo, Wahyuni Aziza, Ayudia Fitriana Pramono

Abstrak

Latar Belakang : *Arthritis Gout* merupakan suatu proses inflamasi yang terjadi karena deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi, penyakit ini menyebabkan banyak keluhan diantaranya, nyeri kaki, lutut, pinggang, tangan, leher dan diberbagai sendi lain nya. Tindakan non farmakologis untuk penderita *Arthritis Gout* diantaranya adalah kompres hangat jahe. Kompres merupakan tindakan mandiri perawat dalam upaya menurunkan nyeri.

Tujuan Penelitian : Untuk mengetahui pengaruh kompres hangat jahe terhadap penurunan skala nyeri pada penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2015.

Metode Penelitian : Jenis penelitian ini menggunakan rancangan *Pra – Eksperimental* dengan menggunakan rancangan (*One Group Pra – Post Test Design*). Teknik pengambilan sampel dengan cara *random sampling*. Analisa data dengan menggunakan uji Wilcoxon.

Hasil : Berdasarkan uji statistic *Wilcoxon* didapatkan nilai signifikansi *pvalue* = 0,000, dimana nilai $p < \alpha$ atau $0,000 < 0,005$. sehingga H_a diterima, berarti ada pengaruh yang signifikan antara pengaruh kompres hangat jahe terhadap penurunan skala nyeri pada penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2015.

Kesimpulan : Berdasarkan hasil penelitian menunjukan bahwa ada pengaruh kompres hangat jahe terhadap penurunan skala nyeri pada penderita *arthritis gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2015 dengan nilai *p value* = 0,000.

Kata Kunci : Kompres Hangat Jahe, Nyeri, *Arthritis Gout*,.

PENDAHULUAN

Pada masa *Hippocrates* dikenal luas sebuah penyakit yang bernama *gout* yang sering dinamakan sebagai “penyakit para raja dan raja dari penyakit” karena sering muncul pada kelompok masyarakat dengan kemampuan sosial ekonomi tinggi. Sebagai mana diketahui, kelompok masyarakat ekonomi tinggi sering mengkonsumsi daging (yaitu keluarga kerajaan pada zaman dahulu), akibatnya menimbulkan rasa sakit yang teramat sangat. Kepercayaan kuno menyatakan bahwa penyakit ini di sebabkan oleh luka yang jatuh tetes demi tetes kedalam sendi (Damayanti, 2012).

Sudoyo (2009) menjelaskan bahwa *Arthritis Gout* adalah penyakit yang sering ditemukan dan tersebar di seluruh dunia.

Gout (pirai) merupakan kelompok penyakit heterogen sebagai akibat deposisi kristal monosodium urat pada jaringan atau akibat supersaturasi asam urat di dalam cairan ekstraselular. Gangguan metabolisme yang mendasarkan *gout* adalah *hiperurisemia* yang didefinisikan sebagai peninggian kadar asam urat lebih dari 7,0 ml/dl dan 6,0 mg/dl.

Alexander (2010) menyatakan prevalensi *arthritis gout* di Amerika serikat meningkat dua kali lipat dalam populasi lebih dari 75 tahun antara 1990 dan 1999, dari 21 per 1000 menjadi 41 per 1000. Dalam studi kedua, prevalensi *arthritis gout* pada populasi orang dewasa di Inggris diperkirakan 1,4%, dengan puncak lebih dari 7% pada pria berusia 75 tahun.

Kemenkes RI (2013) juga memaparkan bahwa WHO mendata penderita *Arthritis Gout* di Indonesia mencapai 81% dari populasi, hanya 24% yang pergi ke dokter, sedangkan 71% cenderung langsung mengonsumsi obat-obatan pereda nyeri yang dijual bebas. Angka ini menempatkan Indonesia sebagai negara yang paling tinggi menderita *Arthritis Gout* jika dibandingkan dengan negara di Asia lainnya seperti Hongkong, Malaysia, Singapura dan Taiwan. *Arthritis Gout* secara nasional prevalensinya berdasarkan wawancara sebesar 30,3% dan prevalensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 14%.

Muhaj (2010) mengemukakan bahwa *Arthritis Gout* adalah suatu proses inflamasi yang terjadi karena deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi. *Arthritis Gout* terjadi sebagai akibat dari *Hyperuricemia* yang berlangsung lama (*asam urat serum meningkat*) disebabkan karena penumpukan purin atau *ekskresi* asam urat yang kurang dari ginjal. Sedangkan gejala yang sering yakni nyeri, sendi bengkak, kulit kemerahan hingga keunguan, kencang, licin dan hangat.

Thamsuri (2012) menyebutkan bahwa nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai penderita yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman, mengacu kepada teori dari asosiasi nyeri internasional, pemahaman tentang nyeri lebih menitikberatkan bahwa nyeri adalah kejadian fisik, yang tentu saja untuk penatalaksanaan nyeri menitik beratkan pada manipulasi fisik. Nyeri diperkenalkan sebagai suatu pengalaman emosional yang penatalaksanaannya tidak hanya pengelolaan fisik semata, namun penting juga untuk melakukan manipulasi (tindakan) psikologis untuk mengatasi nyeri.

Perry & Potter (2009) menjelaskan bahwa penanganan penderita *Arthritis Gout* difokuskan pada cara mengontrol rasa sakit, mengurangi kerusakan sendi, dan

meningkatkan atau mempertahankan fungsi dan kualitas hidup. Penanganan untuk *Arthritis Gout* meliputi terapi farmakologis dan non farmakologis. Tindakan non farmakologis untuk penderita *Arthritis Gout* diantaranya adalah kompres hangat jahe. Kompres merupakan tindakan mandiri perawat dalam upaya menurunkan suhu tubuh.

Devi *et al* (2014) berpendapat bahwa kompres hangat jahe dapat menurunkan nyeri *Arthritis Gout* kompres hangat jahe merupakan pengobatan tradisional atau terapi alternatif untuk mengurangi nyeri *Arthritis Gout*. Kompres hangat jahe memiliki kandungan enzim siklo-oksigenasi yang dapat mengurangi peradangan pada penderita *Arthritis Gout*, selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam waktu 20 menit sesudah aplikasi panas.

Dari fenomena yang terjadi diatas dan banyak ditemukan penderita *Arthritis Gout*, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: "Pengaruh Kompres Hangat Jahe terhadap Skala Nyeri pada Penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2015"?

Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Menganalisis Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Skala Nyeri Pada Penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kabupaten Seram Bagian Barat.

Tujuan Khusus

Mengidentifikasi distribusi frekuensi Skala Nyeri *Arthritis Gout* pada penderita sebelum dikompres Hangat Jahe di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat.

Mengidentifikasi distribusi frekuensi Skala Nyeri *Arthritis Gout* pada Penderita setelah dikompres Hangat Jahe di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat.

Menganalisis pengaruh kompres hangat jahe terhadap skala nyeri pada Penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2015.

Hipotesa

H1 : Ada pengaruh kompres hangat jahe terhadap skala nyeri pada penderita *arthritis gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat

Ho : Tidak ada pengaruh kompres hangat jahe terhadap skala nyeri pada penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Nursalam (2014) menjelaskan bahwa rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan *Pra – Eksperimental* dengan menggunakan rancangan (*One Group Pra – Post Test Design*). Pada penelitian ini, sebelum dilakukan kompres hangat jahe (*pre-test*), skala nyeri penderita *arthritis gout* di ukur. Kemudian dilakukan kompres hangat jahe oleh peneliti selama 20 menit. Setelah itu diukur kembali (*post-test*) skala nyeri pasien tersebut. Hasilnya dibandingkan antara nyeri *pra-test* dengan *post-test*.

Variabel Independen pada penelitian ini adalah kompres hangat jahe yaitu suatu tindakan dimana peneliti melakukan kompres hangat jahe pada penderita *arthritis gout* dalam waktu 20 menit yang sebelumnya dilakukan pengukuran skala nyeri *pre-test* dan setelah tindakan dilakukan pengukuran skala nyeri *post-test*. Jahe yang digunakan sebanyak 40 gram, lalu dikupas, kemudian di tumbuk sampai

halus setelah itu direbus hingga mendidih, lalu balut jahe dengan handuk kemudian lakukan kompres hangat jahe disetiap sendi yang terasa nyeri pada penderita *Arthritis Gout*.

Variabel dependen penelitian adalah Skala Nyeri pada penderita *arthritis gout* yaitu: Gambaran tentang seberapa parah sensasi nyeri *arthritis gout* yang di derita. Nyeri di ukur sebelum dan sesudah dilakukan kompres hangat jahe. Hasil ukur: Tidak nyeri bila nilai 0, Nyeri ringan bila nilai 1-3, Nyeri sedang bila nilai 4-6, Nyeri berat bila nilai 7-9, Nyeri sangat berat bila nilai 10

Desain penelitian dapat ditunjukkan dengan gambar berikut:

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
	0	I	0I
K	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan

K : Subjek (penderita *arthritis gout*)

0 : Observasi sebelum di kompres jahe

I : Intervensi (kompres hangat jahe)

0I : Observasi sesudah di kompres jahe

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Dusun Waimital Desa Waimital Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 5 sampai dengan 15 Agustus 2015 selama 11 hari.

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita yang menderita nyeri *Arthritis Gout* di dusun waimital desa waimital kecamatan kairatu kabupaten seram bagian barat, jumlah penderita nyeri *Arthritis Gout* 30 orang. Umur 50 tahun keatas dan berjenis kelamin laki-laki dan perempuan.

Sampel

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 28 orang yang menderita nyeri *arthritis gout* sampel, dengan kriteria inklusi: Bersedia menjadi responden, menderita penyakit *arthritis gout* dengan nyeri, Umur 50 tahun ke atas, dapat berkomunikasi dengan baik. Kriteria eksklusi: menderita komplikasi penyakit lain

Teknik Pengumpulan Data

Langkah – langkah pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut : (a) Melakukan pengambilan sampel / responden yaitu dengan jumlah 28 orang dengan cara *Random Sampling*. (b) Menjelaskan tentang penelitian, tujuan, manfaat dan langkah-langkah penelitian serta penandatanganan *informed consent*. (c) Sebelum melakukan pra-test dan post-test, peneliti mengukur skala nyeri *arthritis gout* pada responden. (d) Melakukan pengukuran skala nyeri *arthritis gout* sebelum dilakukan kompres hangat jahe (pre-test). (e) memberikan kompres hangat jahe setiap pagi dan sore selama 11 hari untuk mendapatkan hasil yang optimal. (f) Melakukan pengukuran skala nyeri *arthritis gout* setelah dilakukan kompres hangat jahe (post-test)

Pengolahan Data

(a) Memeriksa Data (*Editing*). Kegiatan untuk melakukan pengecekan terhadap isi dari lembar observasi. (b) Memberi Kode (*Coding*) Melakukan pengkodean terhadap data yang sudah diedit, sebagai usaha menyederhanakan data, yaitu untuk kategori jenis kelamin, dengan memberi tanda angka 1 untuk yang berjenis kelamin laki-laki dan angka 2 untuk yang berjenis kelamin perempuan. Mengelompokkan Data (*Tabulating*). Tabulasi yaitu mengelompokkan data ke dalam suatu tabel tertentu menurut sifat yang dimilikinya sesuai dengan tujuan penelitian. (c) Proses (*Processing*)

Memproses data yang dilakukan dengan cara meng-entry data dari hasil observasi menggunakan perangkat komputer. (d) Membersihkan Data (*Cleaning*) Melakukan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak.

Analisis Data

Analisis univariat dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoadmodjo, 2009). Tujuannya adalah untuk mendapatkan gambaran (distribusi frekuensi).

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji hipotesis berpasangan untuk melihat skala nyeri sesudah dan sebelum dilakukan pemberian kompres hangat jahe, selanjut dilakukan uji Shapiro-Wilk untuk melihat apakah data normal atau tidak, apabila data tidak normal digunakan uji *non parametric* yaitu uji *Wilcoxon* (Dahlan, 2012) Dengan nilai kemaknaan $\alpha = 0,005$

HASIL PENELITIAN

Gambaran Umum

Penelitian ini dilakukan di dusun waimital desa waimital kecamatan kairatu kabupaten seram bagian barat, luas wilayah 1910 m², batas wilayah sebelah utara sawah, sebelah selatan dusun tirtomulyo, sebelah barat dusun sidodadi dan sebelah timur sungai arivava, terdapat 01-06 RT, jumlah penduduk didusun waimital adalah Jumlah jiwa 1549, Jumlah Kepala Keluarga 426, Jumlah Laki-laki 767, dan Jumlah perempuan 734, masyarakat di dusun waimital mayoritas beragama islam dan bersuku jawa, masyarakat di dusun waimital juga pendapatan terbanyak yakni petani, kemudian wiraswasta, dan lain-lain.

Responden dalam penelitian ini berjumlah sebanyak 28 orang. Pemberian intervensi dilakukan sebanyak 2 kali sehari selama 11 hari. Sebelum diberikan

intervensi skala nyeri responden diukur, kemudian diukur kembali setelah diberikan intervensi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 28 orang responden terdiri dari laki-laki sebanyak 2 orang (7,1%) dan perempuan sebanyak 26 orang (92,9%) dengan kisaran umur antara 50-56 tahun berjumlah 14 orang (50,0%), 57-62 tahun berjumlah 3 orang (10,7%), 63-68 tahun 3 orang (10,7%), 69-74 tahun 5 orang (17,9%), dan 80-86 tahun 3 orang (10,7%). Intensitas nyeri responden sebelum dilakukan intervensi adalah: nyeri ringan sebanyak 1 responden (3,6%), nyeri sedang 12 responden (42,9%), nyeri berat 13 responden (46,4%) dan nyeri sangat berat 2 responden (7,1%). Sedangkan intensitas nyeri setelah dilakukan intervensi dengan kompres hangat jahe adalah: tidak nyeri sebanyak 6 orang (21,4%), nyeri ringan sebanyak 16 orang (57,1%) dan nyeri sedang sebanyak 6 orang (21,4%).

Analisa Bivariat

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai signifikansi $p\text{-value} = 0,000$, dimana nilai $p < \alpha$ atau $0,000 < 0,005$. sehingga H_0 diterima, berarti ada pengaruh yang signifikan antara Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Skala Nyeri Pada Penderita *Arthritis Gout* di Dusun Waimital Desa Waimital, dapat dilihat pada tabel berikut:

Skala Nyeri	<i>n</i>	Mean rank	Sum rank	<i>P value</i>
Pre-test	28	14,50	406,00	0,000
Post-test	28	.00	.00	

Sumber : data primer 2015

PEMBAHASAN

Skala Nyeri Sebelum Dilakukan Kompres Hangat Jahe (pre-test)

Menurut Anas (2011) Teknik nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri pada penderita *Arthritis Gout* diantaranya dengan menggunakan kompres hangat jahe yang dapat memberikan efek farmakologis yaitu panas dapat mengatasi dan menghilangkan sensasi nyeri, teknik ini juga memberikan reaksi fisiologis antara lain meningkatkan respons inflamasi, meningkatkan aliran darah dalam jaringan dan meningkatkan pembentukan edema selain itu juga tindakan ini dapat digunakan sebagai pertolongan pertama ketika nyeri menyerang.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebelum dilakukan kompres hangat jahe yang paling tertinggi skala nyeri responden adalah 46,4% dengan kategori nyeri berat berjumlah 13 orang. Dan yang mengalami skala nyeri sedang 42,9% berjumlah 12 orang.

Berdasarkan asumsi dari peneliti bahwa pada penderita *arthritis gout* mengalami perubahan skala nyeri. Hal ini disebabkan karena penderita merasakan Nyeri. *arthritis gout* merupakan penyakit inflamasi yang terjadi karena deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi yang menyebabkan kerusakan pada tulang sendi sehingga penderita mengalami nyeri. Nyeri menjadi prioritas keperawatan yang harus mendapatkan penanganan pasien.

Skala Nyeri Setelah Dilakukan Kompres Hangat Jahe (Post-Test)

Menurut Smalzer *et al* (2009) Menjelaskan bahwa salah satu intervensi non farmakologi yang dapat dilakukan perawat secara mandiri dalam menurunkan skala nyeri stimulasi kutaneus, yaitu dengan melakukan kompres hangat jahe pada pasien untuk menurunkan skala nyeri *arthritis gout*. Menurut Devi (2014) juga mengemukakan bahwa Kompres hangat

jahe dapat menurunkan nyeri *arthritis gout*. Kompres jahe merupakan pengobatan tradisional atau terapi alternatif untuk mengurangi nyeri *arthritis gout*. Kompres hangat jahe memiliki kandungan enzim siklo oksigenasi yang dapat mengurangi peradangan pada penderita *arthritis gout* selain itu jahe juga memiliki efek farmakologis yaitu rasa panas dan pedas, dimana rasa panas ini dapat meredakan rasa nyeri, kaku, dan spasme otot atau terjadinya vasodilatasi pembuluh darah, manfaat yang maksimal akan dicapai dalam waktu 20 menit sesudah aplikasi panas.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa setelah dilakukan kompres hangat jahe dari 28 responden dapat diketahui skala nyeri rata-rata adalah 57,1% dengan jumlah 16 orang. Responden mengalami penurunan skala nyeri setelah dilakukan kompres hangat jahe.

Menurut asumsi peneliti bahwa penderita *arthritis gout* yang telah diberikan kompres hangat jahe terhadap penurunan skala nyeri pada penderita *arthritis gout* adalah 57,1% (16 orang) mengalami skala nyeri ringan. Hal ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri pada penderita yang menderita *arthritis gout*. Terjadinya penurunan skala nyeri karena adanya pengaruh dari kompres hangat jahe. Dalam penelitian ini keseluruhan responden mengalami penurunan skala nyeri setelah dilakukan kompres hangat jahe.

Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Jahe Pada Penderita Arthritis Gout

Hasil Analisa bivariat menunjukkan bahwa 28 orang responden sebelum dilakukan kompres hangat jahe skala nyeri 46,4% dengan kategori nyeri berat berjumlah 13 orang. Dan setelah dilakukan kompres hangat jahe skala nyeri responden 57,1% dengan kategori nyeri ringan berjumlah 16 orang. Berdasarkan hasil statistik dari uji *Wilcoxon* didapatkan ($p=0,000$) dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$ yang menunjukkan bahwa ada

pengaruh yang signifikan antara kompres hangat jahe terhadap skala nyeri *arthritis gout*.

Berdasarkan data di atas. Terjadi penurunan skala nyeri. Penurunan ini dapat terlihat bahwa setelah kompres hangat jahe rata-rata responden mengalami skala nyeri ringan. Hal ini menunjukkan ada pengaruh kompres hangat jahe dengan penurunan skala nyeri pada penderita *arthritis gout*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Devi Susanti di Sumatra Barat Bukit Tinggi tahun (2014) tentang Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Penurunan Skala Nyeri *Arthritis Rheumatoid* Pada Lansia di PSTW Kasih Sayang Ibu Batu Sangkar, menunjukkan secara keseluruhan ada hubungan yang bermakna antara tingkat skala nyeri sebelum dan setelah pemberian kompres hangat jahe dengan p -value 0,000. Pada data pre dan post treatment di dapatkan penurunan skala nyeri dari berat ke sedang dari skala sedang ke ringan dan tidak mengalami dari rendah ke sedang atau tinggi. Ada perbedaan signifikan tingkat nyeri sebelum dan setelah pemberian kompres hangat rebusan jahe pada lanjut usia dengan *arthritis rheumatoid*.

Menurut asumsi peneliti terdapat pengaruh yang signifikan antara kompres hangat jahe dengan penurunan skala nyeri pada penderita *arthritis gout*. Hal ini sesuai dengan salah satu intervensi non farmakologi yang dapat dilakukan perawat secara mandiri dalam menurunkan skala nyeri stimulasi kutaneus, yaitu dengan melakukan kompres hangat jahe pada responden untuk menurunkan skala nyeri *arthritis gout*.

Kompres hangat bagian dari teknik stimulasi kutaneus yang merupakan salah satu intervensi non farmakologi dalam penanganan nyeri. Teknik stimulasi kutaneus dapat mengatasi nyeri karena menurunkan persepsi dengan stimulasi nyeri yang di transmisikan ke otak (Smelzer & Bere, 2009).

Arthritis Gout adalah suatu penyakit sindrom yang disebabkan oleh respon peradangan terhadap deposisi kristal monosodium urat dimana pada lapisan persendian mengalami peradangan sehingga menyebabkan rasa nyeri, kekakuan, kelemahan, kemerahan, bengkak dan panas, penyakit ini terjadi antara umur 20 – 50 tahun. *Arthritis Gout* merupakan penyakit inflamasi sistemik kronis yang menyerang beberapa sendi, sinovium adalah bagian yang terjadi pada proses peradangan yang menyebabkan kerusakan pada tulang sendi (Khitchen, 2011). *Arthritis Gout* merupakan salah satu penyakit yang paling banyak dijumpai dalam masyarakat dan merupakan salah satu kelompok penyakit yang selalu ditemukan dalam praktik dokter umum, penyakit ini ada yang menyerang sendi dan ada pula yang hanya menyerang jaringan disekitar sendi (Dalimartha, 2009).

Menurut asumsi peneliti penurunan skala nyeri pada pasien yang diberikan kompres hangat jahe tergantung pada masing-masing responden. Responden yang mampu merespon dengan baik terhadap kompres hangat jahe akan mengalami penurunan yang lebih tinggi di bandingkan responden yang tidak mampu. Hal ini sesuai dengan mekanisme *gate control*, dimana kurangnya konsentrasi menyebabkan pintu gerbang yang mentransmisikan nyeri, sehingga sampai *simulasi kutaneus* nyeri ke otak yang seharusnya berkurang akibat kompres jahe.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, peneliti berpendapat bahwa selama kompres hangat jahe dilakukan pada responden, tidak semua responden mampu berkonsentrasi terhadap kompres hangat jahe yang diberikan, meskipun telah mendapat penjelasan yang jelas dari peneliti. Keefektifan *simulasi kutaneus* tergantung pada kemampuan responden untuk menerima input sensori selain nyeri.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada banyak hal yang mempengaruhi persepsi dan reaksi seseorang terhadap

nyeri, yang mana berdasarkan hasil penelitian skala nyeri mengalami perubahan. Menurut analisis peneliti bahwa jenis kelamin merupakan salah satu variabel yang dinilai dalam penelitian, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari sebagian responden adalah perempuan. Dari hasil pengamatan respon terhadap nyeri antara laki-laki dan perempuan tidak terdapat perbedaan yang signifikan.

KESIMPULAN

Didapatkan ada pengaruh kompres hangat jahe terhadap skala nyeri pada penderita *arthritis gout* di dusun waimital desa waimital kecamatan kairatu kabupaten seram bagian barat tahun 2015 dengan nilai $p \text{ value} = 0,000$. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam penanganan nyeri pada penderita *arthritis gout* disamping pengobatan medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat. A. A. (2012) Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data. Jakarta : Selemba Medika.
- Indah Retnosari. (2015). *Pemberian Kompres Hangat Memakai Jahe Untuk Meringankan Skala Nyeri Pada Pasien Asam Urat Di Desa Kedungwungu Kecamatan Tegowanu Kabupaten Grobogan*. Vol 6 diakses 12 mei 2015 dari <http://journal.stikesmuhkudus.ac.id>
- Josephine, Widya. (2012). ([http:// Arthritis Gout Definisi, Etiologi, Prevalensi, Klasifikasi Josephine Werke Verzeichnis.html](http://ArthritisGoutDefinisi,Etiologi,Prevalensi,KlasifikasiJosephineWerkeVerzeichnis.html))
- Kozier & Erb's. (2009). *Fundamental Of Nursing Concept, Process And Practice*, (9th) Ed. New Jersey: Pearson Education, Inc
- Kee, Joyce. (2009). *Pedoman Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik*, Edisi 6 Cetakan I. Jakarta: EGC
- Lestari, Indah. (2014). *Terapi Kompres Jahe dan Massage pada Osteoarthritis di Panti Wreda ST*.

- Theresia dharma Bhakti Kasih, diakses 21 mei 2015 dari <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id>
- Lukman, Ningsih. (2009). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2014), Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan, Salemba Medika, edisi 3, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2010), Metodologi Penelitian Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta.
- Potter dkk, (2009), Fundamental Of Nursing Nursing Konsep, Proses, Dan Praktik. Jakarta: EGC
- Paimin, F. (2010) Budidaya, Pengolahan, Perdagangan Jahe, Jakarta : EGC
- Rahman. (2009), Asli Jahenya Nyata Khasiatnya diakses Tanggal 28 mei 2015, [Http://kompas/Indohafi, Htm](http://kompas/Indohafi, Htm)
- Smeltzer. S. C & Bare, B. G, (2012) Bruner & Suddarth's. Textbook Of Medical Surgical Nursing Vol 1. Jakarta : EGC
- Suratun, (2009). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: EGC
- Susanti, Devi. (2014). *Pengaruh Kompres Hangat Jahe Terhadap Penurunan Skala Nyeri Arthritis Rheumatoid Pada Lansia Di Pstw Kasih Sayang Ibu Batu Sangkar*. Diakses 09 Mei 2015 dari <http://Jurnal.umsb.ac.id>
- Utami, Prapti, dkk. (2009). Solusi Sehat Asam Urat dan Rematik,: Agromedia Pustaka, Jakarta.
- Vita Health, Tim Redaksi. (2009). Asam Urat, Informasi Lengkap untuk Penderita dan Keluarganya. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Winarsih, (2013). *Perbedaan Efektifitas Kompres Hangat Dan Kompres Dingin Terhadap Skala Nyeri Arthritis Gout Di Wilayah Kerja Puskesmas Batang III Kabupaten Batang*, diakses 10 mei 2015 dari <http://digilib.stikesmuh-pkj.ac.id>
- Wurangian, Mellynda. (2014). *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Penderita Gout Arthritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Bahu Manado*, diakses 10 mei 2015 dari <http://journal.unsrat.ac.id/index.php>

PENGARUH KONSELING GIZI TERHADAP ASUPAN ZAT GIZI, STATUS GIZI PADA PASIEN HIV/AIDS RAWAT JALAN

Mahmud, Yuniarti
Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Pasien HIV/AIDS umumnya mengalami penurunan berat badan drastis dan berstatus gizi rendah disertai infeksi oportunistik sehingga dibutuhkan pendekatan khusus pada pasien HIV/AIDS melalui konseling gizi. Penelitian bertujuan untuk mengetahui pengaruh Konseling Gizi terhadap asupan zat gizi dan status gizi pada pasien HIV/AIDS, metode penelitian eksperimen semu dengan desain *non-randomized pretest-posttest design.*, sampel sebanyak 40 pasien HIV/AIDS. Analisis data menggunakan *Uji t Paired*, Analisa bermakna bila nilai p kurang dari 0,05 dengan rentang kemaknaan 95%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa asupan energi, Asupan protein serta status gizi mengalami peningkatan (p value <0.05).

Kata Kunci : Konseling gizi, Asupan Gizi, Status Gizi, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh secara bertahap yang disebabkan oleh infeksi kuman *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Penyakit ini dicirikan dengan timbulnya berbagai penyakit infeksi bakteri, jamur, parasit, dan virus yang bersifat oportunistik atau keganasan (Mansjoer, 2000)

Data dari *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) tahun 2010 jumlah penduduk meninggal karena AIDS ada 3,1 juta penduduk dan lebih dari 2 juta adalah anak-anak. Jadi sejak pertama kali dikenal (1981) AIDS telah membunuh lebih dari 25 juta orang, sebagai penyakit paling mematikan dalam sejarah.

Data di Indonesia jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan 1 Januari sampai dengan 30 Juni 2014 adalah 9983 pasien HIV dan 2524 pasien AIDS, dengan kematian 221 pasien. Lebih memprihatinkan adalah tingginya persentase penderita pada usia produktif (41,5% kelompok usia 20-29 tahun dan

sekitar 34,0% pada kelompok usia 30-39 tahun). Penularannya sebagian besar melalui heteroseksual (65,2%), penggunaan jarum suntik (IDU) sebanyak (28,1%), perinatal (3,06%), lelaki seks lelaki (2,1%) (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2014).

Jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS di Propinsi Maluku sampai dengan Juni 2014 berjumlah 882 pasien kasus HIV dan 255 pasien kasus AIDS dengan jumlah kematian 115 pasien (Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2014). Data terakhir Sekretariat Pokja HIV/AIDS RSUD. Dr. M. Haulussy Ambon tercatat pasien HIV/AIDS sampai dengan 25 September 2014 yang rawat jalan sebanyak 259 pasien dengan jumlah kematian berjumlah 59 pasien.

Memburuknya status gizi merupakan resiko tertinggi penyakit ini. Akibat gangguan tersebut kesehatan umum penderita ODHA cepat menurun (Almatsier, 2007). Kesimpulan hasil penelitian yang dilakukan oleh Batterham (2005) dalam studinya melaporkan, jika seseorang dengan infeksi HIV mempunyai status gizi yang baik, maka daya tahan

tubuh akan lebih baik sehingga memperlambat masuk ke tahap AIDS.

Kekurangan pangan dan asupan energi, protein yang rendah dapat menyebabkan malnutrisi sehingga mempercepat perkembangan penyakit HIV serta dapat menghambat pengobatan. Penggunaan obat antiretroviral tertentu mempunyai efek samping yang dapat diperburuk jika obat ini dipakai tanpa makanan (Hardon *et al*, 2007, Ammassari *et al*, 2007), dan gizi buruk menghambat kemampuan obat (ADA, 2004). Hasil penelitian dengan penambahan makanan seimbang ke diet normal dan pemberian konseling gizi dengan tujuan meningkatkan total asupan energi sebesar 560-960 kkal/hari, menunjukkan asupan energi dan asupan protein untuk pasien yang diberi suplemen makronutrien meningkat, dibanding yang diberi plasebo, serta signifikan terhadap berat badan serta massa lemak.

Tanpa dukungan asupan zat gizi yang adekuat, stres metabolik akibat infeksi akan menimbulkan kehilangan berat badan dan rusaknya sel bagian tubuh organ vital. Koethe *et al*. (2009) menjelaskan lebih lanjut bahwa BMI (*Body Mass Index*) yang rendah menjadi predictor independen terhadap mortalitas awal HIV/AIDS. Penyebab utama penurunan berat badan pada pasien terinfeksi HIV karena hilangnya nafsu makan, gangguan penyerapan sari makanan pada alat pencernaan, hilangnya cairan tubuh akibat muntah dan diare, gangguan metabolisme zat gizi, infeksi oportunistik dan penyakit lain penyerta HIV/AIDS (Henrik, 2006).

Kepatuhan pada pengobatan penyakit yang bersifat kronik, pada umumnya rendah (Basuki, 2009). Ketidakpatuhan merupakan salah satu hambatan tercapainya tujuan pengobatan, juga mengakibatkan pasien ODHA mendapat pemeriksaan dan pengobatan yang tidak diperlukan. Konseling gizi bagi penyandang ODHA beserta keluarganya diperlukan untuk

mengatasi ketidakpatuhan tersebut. Konseling gizi diperlukan karena penyakit ODHA adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup.

Konseling gizi merupakan serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap dan perilaku sehingga membantu klien/pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makanan dan minuman (Cornelia *et al*, 2010). Konseling biasanya ditandai dengan adanya perjanjian eksplisit antara konselor dan kliennya untuk bertemu di tempat tertentu, pada waktu yang telah disepakati dan dalam kondisi kerahasiaan yang tertib, dengan parameter etis, waktu terlindungi dan tujuan yang spesifik (Palmer, 2011). Proses konseling meliputi fungsi dari penilaian, perlakuan dan evaluasi menurut Curry, (1998) dalam Suwarni *et al*. (2009).

Menurut Allen *et al*. (1993) dalam Opara *et al*. (2007) jika ODHA diberi konseling gizi tentang pengetahuan interaksi antara gizi dan HIV/AIDS dapat berpengaruh positif terhadap sikap dalam merekomendasikan modifikasi diet sehingga dapat berpengaruh terhadap status gizi, sedangkan pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Hasil penelitian Opara *et al*. (2007) menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$) antara subyek dan kontrol terhadap serum protein (status gizi) pada ODHA yang diberi konseling gizi dan suplementasi mikronutrien di Uyo, Nigeria Timur.

Konseling gizi tentang pengetahuan makanan dan minuman, kepekaan dan pengenalan terhadap beberapa hal yang potensial mendorong terjadinya malnutrisi seperti penurunan nafsu makan, mual, muntah, petunjuk tata cara evaluasi pemberian nutrisi dengan menstimulasi nafsu makan. Penjelasan tentang lemahnya sistem imun yang memungkinkan penularan penyakit melalui makanan. Pengetahuan jenis, bentuk, tatacara

pemberian, modifikasi bentuk, tatacara penyajian, makanan suplemen perlu diketahui dengan baik oleh pasien HIV/AIDS.

Konseling gizi merupakan bagian integral tidak dapat dipisahkan dalam penatalaksanaan nutrisi pasien HIV/AIDS. Hasil penelitian Yuniarti et al (2013) di Poli Klinik Pulau Pombo RSUD Dr. M. Haulussy Ambon, asupan zat gizi makro maupun zat gizi mikro pada pasien HIV/AIDS rawat jalan belum sesuai kebutuhan sedangkan pelayanan kepada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon dilakukan kegiatan klinik yang meliputi *Voluntary counseling dan testing* (VCT), *Methadone Maintenance Therapy* (MMT), *Care Support and Treatment* (CST) dan *Prevention Mother to Child Transmission* (PMTCT). Kegiatan VCT dilaksanakan oleh dokter dan perawat namun konseling gizi belum dilaksanakan oleh karena itu, penelitian ini ditujukan untuk mengetahui pengaruh konseling gizi terhadap asupan zat gizi, status gizi pada pasien HIV/AIDS rawat jalan di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon.

Tujuan penelitian ini adalah ingin melihat pengaruh konseling gizi kepada pasien HIV/AIDS terhadap perbaikan Asupan zat gizi dan Status Gizi selama rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Haulussy Ambon.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan eksperimen semu (*quasi eksperimen*). Desain penelitian adalah *Non-randomized pretest-posttest design*. Pengelompokan anggota sampel dilakukan tidak secara random atau acak. Tes dilakukan sebelum dan sesudah intervensi (Sastroasmoro dan Ismail 2011) waktu penelitian tiga bulan yaitu bulan Agustus sampai Oktober 2014.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien HIV/AIDS yang berobat jalan di Poliklinik Pulau Pombo Rumahsakit Umum Daerah Dr. M. Haulussy Ambon.

Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* dengan kriteria inklusi sebagai berikut : semua pasien HIV/AIDS yang berkunjung saat penelitian berlangsung (bulan Agustus sampai Oktober 2014) dan oleh dokter dinyatakan sebagai pasien HIV/AIDS rawat jalan, sadar, keadaan umum baik, asupan melalui oral, berumur diatas 19 tahun sampai 60 tahun, jumlah sel CD4 dalam darah 200-500 sel/mm³, mendapatkan obat ARV, baik laki-laki maupun perempuan dan bersedia ikut dalam penelitian. Kriteria eksklusif : pasien menghentikan/tidak mau menerima konseling gizi, mengalami rawat inap dan komplikasi berat, pindah/kembali ke daerah luar Kota Ambon dalam penelitian ini jumlah sampel sebanyak 40 pasien HIV/AIDS

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah : (a) Formulir penelitian digunakan untuk mengetahui karakteristik responden. (b) Timbangan injak berat badan digital merek seca dengan ketelitian 0,1 kg (c) Alat pengukur tinggi badan menggunakan alat mikrotis dengan ketelitian 0,1 cm. (d) Formulir catatan makan pasien selama 3 hari (e) *Food model* (f) *Leaflet* petunjuk diet untuk pasien HIV/AIDS. (g) Catatan medis/status pasien yaitu data tentang identitas pasien, diagnose, hasil pemeriksaan fisik, biokimia darah, untuk membantu proses skrining pemilihan sampel.

Pengolahan data dilakukan dengan program komputer. Penyajian data ditampilkan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi.

Analisis data diawali secara deskriptif untuk melihat karakteristik dari responden. Analisis kaidah kuadrat digunakan untuk menguji perbedaan karakteristik subjek sebelum intervensi dilakukan antar kelompok perlakuan.

Melakukan uji distribusi normal dengan *Shapiro-Wilk W Test* dan histogram normal. Dari hasil didapatkan distribusi normal, sehingga data di analisis

menggunakan *Uji Before-After (Uji t paired)* untuk membandingkan angka perubahan sebelum dan sesudah intervensi variable asupan zat gizi (energy dan protein), serta Indeks Masa Tubuh antara sebelum dan sesudah konseling gizi. Perbedaan secara statistik bermakna bila $p < 0,05$ dengan rentang kemaknaan 95%.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah semua pasien HIV/AIDS yang berobat jalan di Poliklinik Pulau Pombo RSUD dr. M. Haulussy Ambon. Data dari bulan Agustus didapatkan 259 pasien yang tercatat pengambilan ARV. Setelah dilakukan pemilihan sampel sesuai kriteria inklusi, jumlah subjek penelitian sebanyak 40 pasien. Hal ini disebabkan karena, 156 pasien tidak datang sendiri dalam pengambilan ARV, 56 pasien tidak bersedia ikut penelitian, 7 pasien meninggal saat penelitian berlangsung.

Karakteristik subjek pada penelitian meliputi umur, jenis kelamin, status pekerjaan, lama terdiagnosa HIV/AIDS, sedangkan dari faktor status kesehatan adalah adanya anoreksia, kesulitan menelan, diare, kembung, sembelit. Asupan zat gizi adalah asupan energi, protein serta status gizi yaitu Indeks Massa Tubuh (Tabel 7).

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh pasien HIV/AIDS berjenis kelamin perempuan lebih banyak (57.5%) dari laki-laki (tabel 1) Sebagian besar usia pasien HIV/AIDS adalah dewasa muda, yaitu 19-49 tahun sebesar (90%). Pendidikan pasien HIV/AIDS sebagian besar adalah menengah yaitu SLTA (50%). Pasien HIV/AIDS yang bekerja 62.5% yang tidak bekerja 37.5%. Lama terinfeksi atau terdiagnosa HIV/AIDS sebagian besar kurang dari atau sama dengan 5 tahun (85%).

Hilangnya nafsu makan (Anoreksia) masih didapatkan (32.5%). Keadaan mual juga masih didapatkan (55%). Dari hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar pasien HIV/AIDS, tidak mengalami penurunan nafsu makan, tidak kesulitan menelan, tidak mual, tidak muntah, tidak diare, tidak kembung dan sembelit. Uji normalitas yang dilakukan adalah *Shapiro-Wilk W Test* dan histogram normal. Uji normalitas dilakukan untuk melihat apakah data penelitian berasal dari populasi yang sebenarnya normal (Dahlan, 2011). Hasil *Shapiro-Wilk W Test* menunjukkan bahwa pengukuran indeks massa tubuh, asupan energi, asupan protein terdistribusi normal sedangkan histogram simetris.

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Asupan Zat Gizi

Pada penelitian ini dijumpai rata-rata asupan zat gizi (asupan energi dan asupan protein) mengalami peningkatan pada akhir penelitian setelah pemberian konseling gizi walaupun masih di bawah kebutuhan, pada tabel 2.

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Asupan Energi

Asupan energi dihitung berdasarkan jumlah asupan energy yang dikonsumsi dibandingkan dengan kebutuhan energy masing-masing pasien HIV/AIDS, kebutuhan zat gizi pasien HIV/AIDS dihitung menggunakan rumus Haris Benedict dengan memperhitungkan faktor aktifitas (1,3), faktor stres (1,4). Hasil penelitian menunjukkan bahwa, rerata asupan energi meningkat walaupun masih masuk dalam kategori asupan energi kurang (<80%). Perbedaan rata-rata asupan energi awal dan akhir penelitian, pada gambar 1.

Peningkatan asupan energi pada penelitian ini didapatkan bahwa setelah pemberian konseling gizi sebanyak 171,54 kcal. Hasil analisis statistik terdapat perbedaan signifikan antara asupan energi awal dan akhir penelitian ($p < 0,05$), pada tabel 2.

Tabel 1

Distribusi Karakteristik Pasien HIV/AIDS pada penelitian di Poli Klinik Pulau Pombo RSUD dr. M. Haulussy Ambon Tahun 2014.

Variabel	Jumlah	
	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	17	42,57
Perempuan	23	57,5
Umur (tahun)		
19-49	36	90
50-64	4	10
Pendidikan		
Rendah	11	27,5
Menengah	23	57,5
Tinggi	6	15
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	15	37,5
Bekerja	25	62,5
Lama terdiagnosa		
≤5 tahun	32	80
< 5 tahun	8	20
Anoreksia		
Ya	13	32,5
Tidak	27	67,5
Kesulitan menelan		
Ya	3	7,5
Tidak	37	92,5
Mual		
Ya	21	52,5
Tidak	19	47,5
Muntah		
Ya	4	10
Tidak	36	90
Diare		
Ya	5	12,5
Tidak	35	87,5
Kembung		
Ya	6	15
Tidak	34	85
Sembelit		
Ya	3	7,5
Tidak	37	92,5

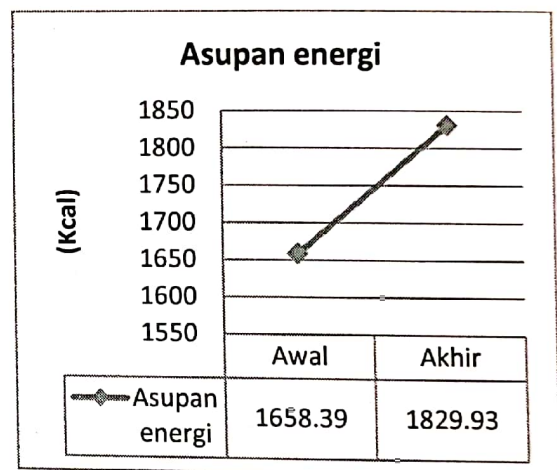
Sumber: Data terolah, 2014

Tabel 2.

Perbedaan Asupan Zat Gizi pada Akhir Penelitian

Asupan zat gizi	Konseling Gizi n=40	
	Mean±Sd	Nilai p
Energi awal (kcal)	1658,39±393,29	0,004
Energi akhir (kcal)	1829,93±302,03	
Δ Asupan energi	171,54	
Protein awal (g)	51,10±14,96	0,007
Protein akhir (g)	57,39±11,11	
Δ Asupan protein	6,28	

Keterangan: Δ=delta Sd=standar deviasi p =value

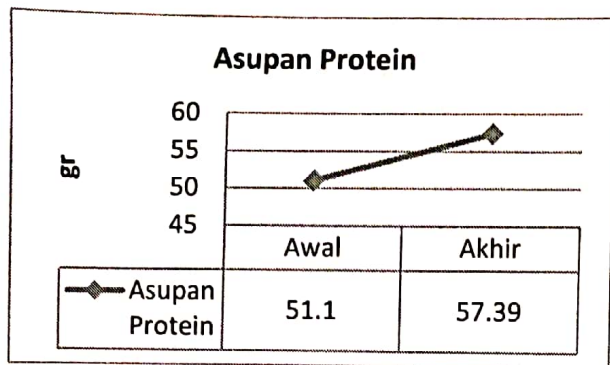


Gambar 1.

Perbedaan rata-rata asupan energi awal dan akhir penelitian

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Asupan Protein

Asupan protein dihitung berdasarkan jumlah asupan protein yang dikonsumsi dibandingkan dengan kebutuhan protein masing-masing pasien HIV/AIDS, yaitu 1,5 g/kg berat badan/hari. Pada tabel 2 terlihat hasil penelitian ini rerata asupan protein meningkat walaupun masih masuk dalam kategori asupan protein kurang (<80%). Perbedaan rerata asupan protein awal dan akhir penelitian pada gambar 2.



Gambar 2.

Perbedaan rata-rata asupan protein awal dan akhir penelitian

Peningkatan asupan protein setelah pemberian konseling gizi sebanyak 6,28 g. Hasil uji statistik terdapat perbedaan rata-rata asupan awal dan akhir penelitian ($p < 0.05$), pada tabel 2.

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Status Gizi

Pada penelitian ini dijumpai rata-rata status gizi (Indeks Massa Tubuh) mengalami peningkatan disajikan pada tabel 3.

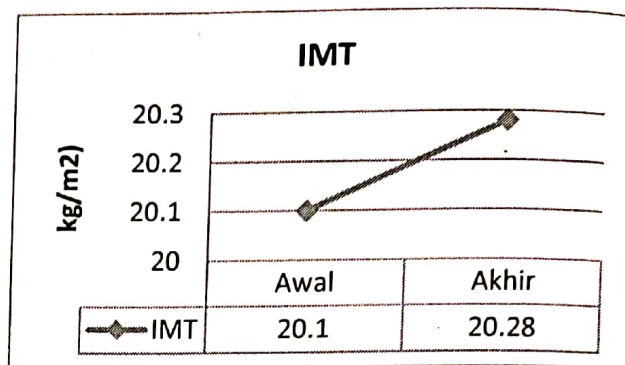
Tabel 3.

Perbedaan Status Gizi pada Akhir penelitian

Indikator Status Gizi	Konseling Gizi n=40 Mean±Sd	Nilai p
BB awal (kg)	53,14±8,95	0,013
BB akhir (kg)	53,60±8,66	
Δ BB (kg)	0,46	
IMT awal (kg/m ²)	20,10±3,10	0,006
IMT akhir (kg/m ²)	20,28±3,05	
Δ IMT (kg/m ²)	0,18	

Sumber: data terolah 2014

Hasil rata-rata IMT pada akhir penelitian setelah pemberian konseling gizi mengalami peningkatan (0,18 kg/m²), pada gambar 3.



Gambar 3.

Perbedaan rata-rata IMT awal dan akhir penelitian

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara IMT awal dan akhir penelitian ($p < 0,05$). Pada penelitian ini terjadi peningkatan berat badan sehingga terlihat ada peningkatan status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) setelah pemberian konseling gizi.

PEMBAHASAN

Karakteristik Subjek Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh pasien HIV/AIDS berjenis kelamin perempuan lebih banyak dari laki-laki (tabel 1). Keadaan tersebut sesuai dengan Geotgiev,(2009) menyatakan untuk tahun mendatang bukan tidak mungkin perempuan dan anak-anak dengan HIV/AIDS akan lebih dominan karena sudah banyak melakukan infeksi HIV sudah menyerang ibu rumah tangga karena tertular suami dan juga anak yang dilahirkan dari ibu dengan HIV positif.

Melihat tabel 1 sebagian besar kelompok umur pada penelitian ini berumur 19-49 tahun. Kelompok umur pasien HIV/AIDS terbanyak didapatkan sama dengan data laporan dari Ditjen PPM & PL, Depkes RI (2011), dimana proporsi kumulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-49 tahun adalah 88,1%. Keadaan tersebut tidak dapat dipungkiri lagi karena banyak pengguna narkotika suntikan (*Injections Drug*

User/IDU) terdapat pada kalangan umur tersebut.

Tingkat pendidikan pasien HIV/AIDS pada penelitian ini sebagian besar berada pada jenjang pendidikan menengah (tabel 1). Keadaan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Octawati & Sianipar (2005) yaitu status pendidikan pasien HIV/AIDS didapatkan bahwa 47,5% adalah SMA, kemudian perguruan tinggi sebesar 21,5%. Diharapkan dari segi pendidikan memungkinkan seseorang memiliki pengetahuan yang lebih baik serta mudah untuk menerima informasi dan edukasi terutama berkaitan dengan gizi pada HIV/AIDS.

Pasien HIV/AIDS yang bekerja adalah bekerja paruh waktu, pedagang sedangkan sebagian subjek tidak bekerja (tabel 1). Penyakit AIDS menyebabkan hilangnya pendapatan dan meningkatkan pengeluaran kesehatan oleh suatu rumah tangga. Berkurangnya pendapatan menyebabkan berkurangnya pengeluaran, dan terdapat juga efek pengalihan dari pengeluaran untuk pendidikan menuju pengeluaran kesehatan dan penguburan. Penelitian di Pantai Gading menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pasien HIV/AIDS mengeluarkan biaya dua kali lebih banyak untuk perawatan medis daripada untuk pengeluaran rumah tangga lainnya (Over, 1992 dalam AIDS, 2011).

Berdasarkan lama terdiagnosa HIV, pada penelitian ini kurang dari atau sama dengan 5 tahun (tabel 1), ini berarti sebagian besar subjek masuk fase kedua. Pada fase ini pasien tampak baik saja, meskipun sebenarnya terjadi replikasi virus secara lambat di dalam tubuh. Pada awal sub-fase timbul penyakit-penyakit yang lebih ringan misalnya reaktivasi dari herpes zoster atau herpes simpleks, namun dapat sembuh spontan atau hanya dengan pengobatan biasa. Penyakit kulit seperti dermatitis seboroik, *verruca vulgaris*, *moluskum kontangiosum* atau kandidiasis oral sering timbul (Mandal *et al.* 2008).

Melihat tabel 1 sebagian besar pasien HIV/AIDS pada penelitian ini berdasarkan status kesehatan tidak bermasalah namun masih didapatkan pasien yang mengalami anoreksia dan mual. Hasil penelitian (Macallan *et al.* 1995; Powanda dan Beisel, 2003; Bukusuma *et al.* 2007, disitasi oleh Koethe *et al.* 2009) menjelaskan bahwa kehilangan nafsu makan pada pasien HIV/AIDS secara umum dapat disebabkan karena peningkatan interleukin-1, interleukin-6, faktor nekrosis tumor, infeksi gastrointestinal, manifestasi lanjut penyakit HIV (kelelahan, demam dan dispnea), kecacatan mengganggu kemampuan individu untuk makan atau mendapatkan makanan. Penggunaan obat ARV tertentu mempunyai efek samping mual dan insomnia, akan lebih memperburuk jika dipakai tanpa makanan (Hardon *et al.* 2007, Bukusuba, 2007).

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Asupan Energi

Konseling gizi dilakukan oleh peneliti yang telah mendapat pelatihan educator dibantu oleh tenaga perawat diruang poli Pombo yang telah mendapat pelatihan konsultasi gizi pada pasien HIV/AIDS RSUD Dr. M. Haulussy Ambon dengan menggunakan teknik komunikasi Interpersonal dua arah selama kurang lebih 30-45 menit dengan menggunakan media *food model, leaflet* (Cornelia, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa asupan energi mengalami peningkatan bermakna (tabel 2). Rata-rata asupan energi pada awal dan akhir penelitian pada tabel 2 masih dibawah kebutuhan. Umumnya orang dengan HIV/AIDS mengkonsumsi zat gizi di bawah optimal.

Berdasarkan uji statistik terdapat perbedaan yang bermakna setelah pemberian konseling gizi ($p < 0,05$) (tabel 2). Ini berarti pemberian konseling gizi berpengaruh terhadap asupan energi pada pasien HIV/AIDS. Penelitian Rebeneck *et*

al (1998, disitasi oleh Koethe *et al*, 2009) dalam penelitiannya pada 118 laki-laki yang terinfeksi HIV berusia lebih dari 18 tahun, melaporkan bahwa kelompok perlakuan (56%) dan kelompok kontrol (50%) mengalami peningkatan asupan energi mencapai 80% tetapi tidak signifikan terhadap kenaikan berat badan setelah pasien mendapat konseling gizi plus enteral suplementasi di bandingkan yang mendapat konseling gizi selama 6 minggu.

Konseling gizi mempunyai pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan praktek pasien HIV/AIDS didalam memilih makanan padat energi yang murah. Pasien HIV/AIDS Setelah mampu untuk mengantisipasi gejala infeksi yang mungkin timbul dengan cara mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan kebutuhan dan penyakitnya. Pemilihan bahan makanan makro dan mikronutrien berkualitas amat berperan dalam upaya membantu memperbaiki status gizi, sehingga kualitas hidup HIV/AIDS akan lebih baik (Kaiser *et al*, 2006, Almatsier, 2007)

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Asupan Protein

Hasil uji statistik pada penelitian ini menunjukkan bahwa asupan protein terdapat perbedaan rata-rata asupan awal dan asupan akhir penelitian ($p < 0.05$). Ini berarti bahwa pemberian konseling gizi berpengaruh terhadap peningkatan asupan protein. Keadaan ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Schwenk *et al*, (1999) dengan penambahan makanan seimbang ke diet normal dan pemberian konseling gizi dengan tujuan meningkatkan total asupan energi sebesar 560-960 kkal/hari. Percobaan ini menunjukkan peningkatan asupan energi dan asupan protein pada pasien yang diberi suplemen makronutrien, dibandingkan yang diberi plasebo selama 12 minggu, serta signifikan terhadap berat badan serta massa lemak.

Kebutuhan protein pada pasien HIV/AIDS lebih tinggi dari pada orang

normal dan memerlukan tambahan 1,5-2 g/hr jika tidak cepat diatasi akan terjadi proses katabolisme berat dan berakibat malnutrisi/wasting (Dwijayanthi, 2011). Umumnya penderita HIV/AIDS mengalami atropi otot dan kehilangan berat badan yang cepat hanya dalam beberapa hari saja akibat konsekuensi dari infeksi HIV tidak dapat dihindari (Miller, 2003 dalam Djoerban & Rosdiana, 2005). Jahor *et al*. (2003) melaporkan bahwa penderita HIV yang terinfeksi secara positif terjadi pemecahan protein lebih cepat di dalam tubuhnya sehingga konsentrasi albumin rendah, namun dengan pemasukan energi dapat memperbaiki imbalanced protein.

Konseling gizi, juga dapat memberikan pengaruh terhadap pemilihan makanan sumber protein tinggi yang murah dan aman bagi kesehatan tubuh serta dapat memenuhi sejumlah asupan protein HIV/AIDS.

Pengaruh Konseling Gizi terhadap Perubahan IMT

Berdasarkan hasil uji statistik pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara IMT awal dan akhir penelitian ($p < 0,05$). Keadaan ini sama dengan hasil penelitian dari Karsegard *et al*, (2004) dalam Koethe *et al*, (2009) ada perbedaan signifikan antara kedua kelompok terhadap IMT ($p = 0.02$) dalam penelitiannya pada 46 pasien HIV berusia lebih dari 18 tahun, setelah mendapat ornithine α -ketoglutarate sebanyak 10 g pada kelompok perlakuan dan pemberian plasebo isonitrogenous (susu) selama 12 minggu.

Berdasarkan hasil penelitian ini keberhasilan konseling gizi mempunyai pengaruh terhadap perubahan peningkatan asupan makanan (asupan energi), namun status gizi berdasarkan IMT peningkatan tidak terlalu besar hal ini karena IMT merupakan pengukuran bobot berat badan yang memiliki hubungan linear dengan tinggi badan, dimana penambahan berat

badan dalam waktu empat minggu belum memberikan dampak yang besar.

Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan salah satu pengukuran untuk menentukan status gizi. Digunakan untuk pengukuran bobot berat badan yang memiliki hubungan linier dengan tinggi badan. Berat badan harus di monitoring setiap 3-4 hari sekali untuk memberi informasi yang memungkinkan intervensi gizi preventif secara dini, guna mengatasi kecenderungan penurunan atau penambahan berat yang tidak dikehendaki serta untuk membedakan orang dengan status gizi kurang, status gizi baik atau status gizi lebih (Hartono, 2006, Gibson, 2005). Batterham (2005), dalam studinya melaporkan, jika seseorang dengan infeksi HIV mempunyai status gizi yang baik, maka daya tahan tubuh akan lebih baik sehingga memperlambat memasuki tahap AIDS.

Tingkat pendidikan pasien HIV/AIDS pada sebagian besar berada pada jenjang pendidikan menengah. Diharapkan dari segi pendidikan memungkinkan seseorang memiliki pengetahuan yang lebih baik serta mudah untuk menerima informasi dan edukasi (konseling gizi) terutama berkaitan dengan gizi pada orang dengan HIV/AIDS. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Menurut Simons *et al*, (1995) menyatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Hal ini senada dengan penelitian Durose *et al*, (2004) yang menyatakan pasien yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik akan memiliki ketaatan yang lebih baik dalam menjalankan diet yang direkomendasikan.

KESIMPULAN

Pengaruh konseling gizi dapat meningkatkan asupan energi, asupan protein, dan indeks massa tubuh, dengan

perincian sebagai berikut: (1) Rata-rata asupan energi setelah pemberian konseling gizi lebih tinggi dibandingkan sebelum pemberian konseling gizi (ada perubahan sebesar 171,54). (2) Rata-rata asupan protein setelah pemberian konseling gizi lebih tinggi dibandingkan sebelum pemberian konseling (ada perubahan sebesar 6,28 g). (3) Rata-rata status gizi (indeks massa tubuh) setelah pemberian konseling gizi lebih tinggi dibandingkan sebelum pemberian konseling gizi (ada perubahan sebesar 0,18 kg/m²).

SARAN

Bagi instansi kesehatan khususnya pusat rehabilitasi narkoba dan HIV/AIDS di Poliklinik Pulau Pombo RSUD Dr. M. Haulussy Ambon berdasarkan hasil badan harus dimonitoring 3-4 hari sekali untuk member informasi yang memungkinkan intervensi gizi preventive secara dini, guna mengatasi kecenderungan penurunan atau penambahan berat yang tidak dikehendaki serta untuk membedakan orang dengan status gizi kurang, status gizi baik atau status gizi lebih (Hartono, 2006, Gibon, 2005). Batterham (2005), dalam studinya melaporkan, jika seseorang dengan infeksi HIV mempunyai status gizi yang baik, maka daya tahan tubuh akan lebih baik, maka daya tahan tubuh akan lebih baik sehingga memperlambat memasuki tahap AIDS.

Tingkat pendidikan pasien HIV/AIDS pada sebagian besar berada pada jenjang pendidikan menengah. Diharapkan dari segi pendidikan memungkinkan seseorang memiliki pengetahuan yang lebih baik serta mudah untuk menerima informasi dan edukasi (konseling gizi) terutama berkaitan dengan gizi pada orang dengan HIV/AIDS. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Menurut Simons *et al*, (1995) menyatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan. Hal ini senada dengan penelitian Durose *et al*,

(2004) yang menyatakan pasien yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik akan memiliki ketaatan yang lebih baik dalam menjalankan diet yang direkomendasikan.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (2004). Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Nutrition Intervention in the care of Persons With Human Immunodeficiency Virus Infection. *The American Dietetic Association*, 104 no 9, 1425-1440.
- Almatsier, S. (2007). *Penuntun Diet*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Basuki, E. S. 2009. Konseling Medik: Kunci menuju kepatuhan pasien. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Departemen Ilmu Kedokteran Komunikasi.
- Bank, T. W. 2007. HIV/AIDS, Nutrition and food security: what we can do. A synthesis of international guidance. <http://www.worldbank.org> [Online]. [Accessed 26 Juni 2011].
- Batterham, M. J. (2005). Investigasi Heterogenety in Studies of Resting Energi Expenditure in Person with HIV/AIDS: Meta-Analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 702-713.
- Cornelia, E. S., Hera Nurlita, Irfanny Afif, Rita Ramayulis, Sri Iwaningsih, S. A. Budi Hartati, Triyani Kresnawan (2010). *Penuntun Konseling Gizi PERSAGI*, Jakarta: PT. Abadi.
- Dahlan, M. S. (2011). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan (deskriptif, Bivariat dan Multivariat dilengkapi Aplikasi dengan menggunakan SPSS)*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Ditjen PPM & PL Depkes RI (2014). *Laporan situasi perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan Desember 2010*: Kementerian Kesehatan RI.
- Djoerban, Z. & Rosdiana, N. 2005. Nutrisi dan HIV. *Majalah GizMind*.
- Georgiev, V. S. (2009). *National Institut of Allergy and Infectious Diseases, NIH, USA: Humana Press, a part of Springer science Business Media*, 351.
- Gibson, S. (2005). *Principles of Nutritional Assessment*, New York.: by Oxford University Press.
- Giraldo, R. 2003. Nutritional therapy for the treatment and prevention of aids: scientific bases. *Southern African Development Community (SADC) Health Meeting* [Online], 200. [Accessed 5 Juni 2011].
- Hardon, A., Akurut D, Comoro C 2007. Hunger, waiting time and transport costs: time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care*.
- Hartono, A. (2006). *Therapi Gizi dan Diet Rumah sakit*, Jakarta Penerbit Buku Kedokteran: ECG.
- Henrik, F. (2006). *Micronutrients and HIV Infection: a Review of Current Evidence*. World Health Organization, Durban, South africa: Department of Nutrition for Health and Development.
- Kaiser, J. D. M. D., Adriana M, Joseph P, Gifford S, Richard F, Marianna K (2006). Micronutrient Supplementation Increases CD4 count in HIV-infected individuals on Highly active Antiretroviral Therapy; A Prospective, Double Blinded, placebo-controlled trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 42 (5), 523-528.
- Koethe, J. R., Benjamin H. Chi, Karen M. Megazzini, Douglas C. Heimbarger, and Jeffrey S. A. Stringer (2009). *Macronutrient*

- Supplementation for Malnourished HIV Infected Adults: A Review of the Evidence in Resource-Adequate and Resource-Constrained Settings. *Clinical Infectious Diseases*, 49, 787-798.
- Limantara, V. L. (2004). HIV dan AIDS (*Human Immunodeficiency Virus Infections dan Acquired Immunodeficiency Syndrome*). In: Soetjiningsih (ed.) *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: CV. Sagung Seto. 207-218.
- Mandal, W., Dunbar, Mayon-White (2008). Acquired immunodeficiency Syndrome (AIDS). In: safitri, A. (ed.) *Lecture Notes Penyakit Infeksi*. Sixth edition ed. Jakarta: PT Erlangga. 199-219.
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2 Edisi Ketiga*, Jakarta: Media Aesculapius Fakultas Kedokteran UI, 162-167.
- Miller, T. L. (2003). Nutritional aspects of HIV-infected children receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 17 (suppl 1), S130-S140.
- Miller (2008). Gastrointestinal and Nutritional Complications of Human Immunodeficiency Virus Infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 47, 2.
- Opara, D. C., I B Umoh, M. John, (2007). Effects of Nutritional Counseling and Micronutrient Supplementation on Some Biochemical Parameters of Persons Living with HIV and AIDS in Uyo, Nigeria. *Pakistan Journal of Nutrition*, 6(3), 220-227.
- Palmer, S. (2011). *Konseling dan Psikoterapi*, Yogyakarta: Penerbit Pustaka Pelajar.
- Prayitno & Amti, E. (2008). *Dasar-Dasar Bimbingan dan Konseling*, Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Sastroasmoro, S. & Ismael (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, Jakarta: Sagung seto.
- Suwarni, H. A. H., Asdie, Herni Astuti (2009). konseling gizi dan pengaruhnya terhadap asupan zat gizi dan tekanan darah pada pasien hipertensi rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Gizi klinik Indonesia*, 6, No 1, Juli 2009, 21-28.
- Young, J. S. (1997). HIV and medical nutrition therapy. *Journal of the American Dietetic Association*, 97, S161-S166,.
- Yuniarti, Mahmud, Muhamad Asrar (2009). Kesesuaian antara asupan gizi dan kebutuhan gizi terhadap status gizi pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon. *Jurnal Kesehatan Terpadu (integrated Health Journal)*. Jilid 5, nomor 1, Mei 2014, 9-16

ANALISIS HUBUNGAN POLA MAKAN DAN AKTIVITAS FISIK PENDERITA DENGAN KEKAMBUHAN PENYAKIT REUMATIK DI DESA SEPA KECAMATAN AMAHAI KABUPATEN MALUKU TENGAH

Nur Baharia Marasabessy
Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Reumatik merupakan suatu penyakit yang menyerang sendi, mengenai siapa saja yang rentan terkena penyakit reumatik. Dampak yang dapat ditimbulkan oleh penyakit ini adalah kerusakan sendi sudah mulai terjadi pada enam bulan pertama terserang, cacat terjadi setelah dua sampai tiga tahun bila tidak diobati. Oleh karena itu perilaku pencegahan menjadi salah satu factor penting yang harus diperhatikan khususnya pencegahan kekambuhan untuk mencegah komplikasi yang lebih berat. Penelitian bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pola makan dan aktivitas fisik penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*, sampel adalah penderita reumatik yang berkunjung dan tercatat di Puskesmas Pembantu Desa Sepa. Hubungan antar variabel menggunakan uji statistik *chi square*.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pola makan penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik ($p \text{ value} = 0.05$) dan aktivitas fisik penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik dengan $p \text{ value} = 0.05$

Kata Kunci: reumatik, pola makan, aktivitas fisik, kekambuhan

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan di seluruh dunia akan menghadapi tekanan biaya yang berat pada 10 sampai 20 tahun mendatang, karena akan terjadi peningkatan yang luar biasa pada orang yang terkenal penyakit *musculoskeletal*. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa beberapa juta orang telah menderita karena penyakit sendi dan tulang, dan angka tersebut diperhitungkan akan meningkat tajam kerna banyaknya orang yang berumur lebih dari 50 tahun pada tahun 2020 (Sudoyo dkk, 2009).

Penyakit reumatik yang sering disebut *arthritis* (radang sendi) dan dianggap sebagai satu keadaan sebenarnya terdiri dari seratus tipe kelainan yang berbeda. Penyakit ini terutama mengenai otot-otot skelet, tulang, ligamentum, tendon, dan persendian pada laki-laki maupun wanita dengan segala usia. Banyak macam

penyakit yang memperlihatkan gejala reumatik, tergantung pada penyakit yang mendasarinya (Smeltzer dan Bare, 2002). Reumatik merupakan suatu penyakit yang menyerang sendi, mengenai siapa saja yang rentan terkena penyakit reumatik, hal itu tentu saja tergantung pada jenis reumatik. Banyak macam penyakit yang memperlihatkan gejala reumatik tergantung pada penyakit yang mendasari. Secara umum penderita reumatik akan merasa nyeri pada sendi dan tulang dan biasanya mulai terjadi pada usia pertengahan (Junaidi, 2012).

Penyakit reumatik dapat menyerang semua lapisan masyarakat dengan berbagai tingkat sosio-ekonomi, pendidikan, ras, gender, dan usia. Penyakit reumatik sudah sering kita dengar, namun demikian pemahaman yang benar tentang reumatik masih belum memuaskan. Masyarakat luas hingga kini masih belum mengetahui bahwa sebetulnya jenis gangguan reumatik saat ini

terdapat lebih dari 100 macam gangguan. Pada awalnya gangguan reumatik tersebut akan memberikan tanda dan gejala yang sangat mirip satu sama lain. Dalam hal ini, dokter sekalipun akan sulit sekali membedakannya. Sekitar 60% dokter dalam hal ini melakukan kesalahan dalam mendiagnosis (Sudoyo dkk, 2009).

Penyelenggaraan upaya kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, seiring dengan peningkatan penderita penyakit degeneratif yang semakin meningkat termasuk penyakit Reumatik. Reumatik yang sering disebut *Arthritis* adalah penyakit yang paling demokratis di dunia karena untuk skala dunia arthritis di derita oleh hampir satu milyar orang (Gordon, 1997).

Tingkat pengenalan dan pengetahuan tentang reumatik memang masih dirasa sangat kurang, baik pada masyarakat awam maupun kalangan medis. Di Eropa sebagaimana dilakukan wawancara *European Publik Opinion survey* ternyata sebanyak 55% penduduk tidak menyadari kalau penyakit reumatik dapat mengurangi harapan hidup penderita (Junaidi, 2012).

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya, tetapi bila diserang penyakit akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha untuk mencari pelayanan kesehatan termasuk masyarakat yang menderita penyakit reumatik. Kerusakan sendi sudah mulai terjadi pada enam bulan pertama terserang, cacat terjadi setelah dua sampai tiga tahun bila tidak di obati. Sekitar 40% penduduk Indonesia berusia di atas 40 tahun mempunyai keluhan nyeri sendi dan otot kendati demikian reumatik bukanlah penyakit monopoli orang dewasa karena penyakit ini

juga dapat menyerang anak-anak dengan gejala serupa (Pratiwi, 2011)

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah tentang jumlah penderita reumatik yaitu pada tahun 2011 berjumlah 1.244 orang, tahun 2012 berjumlah 3.101 orang sedangkan pada tahun 2013 berjumlah 7.944 orang (Dinkes Malteng, 2014).

Dari informasi yang diperoleh dari Puskesmas Pembantu Desa Sepa bahwa penderita reumatik selalu mengalami peningkatan setiap tahunnya dan rata-rata pasien yang melakukan pemeriksaan kesehatan adalah pasien yang mengalami kekambuhan penyakit reumatik. Berikut ini adalah data tentang jumlah penderita reumatik yang mengalami kekambuhan sejak tahun 2012-2014.

Berbagai upaya sudah dilakukan oleh petugas Puskesmas Pembantu Desa Sepa Kecamatan Amahai dalam rangka menurunkan angka kejadian kekambuhan penyakit reumatik diantaranya melakukan penyuluhan kesehatan tentang faktor-faktor yang dapat beresiko terhadap kekambuhan reumatik namun dari beberapa kali penyuluhan yang dilakukan hanya sebagian kecil masyarakat yang berpartisipasi untuk mengikuti kegiatan tersebut. Dari data diatas diketahui bahwa jumlah penderita reumatik di Desa Sepa selalu mengalami peningkatan dan yang mengalami kekambuhan sejak dua tahun terakhir. Dari hasil laporan petugas Pustu Desa Sepa diketahui bahwa masalah ini terjadi di masyarakat dapat disebabkan karena masyarakat cenderung mengobati gejala yang dirasakan sendiri dengan mengkonsumsi obat bebas.

Tabel 1
Jumlah Penderita Reumatik Yang Mengalami
Kekambuhan Tahun 2012-2014

Tahun	Jenis Kelamin		Usia (Thn)		Jumlah Penderita Reumatik	Penderita Kambuh		Jumlah kekambuhan Penderita Reumatik
	P	L	≤45	> 45		Penderita lama	Penderita baru	
2012	96	37	41	92	133	11	20	31
2013	83	88	72	99	171	22	16	38
Jan-Apr 2014	17	13	9	21	30	15	3	18

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Pembantu Sepa Tahun 2014

Hasil pengamatan dan wawancara awal terhadap penderita reumatik yang berkunjung ke Puskesmas Pembantu Sepa, didapatkan rata-rata masyarakat belum paham tentang jenis makanan yang perlu dikonsumsi untuk mencegah terjadinya kekambuhan penyakit reumatik sehingga tidak pernah melakukan diet untuk mencegah terjadinya kekambuhan reumatik. Penyakit reumatik dengan berbagai jenisnya banyak terjadi di masyarakat. Penyakit ini menyebabkan terjadinya berbagai gangguan pada penderita dimulai dari adanya nyeri sampai yang lebih parah adalah merubah bentuk tubuh (deformitas tulang). Gangguan yang terjadi pada penderita menyebabkan penderita tidak dapat beraktivitas dengan baik bahkan pada tingkat lanjut akan menyebabkan ketergantungan pada orang lain. Untuk mencegah terjadinya hal tersebut, masyarakat diharapkan dapat mencegah terjadinya penyakit reumatik dengan melakukan tindakan pencegahan, dan bagi yang telah didiagnosis menderita reumatik maka diharapkan melakukan tindakan untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Salah satu factor yang berhubungan dengan kekambuhan penyakit reumatik adalah pola makan dan aktivitas fisik penderita.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* (Arikunto,

2006). Penelitian ini bermaksud mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan penyakit reumatik di Desa Sepa Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah.

Populasi penelitian ini adalah semua penderita reumatik yang tercatat di Puskesmas Pembantu Desa Sepa sejak bulan Januari-April tahun 2014 yang berjumlah 30 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* dengan demikian besar sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 30 orang.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner, yang digunakan untuk mendapatkan data tentang pola makan dan aktifitas fisik responden. Analisis data meliputi analisis univariat dan analisis bivariat. Hubungan antara variable dependen dengan variable independen menggunakan uji *Chi Square*, dengan kriteria terdapat hubungan yang signifikan jika $p \text{ value} < 0,05$ (Cresswell, 2010; Dahlan, 2009). Penyajian data menggunakan tabel disertai penjelasan-penjelasan.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Karakteristik umum responden penelitian meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan sebagaimana dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini.

Tabel 2
Karakteristik Responden Di Desa Sepa Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah

	Penderita Baru		Penderita Kambuh		Total
	N	%	N	%	
Umur					
36-45 Tahun	4	33,3	5	27,7	9
> 45 Tahun	8	66,7	13	72,3	21
Jenis Kelamin					
Laki-laki	6	50	9	50	15
Perempuan	6	50	9	50	15
Pendidikan					
SD	7	58,3	9	50	16
SMP	1	8,3	4	22,2	5
SMA	2	16,7	1	5,6	3
PT	2	16,7	4	22,2	6
Pekerjaan					
PNS	2	16,7	0	0	2
Petani	10	83,3	18	100	28

Sumber : Data Primer, 2014

Tabel 3
Hubungan Pola Makan Penderita dengan Kekambuhan Penyakit Reumatik Di Desa Sepa Kecamatan Amahai

Pola makan	Penderita Baru		Penderita Kambuh		Total		P value
	n	%	N	%	n	%	
Tidak beresiko	0	0	10	55,6	10	33,3	0.04
Beresiko	12	100	8	44,4	20	66,7	
Jumlah	12	100	18	100	30	100	

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 2 diatas, diketahui bahwa dari 12 responden penderita baru, jumlah responden yang paling banyak adalah kelompok umur > 45 tahun, sedangkan dari 18 responden penderita kambuh, jumlah responden yang paling banyak adalah kelompok umur > 45 tahun. Dari tabel tersebut juga diketahui bahwa jumlah responden berdasarkan jenis kelamin adalah sama banyak yaitu 50%. Data karakteristik pendidikan menunjukkan

responden terbanyak berpendidikan SD dan jenis pekerjaan responden paling banyak adalah petani.

Pola Makan Responden

Hasil penelitian terhadap pola makan responden didapatkan bahwa dari 12 responden penderita baru, semuanya memiliki pola makan yang beresiko terhadap terjadinya kekambuhan penyakit reumatik yaitu 12 orang (100%). Sedangkan dari 18 responden

penderita kambuh, yang tidak beresiko untuk menderita kekambuhan reumatik yaitu 10 orang (55,6%), sedangkan yang beresiko adalah 8 orang (44,4%). Hasil uji statistik terhadap hubungan pola makan dengan kekambuhan penderita didapatkan hasil p value = 0,04. Selengkapnya hasil penelitian ditampilkan dalam tabel 3.

Aktivitas Fisik Responden

Hasil penelitian terhadap aktivitas fisik responden didapatkan bahwa dari 12 responden penderita baru, yang memiliki aktifitas fisik

yang beresiko terjadinya kekambuhan adalah 11 responden (91,7%). Sedangkan yang tidak beresiko 1 responden (8,3%). Penderita kambuh yang memiliki aktivitas yang tidak beresiko yaitu 5 responden (27,8%) sedangkan yang beresiko adalah 13 responden (72,2%). Analisis bivariat dengan uji statistik menggunakan *chi square* menunjukkan hasil p value = 0,05. Selanjutnya hasil penelitian di gambarkan dalam tabel 4 di bawah ini.

Tabel 4
Hubungan Aktivitas Fisik Penderita dengan Kekambuhan Penyakit Reumatik Di Desa Sepa Kecamatan Amahai

Aktivitas fisik	Penderita Baru		Penderita Kambuh		Total		P value
	n	%	N	%	n	%	
Tidak beresiko	1	8,3	5	27,8	6	20	0.05
Beresiko	11	91,7	13	72,2	24	80	
Jumlah	12	100	18	100	30	100	

Sumber : Data Primer, 2014

PEMBAHASAN

Pola makan dengan kekambuhan penyakit reumatik

Hasil identifikasi terhadap pola makan responden menunjukkan bahwa dari 12 responden penderita baru, semuanya memiliki pola makan yang beresiko terhadap terjadinya kekambuhan penyakit reumatik yaitu 12 orang (100%). Sedangkan dari 18 responden penderita kambuh, yang tidak beresiko untuk menderita kekambuhan reumatik yaitu 10 orang (55,6%), sedangkan yang beresiko adalah 8 orang (44,4%).

Faktor makanan memiliki pengaruh buruk terhadap terjadinya dan kekambuhan gangguan reumatik ini, seperti terlalu banyak makan daging atau jeroan yang dapat memicu serangan reumatik gout (kelebihan asam urat) berulang. Prinsip dasar pola makan untuk mendapatkan berat badan ideal adalah dengan menerapkan pola makan secukupnya sesuai dengan energi

yang diperlukan dalam menjalani aktifitas pada hari tersebut (Junaidi, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian semua responden penderita baru memiliki pola makan yang beresiko terjadinya kekambuhan reumatik yaitu 12 orang (100%), hal ini disebabkan karena responden tersebut tidak mengetahui faktor penyebab reumatik dan belum pernah mendapatkan informasi dari petugas Puskesmas tentang pola makan yang beresiko terjadinya kekambuhan reumatik. Sedangkan dari 18 responden penderita kambuh, yang memiliki pola makan yang beresiko kekambuhan reumatik yaitu 8 responden (44,4%), sedangkan responden yang memiliki pola makan tidak beresiko terjadinya kekambuhan reumatik adalah 10 responden (55,6%). Hal ini disebabkan karena sebagian responden tidak melaksanakan apa yang di anjurkan oleh petugas kesehatan tentang pola makan yang dapat

mencegah kekambuhan reumatik saat pemeriksaan kesehatan di Puskesmas Pembantu Desa Sepa, dimana petugas kesehatan selalu menjelaskan tentang pola makan yang baik dan jenis-jenis makanan yang perlu dikurangi dan dihindari demi mencegah kekambuhan reumatik.

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara pola makan responden dengan kekambuhan penyakit reumatik. Hal ini dibuktikan dengan kebiasaan responden seperti tidak mengonsumsi air lebih dari 6-8 gelas setiap hari, tidak pernah membatasi mengonsumsi daging untuk mencegah kekambuhan reumatik dan sering mengonsumsi makanan dengan tinggi purin seperti melinjo dan daun ubi kayu. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2011) di Kabupaten Gorontalo dan penelitian Ismayandi (2004) yang mengungkapkan ada hubungan yang bermakna antara pola makan dengan kekambuhan penyakit pada penderita reumatik yang mengungkapkan ada hubungan yang bermakna antara pola makan dengan kekambuhan penyakit pada penderita reumatik.

Menurut Smeltzer dan Bare (2002), kekambuhan pada penyakit reumatik salah satu penyebabnya adalah melaksanakan terapi dengan tidak tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktivitas yang berlebihan dan tidak dapat mengenal gejala kekambuhan. Pengaturan pola makan yang baik oleh penderita reumatik merupakan salah satu cara yang sangat bermanfaat dalam melakukan pencegahan kekambuhan penyakit reumatik karena dalam melakukan terapi pengobatan tanpa melakukan pengaturan diet maka kekambuhan akan terus menerus terjadi dan penyakit yang diderita sangat sulit untuk disembuhkan secara total.

Penyakit reumatik merupakan penyakit yang serangannya sangat dipengaruhi oleh pola makan. Mengonsumsi makanan yang banyak mengandung purin dapat

menyebabkan terjadinya pengkristalisasi dalam sendi. Agar terhindar dari rematik goat salah satu caranya adalah menjaga makanan yang mengandung purin dalam darah dalam posisi normal yaitu 5 - 7 mg%(Sutanto, 2008). Makanan hasil olahan, makanan yang tidak segar, justru membuat orang rentan terkena penyakit, makanan hasil olahan cenderung berproses lebih lambat di saluran pencernaan ketimbang makanan yang masih segar. Makanan yang berproses lambat di saluran pencernaan akan mengalami fermentasi sehingga menyebabkan pembentukan gas, kembung, nyeri di kelapa, dan beragam penyakit. Juga limbah beracun dalam saluran cerna dapat terserap ke dalam pembuluh darah, sehingga berpotensi memicu munculnya penyakit kronis, seperti penyakit rematik (Junaidi, 2012).

Pola makan yang baik disini adalah pembatasan makan untuk menghindari berat badan yang berlebih dan menghindari makan makanan yang banyak mengandung protein karena dalam proses metabolisme protein diubah menjadi purin dan pirimidin yang jika jumlahnya berlebihan di dalam tubuh akan diubah menjadi lemak. Pada penderita dengan peradangan system muskuloskeletal ditemukan kadar purin yang tinggi pada pemeriksaan laju endap darahnya. Hal ini akan menyebabkan dapat menyebabkan infeksi berlanjut. Penderita reumatik dapat menjaga pola makan dengan baik jika mereka telah memiliki pemahaman yang baik tentang hubungan pola makan dengan kekambuhan reumatik, oleh karena itu petugas kesehatan setempat sangat berperan penting dalam meningkatkan pengetahuan penderita reumatik khususnya tentang pola makan yang baik, dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang makanan yang dapat memicu terjadinya penyakit reumatik maupun kekambuhannya.

Hubungan Aktifitas fisik dengan kekambuhan penyakit reumatik

Hasil penelitian terhadap variable aktivitas fisik responden, didapatkan bahwa dari 12 responden penderita baru, yang memiliki aktivitas yang tidak beresiko terjadinya kekambuhan reumatik yaitu 1 responden (8,3%), Sedangkan 11 (91,7%) responden yang memiliki aktivitas yang beresiko. Sedangkan dari 18 penderita yang kambuh, yang mempunyai aktivitas fisik beresiko sebanyak 13 penderita atau 72,2% dan hanya 5 (27,8%) responden yang mempunyai aktivitas fisik yang tidak beresiko terhadap kekambuhan penyakit reumatik.

Aktifitas fisik adalah pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga secara sederhana yang sangat penting bagi pemeliharaan fisik, mental, dan kualitas hidup sehat. Aktifitas fisik mingguan apapun disamping kegiatan hidup rutin sehari-hari mempunyai daya proteksi terhadap kematian kardiovaskuler (Junaidi, 2012).

Diantara 18 responden penderita kambuh, yang memiliki aktivitas yang tidak beresiko terjadinya kekambuhan penyakit reumatik yaitu 5 responden (27,8%), sedangkan yang beresiko terjadinya kekambuhan reumatik yaitu 13 orang (72,2%), hal ini disebabkan sebagian besar responden masih aktif bekerja sebagai petani sehingga mereka punsering melakukan aktivitas yang berlebihan dan sangat berpotensi untuk terjadinya kekambuhan penyakit reumatik yang sedang diderita. Dari jawaban pada lembar kuisisioner diketahui responden tersebut sering memikul beban berat dengan jarak yang jauh, sering melakukan aktifitas fisik yang melebihi kemampuan, pergi ke kebun dengan jarak yang jauh dari rumah dan bekerja keras setiap hari dan tidak pernah melakukan olah raga yang teratur.

Hasil analisis dengan menggunakan uji statistik didapatkan p value = 0.05, yang berarti ada hubungan bermakna antara aktivitas fisik penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik yang dideritanya. Hasil

penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2011) dan penelitian Nofita (2014) yang menyimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik di Kecamatan Anggrek Kabupaten Gorontalo.

Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Junaidi, (2007) bahwa penderita reumatik harus menyeimbangkan kehidupan antara istirahat dan beraktifitas. Aktifitas yang berlebihan dapat memperberat kerja persendian sehingga mampu memicu kekambuhan reumatik namun olah raga (termasuk peregangan dan penguatan) akan membantu mempertahankan kesehatan tulang rawan, meningkatkan daya gerak sendi dan kekuatan otot-otot disekitarnya. Usia sangat berkaitan dengan perubahan struktural dan morfologi kartilago sendi, seperti penipisan dan robeknya permukaan sendi, menurunnya aktivitas agregasi matriks proteoglikan, serta hilangnya kelenturan matriks. Perubahan-perubahan pada jaringan ini disebabkan berkurangnya kondrosit yang memiliki peran dalam memelihara dan memperbaiki jaringan.

Sebagian kecil responden yang tidak beresiko terhadap kekambuhan reumatik yaitu 5 responden (27,8%) seluruhnya masih aktif bekerja sebagai petani, namun dilihat dari jawaban pada kuesioner penelitian diketahui responden tersebut jarang memikul beban yang berat, tidak pernah melakukan aktifitas fisik yang melebihi kemampuan dan tidak bekerja keras setiap hari serta aktivitas yang dilakukan diselingi dengan istirahat.

Disabilitas fisik pada penderita reumatik dihubungkan dengan berkurangnya cairan synovial yang melapisi permukaan kapsul dalam sendi. Membran ini licin dan lunak, berlipat-lipat sehingga dapat menyesuaikan diri pada setiap gerakan sendi atau perubahan tekanan intraartikular (Sudoyo, *et all*, 2009; Suratun, *et all*, 2008). Semua penderita reumatik perlu

menyeimbangkan aktifitas fisik sehari-hari sesuai dengan kemampuan mereka karena sangat penting dalam mencegah terjadinya kekambuhan penyakit reumatik karena dengan melakukan aktifitas yang berat akan semakin memperberat kerja persendian. Kontraksi otot yang berlebihan ini menyebabkan nyeri yang luar biasa karena terjadi mekanisme *sliding* (tumpang tindih) antara filament aktin dan myosin (Sudoyo, *et al*). sedangkan melakukan olahraga yang ringan yang teratur akan semakin memperlancar peredaran darah dan menjaga kesehatan tulang dan persendian sehingga dapat menjaga keseimbangan aktifitas fisik merupakan langkah penting untuk mencegah kekambuhan reumatik. Semua penderita reumatik perlu menyeimbangkan aktifitas fisik sehari-hari sesuai dengan kemampuan mereka karena sangat penting dalam mencegah terjadinya kekambuhan penyakit reumatik karena dengan melakukan aktifitas yang berat akan semakin memperberat kerja persendian. Sedangkan melakukan olahraga yang ringan yang teratur akan semakin memperlancar peredaran darah dan menjaga kesehatan tulang dan persendian sehingga dapat menjaga keseimbangan aktifitas fisik merupakan langkah penting untuk mencegah kekambuhan reumatik.

Agar penderita reumatik dapat menjaga keseimbangan dalam beraktifitas maka dibutuhkan dukungan petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan dan dukungan anggota keluarga dalam memberikan motivasi dan membantu memenuhi kebutuhan yang tidak seharusnya dilakukan oleh penderita reumatik misalnya mengangkat air, mengangkat beban yang terlalu berat seperti hasil perkebunan, mengerjakan pekerjaan yang memberikan beban terlalu berat pada lutut dan persendian dan lain-lain.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna

antara pola makan penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik di Desa Sepa Kecamatan Amahai dengan p value = 0.04 dan terdapat hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik penderita dengan kekambuhan penyakit reumatik di Desa Sepa Kecamatan Amahai dengan p value = 0,05.

Disarankan kepada penderita untuk menghindari kekambuhan penyakitnya dengan mengatur diet atau pola makan dan aktivitas fisiknya sehingga tidak menyebabkan gangguan kesehatan yang lebih sistemik. Perlu adanya dukungan keluarga terhadap penderita reumatik untuk menghindari faktor-faktor yang dapat memperberat penyakit sehingga tidak mengakibatkan ketergantungan kepada keluarga. Perlu adanya kampanye kesehatan yang lebih intensif kepada penderita dan keluarganya oleh petugas kesehatan agar penderita dan keluarganya dapat memperhatikan faktor-faktor penyebab kekambuhan penyakit reumatik.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* edisi revisi VI. Rineka Cipta: Jakarta.
- Creswell, J.W. 2010. *Research Design*. Edisi ketiga. Pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Dahlan, M.S. 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Salemba Medika. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Gordon, N. 1997. *Radang Sendi (Arthritis)*. Raja Grafindo. Jakarta
- Ismayandi. 2004. *Arthritis Reumatoid (Rematik)*. Tersedia dalam <http://www.rehab-equipment.co.cc/2004/03/rhematoid-arthritis.html>. Diakses pada tanggal 02 September 2014.
- Junaidi, Iskandar. 2012. *Reumatik dan Asama Urat*. Bhuana Ilmu Populer. Jakarta

- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Nofita, Rika. 2014. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Rematik pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Mandiangin Tahun 2014*. Tersedia dalam <http://ejurnal.stikesprimanusantara.ac.id/index.php/JKS-SKM/article/view/197>. diakses tanggal 02 September 2014
- Pratiwi S. 2011. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Penyakit Reumatik Di Wilayah Puskesmas Anggrek Kabupaten Gorontalo Utara*. Tersedia dalam http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/122/jtptunimus-gdl-seniprat_iw-6054-4-bab2.pdf. Diakses pada tanggal 02 September 2014.
- Smeltzer, Susanne & Bare, Brenda. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth Vol 2*, EGC: Jakarta.
- Sudoyo AW, Setyohadi B, Alwi I, Simadibrata MK, Setiati S. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta
- Sugiono. 2009. *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Alfabeta: Bandung.
- Sutanto, R. 2008. *Penanggulangan Penyakit Rematik*. EGC. Jakarta.
- Suratun, Heryati, Manurung S, Raenah E. 2008. *Seri Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. EGC. Jakarta.

HUBUNGAN ANEMIA IBU HAMIL DENGAN KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6-24 BULAN

Nilfar Ruaida

Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Stunting disebabkan oleh akumulasi episode stress yang sudah berlangsung lama, yang kemudian tidak terimbangi oleh *catch up growth* (kejar tumbuh). Hal ini mengakibatkan menurunnya pertumbuhan apabila dibandingkan dengan anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang mendukung. Kejadian *stunting* pada balita akan mempengaruhi kondisi balita pada periode siklus kehidupan berikutnya (*intergenerational impact*). Berbagai faktor risiko penyebab kejadian *stunting* diantaranya sosioekonomi rumah tangga, asupan gizi, pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Salah satu penyebab kejadian *stunting* adalah BBLR yang kebanyakan terjadi pada ibu yang menderita anemia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan Anemia Ibu Hamil dengan kejadian *Stunting* pada anak usia 6 – 24 bulan di Kota Yogyakarta. Jenis penelitian observasional dengan rancangan *case control* menggunakan alat ukur berupa *lengthboard* dan kuesioner. Subjek penelitian adalah anak yang mengalami *stunting*. Anak yang tidak mengalami *stunting* akan menjadi kelompok kontrol. Jumlah subjek untuk masing-masing kelompok sebesar 121 (1:1). Pengambilan sampel menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan metode *consecutive sampling*. Analisa data secara univariat menggunakan distribusi frekuensi, bivariat menggunakan *Chi-square*, dan multivariat menggunakan regresi logistik. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara anemia ibu hamil dengan kejadian *stunting*, begitu pula antara anemia ibu hamil dengan kejadian BBLR. Tetapi terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian BBLR dengan kejadian *stunting*.

Kata Kunci: anemia ibu hamil, kejadian BBLR, kejadian *stunting*

PENDAHULUAN

Kekurangan gizi dapat terjadi akibat kemiskinan, akan tetapi memperbaiki gizi di masa awal kehidupan manusia sebenarnya dapat membangun fondasi yang kuat dalam membantu meningkatkan individu, keluarga dan bangsa keluar dari kemiskinan. Sejak 1000 hari antara kehamilan sampai di usia dua tahun merupakan *Window of Opportunity*, yakni kesempatan yang singkat untuk melakukan sesuatu yang menguntungkan. Diet makanan yang kaya zat gizi akan membantu anak-anak tumbuh untuk memenuhi kebutuhan potensi fisik

dan kognitif yang optimal (Barker *et al.*, 2007).

Stunting disebabkan oleh akumulasi episode stress yang sudah berlangsung lama, yang kemudian tidak terimbangi oleh *catch up growth* (kejar tumbuh). Hal ini mengakibatkan menurunnya pertumbuhan apabila dibandingkan dengan anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang mendukung (Kusharisupeni, 1997). Kejadian *stunting* pada balita akan mempengaruhi kondisi balita pada periode siklus kehidupan berikut.

Heningham dan Grantham-McGregor (2009) menyatakan perkembangan anak bersifat multifaktor, yaitu dipengaruhi

faktor genetik, karakteristik anak (temperamen anak), keadaan biologis anak (status kesehatan dan gizi), lingkungan yang berhubungan dekat (tingkat stimulasi di rumah, kualitas interaksi ibu dan anak) serta lingkungan yang berhubungan jauh (pendidikan orang tua, budaya, tempat tinggal).

Shrimpton dan Kachondham, tahun 2003 dalam penelitiannya di Republik Korea menambahkan faktor yang sebagian besar dipengaruhi oleh perjalanan waktu (*temporal predictors*) tetapi sangat berperan sebagai penyebab kejadian *stunting* yaitu status gizi ibu saat hamil seperti ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) yang menggambarkan Kurang Energi Kronik atau KEK. Indeks Massa Tubuh yang menggambarkan pertambahan berat badan ibu hamil yang akan mempengaruhi berat janin nantinya (Shrimpton dan Kachondham, 2003). Selain itu dilihat juga pada kadar Hb ibu, tetapi tidak menunjukkan hubungan yang berarti (Shrimpton dan Kachondham, 2003).

Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010) menunjukkan penurunan prevalensi anak pendek pada balita dari 36,7% tahun 2007 menjadi 35,7% tahun 2010. Menurut laporan Riskesdas 2007, prevalensi anemi masih menunjukkan angka yang tinggi yaitu 24,5% yang disebabkan oleh pendidikan ibu yang rendah, pekerjaan ibu yang berat dan tingkat pengeluaran perkapita keluarga yang masih rendah. Sedangkan kejadian BBLR sebesar 11,5% dan menurun menjadi 11,1% berdasarkan laporan Riskesdas 2010 (Kemenkes, 2010).

Data Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tahun 2011, menunjukkan angka BBLR sebesar 4,68%, presentase balita *stunting* mencapai 15,11% dan meningkat menjadi 15,92% pada tahun 2012. Pada ibu hamilpun terjadi masalah anemia terutama disebabkan kekurangan zat besi sebesar 25,38% pada tahun 2011, yang berarti terjadi peningkatan karena pada

tahun 2010 prevalensi anemia sebesar 22,45%, disebabkan oleh asupan gizi terutama zat besi dan tingkat kepatuhan minum tablet tambah darah yang kurang.

Berdasarkan hal-hal tersebut penulis merasa tertarik untuk mengetahui hubungan Anemia Ibu Hamil dengan kejadian *Stunting* pada anak usia 6 – 24 bulan di Kota Yogyakarta. Selain itu juga untuk mengetahui hubungan Anemia Ibu Hamil dengan kejadian BBLR dan hubungan BBLR dengan kejadian *Stunting* pada subyek yang sama.

METODE

Jenis penelitian adalah observasional dengan rancangan *case control*.

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kota Yogyakarta Propinsi DI Yogyakarta yaitu Kecamatan Tegalrejo, Umbulharjo dan Kota Gede pada 14 kelurahan yang dilaksanakan mulai bulan Desember 2012 – Juni 2013.

Populasi adalah seluruh anak berusia 6-24 bulan di Kota Yogyakarta. Sampel adalah seluruh anak berusia 6-24 bulan yang tercatat pada register balita di posyandu serta orang tuanya bertempat tinggal di lokasi penelitian dengan kasus adalah anak yang mengalami *stunting* dan kontrol adalah anak yang tidak mengalami *stunting* yang memenuhi kriteria inklusi: Anak kandung dari ibu responden dari kelahiran tunggal. Bila salah satu keluarga memiliki lebih dari satu anak, maka sampel yang diambil adalah anak yang paling muda dan Ibu bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi adalah anak yang mengalami kelainan kongenital atau cacat fisik.

Pemilihan subyek penelitian untuk metode kuantitatif menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan *consecutive sampling*. Besar sampel adalah 242 orang.

Variabel terikat yaitu balita yang tergolong pendek (*stunting*) berdasarkan indikator panjang badan menurut umur

(PB/U) menggunakan *Z-score* standar baku WHO 2005. Variabel bebas berupa data anemia ibu hamil dan variabel perantara adalah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) pada *kohort* ibu atau KMS/Buku KIA.

Kuesioner merupakan modifikasi dari Studi Analisis Perilaku dan Konsumsi Makan/Praktik Diet Pada Balita, Anak Usia Sekolah, Ibu Hamil dan Menyusui di Kabupaten Timor Tengah Selatan Provinsi Nusa Tenggara Timur oleh Alma Ata Centre for Healthy Life and Food tahun 2011. Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran karakteristik ibu, kejadian BBLR dan *stunting* pada balita. Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antar variabel anemia ibu hamil dengan kejadian *stunting* dan BBLR menggunakan uji *chi-square*. Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara anemia ibu hamil, BBLR dengan kejadian *stunting* secara bersama-sama dengan uji regresi logistik.

HASIL

Karakteristik responden diperoleh melalui analisis univariabel. Jumlah subjek

dalam penelitian ini 242 responden yang terdiri dari 121 kasus dan 121 kontrol. Tabel 1 menggambarkan subyek penelitian sebagian besar tidak BBLR, kebanyakan ibu berpendidikan tinggi, tetapi di sisi lain tidak bekerja, serta jumlah anggota keluarga kurang dari 4 orang

Hubungan Anemia dengan Kejadian *Stunting*

Pada tabel 2 terlihat bahwa 55 orang (45,55%) ibu hamil dengan anemia melahirkan anak dengan kejadian *stunting*, sedangkan ibu hamil tidak anemia sebanyak 75 orang (61,98 %) melahirkan anak yang tidak *stunting*.

Hasil analisis dengan uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu sewaktu dengan kejadian *stunting* yang dapat dilihat dari nilai $p = 0,24$ dan $OR = 1,36$ (95% CI; 0,79 – 2,34). Tetapi dapat diinterpretasikan bahwa ibu dengan anemia sewaktu hamil berpeluang 1,36 kali lebih besar mengakibatkan anak *stunting* dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia.

Tabel 1 .
Distribusi Frekuensi & Karakteristik Subyek Penelitian

Variabel Penelitian	Kasus (<i>stunting</i>) 121		Kontrol (tidak <i>stunting</i>) 121		Total n = 242		p value
	n	%	n	%	N	%	
Kejadian BBLR							
- BBLR	31	25,62	7	5,79	38	15,70	0,00*
- Tidak BBLR	90	74,32	114	94,21	204	84,30	
Pendidikan ibu							
- Rendah	38	31,41	40	33,06	78	32,23	0,78
- Tinggi	83	68,59	81	66,94	164	67,77	
Pekerjaan ibu							
- Bekerja	36	29,75	46	38,02	82	33,88	0,17
- Tidak /IRT	85	70,25	75	61,98	160	66,12	
Jumlah Anggota Keluarga							
- > 4(besar)	47	38,84	47	38,84	94	38,84	1,00
- ≤ 4(kecil)	74	61,16	74	61,16	148	61,16	

Ket : * = signifikan pada $p < 0,05$

Tabel 2.
Analisis Bivariat Variabel Bebas dengan Kejadian Stunting

Analisis Bivariat Variabel Bebas dengan Variabel Terikat									
Variabel (Anemia Ibu)	Stunting				Total		P value	OR	95 % CI
	Ya		Tidak		N	%			
	n	%	n	%					
Anemia	55	45,55	46	38,02	101	41,74	0,24	1,36	0,79 – 2,34
Tidak Anemia	66	54,55	75	61,98	141	58,26			

Ket : * = signifikan pada $p < 0,05$

Tabel 3.
Analisis Bivariat Variabel Bebas dengan Kejadian BBLR

Variabel (Anemia Ibu)	Kejadian BBLR				Total		P value	OR	95 % CI
	Ya		Tidak		N	%			
	n	%	N	%					
Anemia	21	55,26	80	39,22	101	41,74	0,06	1,9	0,89 – 4,11
Tidak Anemia	17	44,74	124	60,78	141	58,26		1	

Ket : * = signifikan pada $p < 0,05$

Hubungan Anemia dengan Kejadian BBLR

Pada tabel 3 terlihat 80 orang (39,22%) ibu hamil dengan anemia melahirkan anak yang tidak BBLR, sedangkan ibu hamil tidak anemia sebanyak 124 orang (60,78 %) juga melahirkan anak yang tidak BBLR.

Hasil analisis dengan uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu sewaktu hamil dengan kejadian BBLR yang dapat dilihat dari nilai $p=0,06$ dan $OR=1,91$ (95% CI; 0,8 – 4,11). Tetapi dapat diinterpretasikan bahwa ibu dengan anemia sewaktu hamil berpeluang 1,91 kali lebih besar mengakibatkan anak dengan kejadian BBLR dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia.

Hubungan BBLR dengan Kejadian Stunting

Pada tabel 4 terlihat bahwa 31 orang (25,62%) anak dengan kejadian BBLR mengakibatkan *stunting*, sedangkan anak yang lahir tidak BBLR sebanyak 114 orang (94,21 %) tidak menyebabkan kejadian *stunting*.

Hasil analisis dengan uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara BBLR pada anak dengan kejadian *stunting* yang dapat dilihat dari nilai $p=0,00$ dan $OR=5,61$ (95% CI; 2,27 – 15,70) . Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa anak dengan BBLR berpeluang 5,61 kali lebih besar mengakibatkan anak *stunting* dibandingkan dengan anak yang tidak BBLR.

Hubungan Anemia Ibu dengan Kejadian Stunting yang Melibatkan Variabel BBLR

Analisis Model 1 untuk mengetahui adanya hubungan anemia dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6 – 24 bulan tanpa melibatkan variabel lain. Hasil analisis didapatkan hubungan yang tidak bermakna secara statistik antara anemia dengan kejadian *stunting* dan nilai $OR = 1,36$ (95% CI; 0,81 – 2,27). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa anemia berpeluang 1,36 kali lebih besar mengakibatkan anak *stunting* daripada ibu yang tidak anemia saat hamil.

Tabel 4.
Analisis Bivariat Variabel Antara dengan Kejadian *Stunting*

Variabel (Kejadian BBLR)	<i>Stunting</i>				Total		P value	OR	95 % CI
	Ya		Tidak						
	n	%	n	%	N	%			
BBLR	31	25,62	7	5,79	38	15,70	0,00	5,61	
Tidak BBLR	90	74,38	114	94,21	204	84,30			2,27 – 15,70

Ket : * = signifikan pada $p < 0,05$

Tabel 5.
Analisis Regresi Logistik Hubungan Status Anemia dengan Kejadian *Stunting* Dikendalikan oleh Variabel Kejadian BBLR

Variabel	<i>Kejadian Stunting</i>	
	Model 1	Model 2
	OR (95 % CI)	OR (95 % CI)
Anemia Ibu		
Anemia	1,36	1,21
Tidak Anemia	(0,81 – 2,27)	(0,71 – 2,07)
Kejadian BBLR		
BBLR		5,46*
Tidak BBLR		(2,29 – 13,01)
R² (%)	1,17	3,83
N	242	242
Deviance (-2 log Likelihood)	334,10	315,78

Keterangan : * = signifikan pada $p < 0,05$

Analisis Model 2 dibangun untuk mengetahui hubungan anemia dengan kejadian *stunting* serta besarnya kontribusi variabel kejadian BBLR yang diikutsertakan dalam analisis. Model 2 menunjukkan R² mengalami peningkatan sebesar 3,83 berarti anemia dengan mengontrol variabel kejadian BBLR dapat memprediksi kejadian *stunting* sebesar 3,83 %. Nilai OR BBLR sebesar 5,46 (95% CI; 2,29 – 13,01) dengan nilai $p=0,00$. Hal ini dapat diinterpretasikan bahwa kejadian BBLR jika dipengaruhi oleh anemia saat ibu hamil berpeluang 5,46 kali lebih besar mengakibatkan anak *stunting*.

PEMBAHASAN

Hasil uji statistik menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara anemia ibu selama hamil dengan kejadian *stunting* pada anak, tetapi berpeluang

mengakibatkan anak *stunting* (OR>1). Hal ini sejalan dengan penelitian Shrimpton dan Kachondam (2003) di Korea Selatan yang menyatakan anemia ibu selama hamil tidak berhubungan dengan kejadian *stunting* tetapi tetap harus diperhatikan mengingat jumlah ibu hamil yang anemia hampir sama dengan yang tidak anemia, karena mungkin dengan populasi yang lebih besar lagi bisa menjadi hubungan yang bermakna.

Ibu hamil umumnya mengalami deplesi besi sehingga memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai di bawah 11 g/dl selama trimester III. Kekurangan zat besi tersebut dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Anemia gizi dapat

mengakibatkan kematian janin di dalam kandungan, abortus, cacat bawaan, BBLR, anemia pada bayi yang dilahirkan, dimana berarti peningkatan pada morbiditas dan mortalitas ibu serta kematian perinatal (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Hasil uji statistik pada penelitian ini menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara anemia ibu selama hamil dengan kejadian BBLR pada anak, tetapi berpeluang mengakibatkan terjadinya BBLR karena $OR > 1$. Penelitian retrospektif oleh Singh *et al* dari tahun 2005-2006 juga menyatakan anemia bukan merupakan faktor yang signifikan dengan kejadian BBLR tetapi kontribusinya sangatlah besar ($OR > 1$) sehingga mengakibatkan peningkatan kejadian BBLR pada ibu yang anemia selama hamil (Steer, 2000). Penelitian Purnadhibrata *et al.*, 2005 di Bali juga menyatakan hubungan yang tidak nyata antara status anemia ibu selama hamil dengan BBLR yang diduga disebabkan data kadar Hb yang dicatat kurang akurat akibat kesalahan penentuan kadar Hb oleh petugas bisa terjadi karena keahlian yang berbeda dan dugaan ibu yang mengalami anemia melahirkan bayi mati (kematian prenatal) sehingga tidak tercatat berat badan lahir bayinya.

Pada kenyataannya ibu hamil yang terpapar anemia mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen ke sel tubuh maupun otak menimbulkan gejala-gejala letih, lesu, cepat lelah dan gangguan nafsu makan, sehingga berdampak kepada keadaan gizi ibu, yang tercermin dalam berat badannya yang berdampak pada penurunan suplai oksigen ke janin yang dapat menyebabkan hambatan pada pertumbuhan janin juga (Darmayanti *et al*, 2010).

Pada penelitian ini tidak bisa mendapatkan data yang akurat untuk penentuan anemia ibu saat hamil karena pada buku KIA/KMS tidak semua pemeriksaan lengkap tiap trimester, kalau tidak ada sama sekali hanya bisa

mengandalkan ingatan ibu sehingga menyebabkan bias.

BBLR sebagai penyebab kejadian *stunting* juga dikemukakan dari hasil penelitian Ricci dan Becker tahun 1996 di Filipina yang kemudian dilanjutkan oleh Adair dan Guilkey (1997) menyatakan risiko semakin besar pada bayi kurang dari 6 bulan (masa kritis). Chopra di Afrika Selatan tahun 2003 menyatakan risiko 5,25 kali lebih besar dan Ergin *et al.* di Turki tahun 2007 menyatakan risiko 2,52 kali lebih besar berat badan lahir rendah (BBLR) pada bayi menyebabkan kejadian *stunting* dibandingkan bayi yang dilahirkan dengan berat badan normal. Jadi sejalan dengan hasil penelitian ini yang diuji secara statistik menyatakan ada hubungan yang bermakna antara kejadian BBLR dengan kejadian *stunting* pada anak.

Hasil uji statistik menyatakan anemia ibu selama hamil dengan mengontrol variabel kejadian BBLR dapat memprediksi kejadian *stunting* pada anak. Jadi pada penelitian ini hubungan secara langsung antara anemia dengan kejadian *stunting* tidak ditemukan tetapi harus melalui kejadian BBLR dulu sebagai perantara.

Ibu hamil yang anemia mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu meredam lingkungan yang baru, sehingga dapat berakibat terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan bahkan mengganggu kelangsungan hidupnya (Adriani dan Wirjatmadi, 2012). Sebaliknya bagi bayi yang tidak dilahirkan BBLR pada umumnya mempunyai status gizi saat lahir kurang lebih sama dengan status gizi bayi di Amerika. Tetapi seiring dengan bertambahnya umur disertai asupan zat gizi yang rendah dibandingkan kebutuhannya dan tingginya beban penyakit infeksi pada awal-awal kehidupan maka sebagian besar bayi Indonesia terus mengalami penurunan status gizi dengan puncaknya pada umur kurang lebih 18-24 bulan sehingga

prevalensi balita kurus (*wasting*) dan balita pendek (*stunting*) mencapai nilai tertinggi. Setelah melewati umur 24 bulan, status gizi balita umumnya mengalami perbaikan meskipun tidak sempurna (Hidayati, 2005).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh kesimpulan : 1) Risiko kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan 1,36 kali lebih besar pada ibu yang mengalami anemia saat hamil tapi tidak bermakna secara statistik, 2) Risiko kejadian BBLR pada anak usia 6-24 bulan 1,91 kali lebih besar pada ibu yang mengalami anemia saat hamil tapi tidak bermakna secara statistik, 3) Risiko kejadian *stunting* 5,61 kali lebih besar pada anak yang lahir dengan BBLR dan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik.

SARAN

Disarankan bagi petugas kesehatan untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat khususnya wanita usia subur, calon pengantin dan ibu hamil secara berkesinambungan tentang pencegahan kejadian BBLR melalui perbaikan status gizi dengan mengkonsumsi gizi seimbang, pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali dan minum tablet tambah darah dengan teratur.

DAFTAR PUSTAKA

- Adair, L.S. & Guilkey, D.K. (1997) Age-specific Determinants of Stunting in Filipino Children. *J Nutr*, 127(2): 314-320.
- Adriani dan Wirjatmadi, (2012) *Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan*. Kencana Prenada Media Group. Jakarta.
- Barker DJP, (2007) Introduction : The Window of Opportunity. *Journal Nutrition* ; 137 : 1058-9.
- Chopra, M (2003). Risk Factors for Undernutrition of Young Children in a Rural Area of South Africa, *Public Health Nutrition* : 6 (7), 645-652
- Darmayanti, Wilopo, S.A dan Nurdianti, D.S (2010). Pengaruh Kenaikan Berat Badan Rata-rata Per Minggu Pada Kehamilan Trimester II dan III Terhadap Risiko BBLR, *Buletin Kedokteran Masyarakat*, Vol. 26, No.1, Maret 2010.
- Dinkes DIY. (2013) *Profil Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2012*. Yogyakarta
- Ergin, F., Okyay, P., Atasoylu, G and Beser, E (2007) Nutritional Status and Risk Factors of Chronic Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Aydin, a Western City of Turkey, *The Turkish Journal of Pediatrics*, 49: 283-9.
- Heningham, H.B and Grantham-McGregor, S(2009), *Gizi dan Perkembangan Anak dalam Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Hidayati M, Hadi H dan Susilo J (2005) Kurang energi kronis dan anemia ibu hamil sebagai faktor resiko kejadian berat bayi lahir rendah di kota Mataram propinsi Nusa Tenggara Barat. *Sains Kesehatan*, 18 (4) : 483-9.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2010) *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) 2010*, Jakarta.
- Kusharisupeni (1997) Peran Status Kelahiran terhadap *Stunting* pada Bayi : Sebuah Studi Prospektif, *Jurnal Kedokteran Trisakti*, 23(3): 73-80.
- Mbuya, Md. N.N., Chidem, M., Chasekwa, B and Mishra, V.(2010) Biological, Social and Environmental Determinants of Low Birth Weight and Stunting among Infants and Young Children in Zimbabwe. *Zimbabwe Working Papers*: February 2010, No.7.
- Purnadhibrata, I, M; Kusumajaya, A. A, Ngurah dan Padmiari, I, A (2005) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

- dan Faktor-faktor Penyebabnya di Provinsi Bali, *Prosiding Temu Ilmiah*, Kongres XIII Persagi: 308-13.
- Ricci, J.A and Becker (1996). Risk Factors for Wasting and Stunting Among Children in Metro Cebu, Philippines, *Am. J. Clin. Nutr* 63 : 966-75
- Singh, G and Rand Sidhu, M.K (2006). Faktor Ibu terhadap Bayi Berat Lahir Rendah [Internet]. Tersedia dalam <<http://www.RealitasKedokteran.com>> [Diakses Februari 2012].
- Shrimpton, R and Kachondham, Y (2003) *Analysing the Causes of Child Stunting in DPRK*.
- Steer, P.J (2000). Maternal Haemoglobin Concentration and Birthweight, *Am. J. Clin. Nutr* 2000 : 71 : 1285 S – 75.

HUBUNGAN PEMENUHAN HAK-HAK PERAWAT DENGAN KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT UMUM KAREL SADSUITUBUN LANGGUR KABUPATEN MALUKU TENGGARA

Lucky H. Noya

Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara pemenuhan hak-hak perawat dengan kinerja mereka di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Responden dari penelitian ini adalah total populasi yang memenuhi kriteria inklusi yang semua perawat yang bekerja di ruang rawat inap dan status PNS dengan masa kerja setidaknya satu tahun. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang disusun berdasarkan unsur-unsur hak perawat dan kinerja perawat.

Kata kunci : hak perawat , perawat kinerja

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan publik, sampai dengan saat ini telah mengalami berbagai perubahan. Padahal di sisi lain, rumah sakit sebagai salah satu bagian dari tatanan pelayanan kesehatan terbesar memiliki tiga fungsi yaitu fungsi sosial, fungsi profit, dan fungsi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar guna memenuhi kebutuhan serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu (Aditama, 2004).

Pelayanan kesehatan yang bermutu, merupakan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996). Dengan demikian pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan perlu meningkatkan kualitas layanan, karena perawat selama 24 jam dan 7 hari dalam seminggu memberikan pelayanan

secara terus menerus dalam bentuk asuhan keperawatan (Swansburg, 2000).

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, Tentang Kesehatan pasal 22, dinyatakan bahwa tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum dan kualifikasi minimum tersebut diatur dengan peraturan menteri kesehatan. Merujuk kepada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1239 Tahun 2001, Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik didalam maupun diluar negeri. Peran utama perawat pada dasarnya adalah sebagai perawat pelaksana, perawat pendidik, perawat manajer, perawat peneliti. Sebagian besar perawat bekerja di rumah sakit adalah sebagai perawat pelaksana (Depkes, 2002). Bertolak dari hal tersebut dapat dilihat bahwa peran dan fungsi seorang tenaga perawat sangat strategi dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Perawat memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan klien/pasien. Di sarana kesehatan, khusus di pelayanan rumah sakit perawat selalu berada didekat pasien selama 24 jam melakukan kegiatan keperawatan. Penugasannya dibagi atas 3

shift jaga yaitu pagi, sore, dan malam. Untuk itu di dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, atau komunitas, perawat sangat memerlukan etika keperawatan yang merupakan filsafat yang mengarahkan tanggung jawab moral yang mendasar terhadap pelaksanaan praktik keperawatan, di mana inti dari falsafah tersebut adalah hak dan martabat manusia.

Hak merupakan tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang menjadi kebutuhan pribadinya sesuai dengan keadilan, mortalitas dan legilitas. Fagin (1975, dalam Suhaemi 2004) mengatakan hak adalah tuntutan terhadap sesuatu, dimana seseorang berhak, seperti kekuasaan dan hak-hak istimewa yang berupa tuntutan yang berdasarkan keadilan, moralitas atau legalitas. Setiap manusia mempunyai hak asasi untuk berbuat, menyatakan pendapat, memberikan sesuatu kepada orang lain dan menerima sesuatu dari orang lain atau lembaga tertentu. Suatu hak merupakan suatu pernyataan untuk berperilaku dalam suatu cara tertentu di bawah situasi-situasi tertentu, suatu hak juga merupakan suatu pernyataan terhadap sesuatu, pelayanan atau penghasilan yang baik (Gillies, 1998). Kinerja menjadi tolak ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Kinerja profesional keperawatan berdasarkan standar profesi dan kode etik perawat Indonesia meliputi: jaminan mutu, pendidikan, penilaian kinerja, kesejawatan, etik, kolaborasi, riset, dan pemanfaatan sumber-sumber (PPNI, 2010). Standar kinerja profesional ini merupakan pedoman bagi praktisi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan profesional dengan pendekatan proses keperawatan yang bertujuan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas serta

melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur, pada Oktober 2011 didapatkan data jumlah perawat 84 orang. BOR 84,59 %, LOS 7,22 %. Hasil wawancara dengan kepala perawatan ditemukan bahwa tahun 2010 ada 2 perawat yang akan mengikuti pendidikan lanjut tetapi tidak bisa karena belum tidak mendapat izin. Selain hal tersebut ditemukan juga sistem dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak berjalan maksimal, hal ini ditemukan dari 10 berkas status yang diambil secara acak didapatkan hasil: pengkajian 78,5%, diagnose keperawatan 73,3%, perencanaan 68,7%, tindakan keperawatan 40,5% dan evaluasi 79% yang dilakukan oleh perawat. Pengamatan peneliti perawat ruangan lebih banyak melakukan tugas-tugas medis dari pada melakukan asuhan keperawatan pada pasien, hal ini juga disebabkan karena sistem penugasan pada ruangan masih menggunakan metode fungsional.

METODE

Metode penelitian ini adalah penelitian korelasi deskriptif (*descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan (Arikunto, 2002). Seperti juga dikemukakan oleh Danim (2002) bahwa *deskriptif korelasi* yaitu penelitian yang bertujuan mengetahui hubungan antara dua atau lebih variabel. Rancangan ini dimaksudkan untuk menganalisis hubungan antara hak-hak perawat dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengumpulan data yang dilakukan mulai tanggal 05 September 2012

sampai dengan tanggal 31 Oktober 2012. Hasilnya sebagai berikut:

Tabel 1

Distribusi Frekuensi Perlindungan Terhadap Resiko Kerja, Imbalan Jasa Pelayanan Keperawatan, Hak Cuti dan Hak Kepegawaian, Kesempatan Mengembangkan Diri melalui Pendidikan Formal dan Nonformal, Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan secara Rutin di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur

Variabel	Jumlah	Persentase
Perlindungan Terhadap Resiko Kerja		
Baik	24	39,3
Kurang Baik	37	60,7
Total	61	100
Imbalan Jasa Pelayanan Keperawatan		
Baik	29	47,5
Kurang Baik	32	52,5
Total	61	100
Mendapat Hak Cuti dan Hak Kepegawaian		
Baik	25	41
Kurang Baik	36	59
Total	61	100
Kesempatan Mengembangkan Diri Melalui Pendidikan Formal dan Non Formal		
Baik	24	39,3
Kurang Baik	37	60,7
Total	61	100
Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan Secara Rutin		
Baik	28	45,9
Kurang Baik	33	54,1
Total	61	100

Berdasarkan tabel 1 maka diperoleh distribusi frekuensi perlindungan terhadap resiko kerja sebanyak 37 (60,7%) responden menyatakan kurang baik dan sebanyak 24 (39,3%) baik. Pemenuhan imbalan jasa pelayanan keperawatan diperoleh sebesar 32 (52,5%) menyatakan kurang baik dan sebanyak 29 (47,5%) menyatakan baik. Mendapat hak cuti dan hak kepegawaian menunjukkan sebanyak 36 (59%) responden menyatakan kurang baik sedangkan 25 (41%) responden menyatakan baik. Kesempatan

mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal diperoleh sebesar 37 (60,7%) menyatakan kurang baik dan 24 (43,4%) menyatakan baik, dan hak perawat untuk mendapatkan pelayanan pemeriksaan kesehatan secara berkala setiap tahunnya diperoleh sebanyak 33 (54,1%) responden menyatakan kurang baik dan 28 (45,9%) menyatakan baik.

Tabel 2

Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat: Jaminan Mutu, Pendidikan, Penilaian Kinerja, Kesejawatan, Etik, Kolaborasi Dan Riset Di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur

Variabel	Jumlah	Persentase
Kinerja Perawat		
Baik	29	47,5
Kurang baik	32	52,5
Total	61	100

Berdasarkan distribusi frekuensi kinerja perawat yang dikategorikan menjadi dua bagian yaitu baik dan kurang baik diperoleh hasil dari responden sebanyak 61 responden kinerja kurang baik yaitu diatas 52,5% yang berada di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur.

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 16 (76,2%) menunjukkan pemenuhan hak perlindungan terhadap resiko kerja kurang baik namun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 20 (50%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,089$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi antara pemenuhan hak mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja dengan kategori baik dan pemenuhan hak mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja dengan kategori kurang baik. Dengan demikian tidak ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak

mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerja perawat.

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Hubungan Antara Hak Perawat Meliputi Perlindungan Terhadap Resiko Kerja, Imbalan Jasa Pelayanan Keperawatan, Hak Cuti dan Hak Kepegawaian, Kesempatan Mengembangkan Diri Melalui Pendidikan Formal dan Nonformal, Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan Secara Rutin dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur

Variabel	Kinerja Perawat				Total		p value	OR 95% CI
	Kurang Baik		Baik					
	n	%	n	%	N	%		
Perlindungan terhadap risiko kerja							0,089	0,313 (0,096-1,017)
• Kurang Baik	5	23,8	16	76,2	21	100		
• Baik	20	50	20	50	40	100		
Total	25	41	36	59	61	100		
Imbalan jasa pelayanan keperawatan							0,001	7,438 (2,354-23,500)
• Kurang Baik	17	68	8	32	25	100		
• Baik	8	22,2	28	77,8	36	100		
Total	25	41	36	59	61	100		
Hak cuti dan hak kepegawaian							0,024	3,900 (1,321-11,515)
• Kurang Baik	15	60	10	40	25	100		
• Baik	10	27,8	26	72,2	36	100		
Total	25	41	36	59	61	100		
Kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal							0,035	4,000 (1,232-12,989)
• Kurang Baik	20	52,6	18	47,4	38	100		
• Baik	5	21,7	18	78,3	23	100		
Total	25	41	36	59	61	100		
Pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin							0,968	0,848 (0,297-2,423)
• Kurang Baik	15	39,5	23	60,5	47	100		
• Baik	10	43,5	13	56,5	23	100		
Total	25	41	36	59	61	100		

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 8 (32%) menunjukkan pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan kurang baik namun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 28 (77,8%). Hasil uji

statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kinerja perawat antara pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kategori baik dan pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kategori kurang baik. Dengan demikian ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kinerja

perawat. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,43$ artinya perawat yang menyatakan baik pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan memiliki peluang 7 kali untuk melakukan kinerja perawat dengan baik dibandingkan perawat yang menyatakan kurang baik pemenuhan hak mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan.

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 10 (40%) menunjukkan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian kurang baik namun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 26 (72,2%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,024$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kinerja perawat antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kategori baik dan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kategori kurang baik. Dengan demikian ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 3,90$ artinya perawat yang menyatakan baik pemenuhan hak mendapatkan cuti dan hak kepegawaian memiliki peluang 4 kali untuk melakukan kinerja perawat dengan baik dibandingkan perawat yang menyatakan kurang baik pemenuhan hak mendapatkan cuti dan hak kepegawaian.

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (47,4%) menunjukkan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal kurang baik namun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 18 (78,3%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,035$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kinerja perawat antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kategori baik dan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kategori kurang baik. Dengan demikian ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja perawat. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 4,00$ artinya perawat yang menyatakan baik pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal memiliki peluang 4 kali untuk melakukan kinerja perawat dengan baik dibandingkan perawat yang menyatakan kurang baik pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal.

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 23 (60,5%) menunjukkan pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin kurang baik namun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 13 (56,5%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,968$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kinerja perawat antara pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kategori baik dan pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kategori kurang baik. Dengan demikian tidak ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerja perawat.

Hubungan pemenuhan hak perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerja perawat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak perlindungan terhadap resiko kerja sebanyak 39,3% dan kurang baik 60,7%. Pada hasil analisis bivariat ditemukan bahwa proporsi perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerjanya baik sebanyak 50% dan persepsi kurang baik tentang pemenuhan hak perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerja yang baik sebanyak 76,2%. Dari hasil uji hubungan menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,089$ ($\alpha = 0,05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pemenuhan hak mendapatkan perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerja perawat.

Priharjo (2008) mengemukakan bahwa perawat mempunyai hak untuk bekerja di lingkungan yang baik, artinya lingkungan tersebut cukup aman, tidak mengancam keselamatan, kesehatan fisik maupun mental. Institusi tempat perawat bekerja dapat menjamin dan melindungi perawat dari perilaku tidak sopan, perkataan kasar, dan kekerasan fisik dari orang lain termasuk pasien dan pengunjung. lebih lanjut dikemukakan oleh Gillies (1998) bahwa kinerja merupakan hasil kerja dari salah satu faktor kemampuan motivasi dan kondisi lingkungan eksternal sehingga kekurangan dari salah satu faktor tersebut akan berpengaruh pada kinerja.

Dari hasil penelitian ini peneliti beranggapan bahwa walaupun tidak terdapat hubungan antara perlindungan terhadap resiko kerja dengan kinerja perawat, hal ini harus diperhatikan karena seperti yang dikemukakan oleh Mangkunegara (2005) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor individu dan lingkungan organisasi. Salah

satu lingkungan organisasi yang baik adalah bagaimana pihak manajemen melindungi setiap pegawainya terhadap resiko kerja yang ditimbulkan oleh pekerjaan yang sedang dia jalankan.

Hubungan pemenuhan hak imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat.

Perawat sebagai tenaga profesional mempunyai tanggung jawab serta kualifikasi khusus, perawat mempunyai hak untuk mendapatkan penghargaan secara ekonomi atau upah kerja. Armstrong (1987 dalam Sudarmanto 2009) menyatakan bahwa manajemen/sistem penghargaan dapat meningkatkan kinerja individu dan kinerja organisasi, sehingga mendorong capaian misi dan strategis organisasi. Kinerja seseorang akan meningkat ketika ia merasa diperlakukan adil baik antara pekerja maupun dalam pemberian imbalan/penghargaan. Tetapi semangat akan menurun bila kontribusi pekerja tidak dihargai dengan imbalan/kompensasi yang tidak seimbang.

Hasil penelitian didapatkan perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak imbalan jasa pelayanan keperawatan sebanyak 47,5% dan kurang baik 52,5%. Pada hasil analisis bivariat ditemukan bahwa proporsi perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kinerjanya baik sebanyak 77,8% dan persepsi kurang baik tentang pemenuhan hak imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kinerja yang baik sebanyak 32%. Dari hasil uji hubungan menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,001$ ($\alpha = 0,05$) yang berarti secara statistik ada hubungan yang bermakna antara pemenuhan hak imbalan jasa pelayanan keperawatan dengan kinerja perawat. Dengan nilai *Odds Ratio* (OR) = 7,44 yang artinya perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak imbalan jasa pelayanan keperawatan mempunyai peluang

7 kali untuk berkinerja baik dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang baik.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Robinson dan Larsen (1990) terhadap pegawai penyuluh kesehatan di Colombia yang menunjukkan bahwa pemberian imbalan mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap kinerja pegawai dibandingkan dengan pegawai yang tidak diberikan imbalan. Aminudin (2002) dan Widaningsih (2002) mengemukakan dalam penelitian mereka bahwa ada hubungan imbalan jasa dengan kinerja perawat pelaksana di rumah sakit.

Asumsi peneliti adanya hubungan yang sangat signifikan antara imbalan jasa dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur. Hal ini terlihat dari bagaimana perawat mempersepsikan pemenuhan imbalan jasa pelayanan keperawatan sehingga kinerja perawat masuk dalam katagori baik 47,5 %, namun demikian presentasi ini belum dapat mencerminkan generalisasi pelaksanaan pemenuhan hak perawat untuk mendapatkan imbalan jasa pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur.

Hubungan pemenuhan hak mendapat cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian sebanyak 41% dan kurang baik 59%. Pada hasil analisis bivariat ditemukan bahwa proporsi perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerjanya baik sebanyak 75% dan persepsi kurang baik tentang pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja yang baik sebanyak 52%. Dari hasil uji hubungan menunjukkan nilai $p\text{ value} = 0,024$ ($\alpha = 0,05$) yang berarti secara statistik ada hubungan yang bermakna antara

pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat. Dengan nilai *Odds Ratio* (OR) = 3,90 yang artinya perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian mempunyai peluang 4 kali untuk berkinerja baik dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang baik.

Tawi (2008) hak merupakan tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang merupakan kebutuhan pribadinya sesuai dengan keadilan, moralitas dan legalitas. Dalam Undang-Undang Pokok Kepegawaian nomor 43 tahun 1999 mengatakan bahwa cuti adalah keadaan tidak masuk kerja yang diijinkan dalam jangka waktu tertentu. Jenis-jenis cuti bagi seorang pegawai negeri meliputi: cuti tahunan, cuti besar, cuti sakit, cuti bersalin dan cuti karena alasan penting.

Menurut peneliti ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak mendapatkan cuti dan kepegawaian dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur terlihat dari bagaimana perawat mempersepsikan hak cuti dan hak kepegawaian sehingga mereka dapat melaksanakan tanggung jawab mereka dengan baik, hal ini di buktikan dari hasil penelitian ditemukan 41% perawat memiliki persepsi yang baik dan 59% kurang baik, namun demikian persentase ini belum dapat mencerminkan generalisasi pemenuhan hak cuti dan kepegawaian di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur. Oleh karena itu perlu pihak manajer atau pengelola rumah sakit memberikan hak yang harus diperoleh oleh setiap pegawai sehingga dapat memberikan komitmen untuk melaksanakan kewajiban mereka dengan meningkatkan kinerja sebagai seorang pegawai.

Hubungan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan nonformal dengan kinerja perawat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan perawat yang mempunyai

persepsi baik tentang pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal sebanyak 39,3% dan kurang baik 60,7%. Pada hasil analisis bivariat ditemukan bahwa proporsi perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerjanya baik sebanyak 78,3% dan persepsi kurang baik tentang pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja yang baik sebanyak 47,4%. Dari hasil uji hubungan menunjukkan nilai p value = 0,035 ($\alpha = 0,05$) yang berarti secara statistik ada hubungan yang bermakna antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja perawat. Dengan nilai *Odds Ratio* (OR) = 5,19 yang artinya perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal mempunyai peluang 5 kali untuk berkinerja baik dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang kurang baik.

Siagian (1999) mengemukakan bahwa latar belakang pendidikan mempengaruhi kinerja, tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Tenaga perawat yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat berpendidikan lebih rendah. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian bahwa ada hubungan yang signifikan antara hak mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dimana ditemukan masih ada 34,4% perawat yang berpendidikan rendah (SPK) dan hanya 3,3% pendidikan tinggi (S1 Ners).

Depkes (2002) mengemukakan pendidikan dapat diartikan sebagai segala usaha untuk membina kepribadian,

mengembangkan pengetahuan dan kemampuan agar mampu melaksanakan tugas yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga memacu pertumbuhan profesi.

Berdasarkan hasil penelitian maka peneliti berasumsi bahwa kesempatan mengikuti pendidikan baik formal maupun non formal di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur belum berjalan dengan maksimal hal ini dapat dilihat dengan hasil penelitian masih ada yang berpendidikan rendah. Untuk itu pihak manajemen rumah sakit perlu memberikan kesempatan kepada para perawat untuk mengikuti pendidikan baik melalui pelatihan maupun pendidikan formal.

Hubungan pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerja perawat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin sebanyak 45,9% dan kurang baik 54,1%. Pada hasil analisis bivariat ditemukan bahwa proporsi perawat yang mempunyai persepsi baik tentang pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerjanya baik sebanyak 58,5% dan persepsi kurang baik tentang pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerja yang baik sebanyak 60,5%. Dari hasil uji hubungan menunjukkan nilai p value = 0,968 ($\alpha = 0,05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerja perawat.

Menurut peneliti tidak adanya hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur terlihat dari bagaimana perawat mempersepsikan hak pemeriksaan kesehatan secara rutin sebagai

suatu hak yang didapatkan setiap tahun secara kontinyu sehingga tidak akan mempengaruhi kinerjanya hal ini tercermin dalam katagori baik 45,9% dan kurang baik 54,1%, namun demikian persentase ini belum dapat mencerminkan generalisasi kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur. Oleh karena itu setiap pengelola Rumah Sakit mulai karyawan sampai top manajer diharuskan memahami tentang kondisi kesehatan masing-masing dan mengetahui kapan harus melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tj (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi kedua.: Universitas Indonesia, Jakarta.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian: Satu pendekatan praktik*.: Rineka Cipta, Jakarta.
- Aminudin, T.Y. (2004). *Hubungan iklim kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*: Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Budiman. A. (2008). *Hak dan kewajiban perawat*. Agustus 8, 2012. <http://health.feedfury.com/content/15726051-hak-dan-kewajiban-perawat.html>
- Christina. (1998). *Nursing power. net. nurses' bill of rights*. Juli 26, 2012 <http://www.nursingpower.net/union/bill.html>
- Dessler. G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. (Benjamin Molan. Penerjemah). Prenhallindo, Jakarta.
- Depkes RI. (2001). *Petunjuk pelaksanaan kepmenkes nomor 1239/2001 tentang registrasi dan praktik perawat*. Jakarta.
- FAQs (1998). *Bill of rights*. Juli 26, 2010. <http://nursingworld.org/DocumentVault/NursingPractice/FAQs.aspx>
- Funk, M and Saraceno, B. (2005). *Human resources ang training mental health*. Genewa: WHO Library.
- Gibson, J.L. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur, proses*. Edisi kedelapan. (Nunuk. A, Penerjemah). Binarupa Aksara, Jakarta
- Green.W.L. (2005). *Healt program planning: an education and ecological approach*. Fourth edition. Americas, New York
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, penilaian dan penelitian* (cetakan ketiga). Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Mangkunegara, P.A.A. (2000). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan keempat. Remaja Rodakarya, Bandung.
- Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan hubungan dengan kinerja di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Potter,A & Perry.A.G. (2005). *Fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. Edisi empat (Asih.Y.,Smarwat.M.,Evriyani.D.,Mah mudah.L., et al Penerjemah). EGC, Jakarta.
- Potter,A & Perry.A.G. (2009). *Fundamentals of nursing: Fundamental keperawatan*. Edisi ketujuh. (Ariyanto.,Sjabana.D. Penerjemah). Salemba medika, Jakarta.
- PPNI. (2010). *Standar profesi dan kode etik perawat Indonesia*. PP-PPNI, Jakarta.
- Purwanto. S, (2007). *Kualitas pelayanan keperawatan*. Agustus 14, 2012. <http://klinis.wordpress.com/2007/12/28/kualitas-pelayanan-keperawatan/>
- Raharjo, S.B. (2001). *Hubungan antara karakteristik perawat dengan penerapan proses keperawatan di ruang*

- rawat inap rumah sakit haji Jakarta.
Tesis Program Pascasarjana. FIK UI.
Tidak dipublikasikan.
- Rivai, E. (2004). *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan*, (Ed.1). Cet., PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. Edisi sepuluh. (Pujaatmaka.H & Molan.B. Penerjemah). PT. Prenhallindo, Jakarta:
- Rusmiati. (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di rawat inap RSUD pusat persahabatan*. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Rusdi, I. (2001). *Determinan kinerja perawat di RSUD Ciawi Kabupaten Bogor tahun 2001*. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Siagian, S.P. (1999). *Manajemen sumber daya manusia*. Bumi Aksara., Jakarta.
- Simanjuntak, P (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. LP-FEUI, Jakarta.
- Soeprihanto, J. (2001). *Penilaian kinerja dan pengembangan karyawan*. Cetakan kelima. Andi offset, Yogyakarta:
- Sudarmanto. (2009). *Kinerja dan pengembangan kompetensi SDM*. Teori, dimensi pengukuran, dan implementasi dalam organisasi. Cetakan pertama. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Suhaemi. M. E. (2004). *Etika keperawatan aplikasi pada praktik*. EGC, Jakarta.
- Swansburg, R.C & Swansburg, R.J. (2000). *Introductory management and leadership for nurse* (2.nd.ed).: Jones and Bartlet Publishers, Boston.
- Tawi. M. (2008). *Hak pasien dan perawat*. Agustus 5, 2012.
<http://syehaceh.wordpress.com/2008/06/18/hak-pasien-dan-perawat/>
- Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009. Nuansa Aulia, Jakarta.
- Zaini, S. (2002). *Analisis kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di*

ruang rawat inap rumah sakit Ibu dan Anak Hermina Jatinegara Jakarta. Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

HUBUNGAN KEPERCAYAAN (*TRUST*) DENGAN KECEMASAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSUD MASOHI TAHUN 2014

Irhamdi Achmad

Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Latar Belakang: Masalah-masalah pasien yang tidak ditangani dengan baik akan memberikan persepsi yang buruk bagi pelayanan Rumah Sakit. Untuk itu diperlukan kerja sama yang baik antara petugas kesehatan demi meningkatkan kesehatan pasien saat menerima pelayanan ketika ia dirawat di Rumah Sakit. Untuk itu diperlukan sikap saling percaya antara perawat dengan pasien sehingga pelayanan keperawatan dapat diberikan maksimal oleh perawat dan pasien juga dapat menerima pelayanan dengan senang hati tanpa ada rasa cemas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kepercayaan dengan kecemasan pasien rawat Inap di RSUD Masohi dengan menggunakan indikator integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas dan kebaikan hati perawat. Jenis penelitian ini adalah *descriptive correlation study* dengan pendekatan cross sectional, populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap di RSUD Masohi dengan jumlah Sampel 50 orang yang di ambil dengan metode kuota sampling. Data l penelitian dianalisis menggunakan uji *chi square*. Hasilnya secara statistic menunjukan bahwa tidak ada hubungan integritas dengan kecemasan (nilai $p = 0,077$), ada hubungan kompetensi dengan kecemasan (nilai $p = 0,019$), tidak ada hubungan konsistensi perawat dengan kecemasan pasien (nilai $p = 0,119$), ada hubungan loyalitas dengan kecemasan (nilai $p = 0,007$) dan tidak ada hubungan kebaikan hati perawat dengan kecemasan pasien (nilai $p = 0,419$). Kesimpulan : Sebagian besar indikator kepercayaan perawat tidak berhubungan dengan kecemasan pasien yaitu integritas, konsistensi dan kebaikan hati. Sedangkan konsistensi dan loyalitas perawat ada hubungan dengan kecemasan pasien di ruang rawat RSUD Masohi.

Kata Kunci : Integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas, kecemasan.

PENDAHULUAN

ubungan interpersonal antar individu yang berfokus pada hubungan yang membantu (*helping relationship*) antara perawat dengan pasien dalam bentuk hubungan saling percaya melalui perasaan empati, ketulusan, respek dan kerahasiaan dapat mengurangi kecemasan pasien (Potter & Perry, 2005). Sunaryo, (2004) mengemukakan bahwa hubungan mendalam dengan rasa saling percaya yang dalam proses interaksi antara perawat dan pasien merupakan area untuk mengekspresikan kebutuhan, memecahkan masalah dan meningkatkan kemampuan coping, sala satunya adalah kecemasan. Dengan membina hubungan saling percaya

melalui komunikasi teraupetik masalah-masalah psikologi pada pasien seperti kecemasan, ketakutan dan perubahan perilaku dapat dikurangi (Alimul, 2004).

Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya (Widyatun T. B, 1999). Untuk mengatasi masalah-masalah keceemasan tersebut memang tidak terlepas dari pembinaan hubungan saling percaya secara efektif dalam melakukan proses keperawatan seperti menggali perasaan, pikiran dan perubahan prilaku sehingga meningkatkan keterbukaan perawat dan pasien serta membantu memecahkan

masalah kecemasan yang muncul bersamaan dengan penyakit pasien.

Kecemasan dapat menjadi kekuatan motivasi untuk pertumbuhan dan perkembangan pada individu yang bersangkutan (Taylor, S.E, 1986). Dapat pula kecemasan menjadi suatu beban berat yang menyebabkan individu tersebut hidupnya selalu dibawah bayang-bayang kecemasan yang berkepanjangan. Kecemasan berkaitan dengan stres, oleh karena itu kecemasan timbul sebagai respon terhadap stres baik stres fisiologi maupun psikologis. Artinya kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik secara fisik maupun psikologis, ancaman tersebut meliputi ancaman integritas diri yaitu ketidakmampuan fisiologis atau pemenuhan gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari guna terhadap kebutuhan dasarnya.

Terlihat jelas bahwa kecemasan mempunyai dampak terhadap kehidupan seseorang baik dampak positif maupun negatif, apalagi bila kecemasan dialami oleh pasien yang dirawat di rumah sakit. Oleh karena itu perawat sebagai tenaga kesehatan profesional tidak boleh mengabaikan aspek emosi dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pemenuhan kebutuhan dasarnya.

Menurut hasil observasi yang dilakukan pada bulan Mei tahun 2014 di RSUD Masohi, didapatkan adanya pelayanan yang kurang maksimal dari perawat kepada pasien khususnya pelayanan yang bersifat emosional. Misalnya sikap tidak perhatian antara perawat kepada pasien dalam hal tindakan maupun komunikasi. Biasanya perawat hanya mendahulukan tindakan intervensi tanpa memperhatikan tindakan orientasi (komunikasi), sehingga pasien merasa kurang mendapatkan pelayanan.

Pada tahap orientasi perawat tidak menyapa dan memperkenalkan diri, tidak menjelaskan tujuan sehingga terlihat bahwa tidak adanya hubungan percaya. Pada tahap

kerja, perawat kurang respon dengan respon pasien yang ditimbulkan akibat tindakan, perawat kurang aktif dalam berkomunikasi. Pada tahap terminasi perawat tidak memvalidasi tindakan tadi. Perawat tidak menjelaskan tujuan tindakan yang dilakukan dan perawat tidak merapikan pasien.

Kepercayaan pasien terhadap perawat antara lain ditentukan oleh *integrity*, sikap dan tindakan dalam memenuhi keluhan-keluhan pasien. *Competence*, perawat bekerja sesuai dengan Satuan Operasi Prosedur (SOP). *Konsistensi*, perawat mengambil keputusan yang tepat dari pasien dalam menghadapi situasi tertentu. *Loyalitas*, pelayanan dan pengabdian perawat terhadap pasien dalam melindungi rahasia pasien. Kebaikan hati, kemampuan perawat dalam memberikan pengetahuan kepada pasien. Dari penjelasan diatas dapat dilihat bahwa kurangnya *integritas* perawat yakni pelayanan kepada pasien, dalam hal ini *kompetensi* perawat belum sesuai dengan aturan (SOP) yang telah ditetapkan. Kemungkinan besar diakibatkan karena perawat hanya melakukan kegiatan yang sudah dilakukan secara terus-menerus (*konsistensi*) pada tindakan tertentu saja mengakibatkan *loyalitas* dan kebaikan hati dalam pelayanan berkurang.

Ketika peneliti menanyakan tentang hubungan yang nyaman terhadap sikap perawat untuk mengurangi nyeri, pasien menjawab dia tidak merasa nyaman sehingga rasa cemas terhadap nyeri meningkat dan perawat tidak memberitahukan cara mengurangi nyeri. Dari fenomena tersebut penulis melihat bahwa tidak ada hubungan terapeutik dalam bentuk saling percaya sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut terhadap "Hubungan kepercayaan (*trust*) kepada perawat dengan kecemasan pasien di Ruang Rawat RSUD Masohi".

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu untuk mempelajari dinamika korelasi variabel independen dengan variabel dependen dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu waktu (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara variabel kepercayaan dengan indikator kepercayaan integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas, dan kebaikan hati dengan kecemasan pasien yang dirawat di RSUD Masohi. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan data diuji menggunakan uji Chi Square (Hastono, 2006) dengan nilai kemaknaan p value $< 0,05$.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat di RSUD Masohi. Teknik pengambilan sampel adalah kuota sampling dengan jumlah 50 responden. Penentuan sampel sesuai dengan kriteria yaitu pasien minimal telah dirawat selama tiga hari di ruang Mawar dan Dahlia, pasien bisa baca tulis dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusif : pasien yang tidak sadarkan diri, Penelitian dilakukan sejak tanggal 2 sampai 30 Juli 2014 di RSUD Masohi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hubungan kepercayaan (*trust*) dengan kecemasan pasien di ruang rawat inap RSUD Masohi Tahun 2014.

Analisis Bivariat digunakan untuk mengetahui ada dan tidaknya hubungan variabel independen (integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas dan kebaikan hati) dengan variabel dependen (kecemasan). Proses pengolahan data dengan menggunakan perangkat komputer.

Hubungan Integritas Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2015.

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa integritas perawat baik kecemasan pasien ringan sebanyak 17 orang (34%) dan integritas yang baik kecemasan pasien sedang sebanyak 12 orang (24%). Sedangkan Integritas perawat kurang kecemasan pasien ringan sebanyak 7 orang (14%) dan Integritas kurang kecemasan pasien sedang sebanyak 14 orang (28%). Hasil uji statistik nilai P value = 0,077 ($P > 0,05$) berarti tidak ada Hubungan Integritas Perawat dengan kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan mawar RSUD Masohi.

Menurut peneliti integritas yang Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Watson, . & Hamaker, S. (1992) Integritas yakni individu yakin bahwa pihak lain akan berlaku jujur dan berlaku sebenarnya. Sunaryo, (2004) integritas Perawat berarti keadaan yang dapat dipercaya dan terpercaya. Sebutan ini menunjukkan bahwa perawat profesional menampilkan kinerja secara hati-hati, teliti dan kegiatan perawat dilaporkan secara jujur. Klien merasa yakin bahwa perawat bertanggung jawab dan memiliki kemampuan, pengetahuan dan keahlian yang relevan dengan disiplin ilmunya. Kepercayaan tumbuh dalam diri pasien, karena kecemasan akan muncul bila klien merasa tidak yakin bahwa perawat yang merawatnya kurang terampil, pendidikannya tidak memadai dan kurang berpengalaman. Pasien tidak yakin bahwa perawat memiliki integritas dalam sikap, keterampilan, pengetahuan (*integrity*) dan kompetensi.

Perilaku perawat kadang juga merupakan alasan bagi pasien untuk memutuskan apakah pasien dirawat atau tidak. Tidak sedikit pasien yang memutuskan untuk tidak dirawat oleh petugas karena alasan perilaku perawat yang kurang ramah dan pengalaman.

Tabel 1
Hubungan Intgritasi Perawat dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014.

Integritas	Kecemasan				Total	%	P Value
	Cemas Ringan		Cemas sedang				
	N	%	N	%			
Baik	17	34	12	24	29	58	0,077
Kurang	7	14	14	28	21	42	
Total	24	48	26	52	50	100	

Sumber : data primer 2014

Tabel 2
Hubungan Kompetensi Perawat dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014.

Kompetensi	Kecemasan				Total	%	P value
	Cemas Ringan		Cemas Sedang				
	N	%	N	%			
Baik	21	42	15	30	36	72	0,019
Kurang	3	6	11	22	14	28	
Total	24	48	26	52	50	100	

Sumber : data primer 2014

Hubungan Kompetensi Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014.

Berdasarkan tabel 2 menunjukan bahwa Kompetensi perawat baik kecemasan pasien ringan sebanyak 21 orang (42%) dan integritas yang baik kecemasan pasien sedang sebanyak 15 orang (30%). Sedangkan Kompetensi perawat kurang dengan kecemasan pasien ringan sebanyak 3 orang (6%) dan kompetensi kurang kecemasan pasien sedang sebanyak 11 orang (22%). Hasil uji statistik nilai $P = 0,019$ ($P < 0,05$) berarti ada Hubungan kompetensi Perawat dengan kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan mawar RSUD Masohi.

Hasil ini menggambarkan bahwa kompetensi perawat masih ada yang kurang dalam menerapkan keahlian dan ketrampilan mengerjakan pekerjaan secara cepat dan mudah sehingga masih

mempengaruhi kecemasan. Menurut Taylor, (1986) mendefinisikan bahwa seorang yang berkompeten adalah orang yang dengan keterampilannya mengerjakan pekerjaan dengan mudah, cepat dan sangat jarang atau tidak pernah membuat kesalahan. Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Potter & Perry (2005) mendefinisikan kompetensi adalah ketrampilan dari seorang ahli. Di mana ahli didefinisikan sebagai seseorang yang memiliki tingkat keterampilan tertentu atau pengetahuan yang tinggi dalam subyek tertentu yang diperoleh dari pelatihan dan pengalaman. Kompetensi adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki oleh seseorang berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya, sehingga dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien serta sesuai dengan standar kinerja yang diisyaratkan. (Depkes RI, 2010)

Tabel 3
Hubungan Konsistensi Perawat dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014

Konsistensi	Kecemasan				Total	%	P value
	Cemas Ringan		Cemas Sedang				
	N	%	N	%			
Baik	18	36	14	28	32	64	0,119
Kurang	6	12	12	24	18	36	
Total	30	60	20	40	50	100	

Sumber : data primer 2014

Kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya kompetensi perawat, karna kompetensi mempunyai peranan penting atau dapat memberikan kontribusi yang cukup besar bagi pasien. Apabila pasien tidak mendapat pelayanan kesehatan yang baik atau tidak mendapat manfaat dari tindakan perawat maka tingkat kecemasan pasien akan bertambah.

Hubungan Konsistensi Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014

Hasil analisis dari tabel 3 menunjukkan bahwa konsistensi perawat baik kecemasan pasien ringan sebanyak 18 orang (36%) dan konsistensi yang baik kecemasan pasien sedang sebanyak 14 orang (28%). Sedangkan konsistensi perawat kurang kecemasan pasien ringan sebanyak 6 orang (12%) dan konsistensi yang kurang dengan kecemasan pasien sedang sebanyak 12 orang (24%). Hasil uji statistik nilai $Pvalue = 0,119$ ($P > 0,05$) berarti tidak ada Hubungan Integritas Perawat dengan kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan mawar RSUD Masohi.

Konsistensi perawat yang disebabkan karena ketika melakukan tindakan perawat selalu memegang teguh suatu prinsip dalam pengambilan keputusan yang tepat dan dapat melakukan tindakan secara terus-menerus. Menurut Robbins (2002 dalam

Bobak L & Jensen, 2004). *Consistency*, yakni reliabilitas dan keputusan tepat dari individu dalam menghadapi situasi tertentu. Konsistensi adalah melakukan suatu kegiatan secara terus-menerus dengan tekun dan benar tanpa keluar dari jalur/batasan-batasan yang ditentukan maupun sesuai dengan ucapan yang telah dilontarkan. Konsisten salah satu sikap dari manusia yang sifatnya adalah untuk memegang teguh suatu prinsip/ penderian dari segala hal yang telah ditentukan.

Hubungan Loyalitas Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa Loyalitas perawat baik dengan kecemasan pasien ringan sebanyak 11 orang (22%) dan loyalitas yang baik kecemasan pasien sedang sebanyak 3 orang (6%). Sedangkan Loyalitas perawat kurang dengan kecemasan pasien ringan sebanyak 13 orang (26%) dan Loyalitas kurang dengan kecemasan pasien sedang sebanyak 23 orang (46%). Hasil uji statistik nilai $Pvalue = 0,007$, ($P < 0,05$) berarti ada hubungan loyalitas perawat dengan kecemasan pasien di ruang rawat inap Dahlia dan mawar RSUD Masohi.

Hasil ini menggambarkan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan tidak terlepas dari loyalitas perawat yang masih kurang dalam memberikan pelayanan

kepada pasien yang dapat mempengaruhi kecemasan. Menurut loyalitas didefinisikan sebagai kesetiaan pada sesuatu dengan rasa cinta, sehingga seseorang merasa tidak perlu untuk mendapatkan imbalan dalam melakukan rasa loyalitas sesuatu untuk orang lain/ Rumah Sakit tempat dia meletakkan loyalitasnya. Bahwasanya ketika pasien loyal, maka tidak hanya mereka keinginan bertransaksi tetapi juga berelasi, menjalin kerjasama bahkan mungkin ingin "memiliki". Ada juga berpendapat bahwa loyalitas lebih penting dari asuhan keperawatan hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Jameton (1984 dalam Nursalam, 2008) Loyalitas dapat mengancam asuhan keperawatan, bila terhadap anggota profesi atau teman sejawat, loyalitas lebih penting dari asuhan keperawatan. Untuk mencapai kualitas asuhan keperawatan yang tinggi dan hubungan dengan berbagai pihak yang harmonis, maka aspek loyalitas harus dipertahankan oleh setiap perawat, baik loyalitas terhadap pasien, teman sejawat, rumah sakit maupun profesi.

Loyalitas dalam pelayanan perawat secara cepat dan tepat, perawat bekerja

dengan keahlian masing-masing, waktu pelayanan sesuai jam kerja dan tersedia waktu yang cukup untuk pasien maka perawat harus menyesuaikan dengan standar pelayanan yang sudah ditetapkan oleh Rumah Sakit, sehingga pasien puas dengan pelayanan yang baik maka pasien akan kembali menggunakan jasa Rumah Sakit.

Hubungan Kebajikan Hati Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa kebajikan hati perawat baik kecemasan pasien ringan sebanyak 11 orang (22%) dan kebajikan hati yang kurang kecemasan pasien sedang sebanyak 9 orang (18%). Sedangkan kebajikan hati perawat kurang kecemasan pasien ringan sebanyak 13 orang (26%) dan kebajikan hati kurang kecemasan pasien sedang sebanyak 17 orang (34%). Hasil uji statistik nilai P value = 0,419 ($P > 0,05$) berarti ada hubungan kebajikan hati perawat dengan kecemasan pasien di ruang rawat inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi.

Tabel 4
Hubungan Loyalitas Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014.

Loyalitas	Kecemasan				Total	%	P value
	Cemas Ringan		Cemas sedang				
	N	%	N	%			
Baik	11	22	3	6	14	28	0,007
Kurang	13	26	23	46	36	72	
Total	24	48	26	52	50	100	
Sumber : data primer 2014							

Sumber : data primer 2014

Tabel 5
Hubungan Kebajikan Hati Perawat Dengan Kecemasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia dan Mawar RSUD Masohi Tahun 2014.

Kebajikan Hati	Kecemasan				Total	%	P value
	Cemas Ringan		Cemas sedang				
	N	%	N	%			
Baik	11	22	9	18	20	60	0,419
Kurang	13	26	17	34	20	40	

Total	24	48	26	52	50	100
--------------	----	----	----	----	----	-----

Sumber : data primer 2014

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa
 a) Tidak ada hubungan integritas perawat dengan kecemasan pasien diruang perawatan RSUD Masohi; b) Ada hubungan kompetensi perawat dengan kecemasan pasien diruang perawatan RSUD Masohi, c) Tidak ada hubungan konsistensi perawat dengan kecemasan pasien diruang perawatan RSUD Masohi, d) Ada hubungan loyalitas dalam pelayanan perawat dengan kecemasan pasien diruang perawatan RSUD Masohi, e) Tidak ada hubungan kebaikan hati perawat dengan kecemasan pasien diruang perawatan RSUD Masohi. Disarankan kepada perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk meningkatkan integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas dan kebaikan hati perawat saat merawat pasien di RS dan Masyarakat khususnya pasien di rumah sakit diharapkan dapat membangun hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien terutama membangun kepercayaan pasien terhadap perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aziz, A, 2006, *PengantarKebutuhan Dasar Manusia*, Salemba Medika, Jakarta.
 Bobak L & Jensen. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Edisi 4)*. Jakarta : EGC
 Depkes RI. (2010). *Laporan Riskesdas Tahun 2010*. <http://www.depkes.go.id>. Diakses tanggal 10 Mei 2014
 Felton, B.J. & Revenson, T.A. (1984). Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 52. No. 3, 343-353

- Gita (2013). *Perawatan luka dalam praktik kebidanan*. <http://www.poltekkes.surakarta.ac.id>. Diakses tanggal 3 Mei 2014.
 Hastono (2006), *Basic data analysis for helath research*. Jakarta : FKM UI.
 Notoadmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta : Rineka Cipta
 Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan; Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
 Potter A. Patricia & Perry G. Anne (2005.) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, prose dan praktik*. Jakarta : EGC
 Saryono (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press Yogyakarta.
 Sunaryo, (2004), *Psikologi Untuk Perawat*, EGC, Jakarta
 Taylor, S.E. 1986. *Health Psychology*. (Third edition). Singapore: McGraw-Hill International Editions.
 Watson, D., Clark, L.A., McIntyre, C.W. & Hameker, S. (1992). Affect, Personality, and Social Activity. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 63, No. 6, 1011-1025.
 Widyatun T. B, (1999), *Ilmu Perilaku*, CV. Agung Seto, Jakarta.

HUBUNGAN PEMENUHAN HAK CUTI DAN PENGEMBANGAN DIRI PERAWAT DENGAN KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAREL SADSUITUBUN LANGGUR KABUPATEN MALUKU TENGGARA

Agnes Batmomolin
Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Hak sangat berperan penting didalam melakukan sebuah pekerjaan, karena dengan hak seseorang bisa mengerti tentang batas-batas kewenangan dan apa yang akan didapatkan setelah melakukan suatu pekerjaan. Fromer, (1981, dalam Suhaemi, 2004. peranan hak sangat penting dan diperlukan dalam kegiatan pelayanan kesehatan dimana terjalin hubungan antara perawat dengan dokter dan perawat dengan pasien, yang tentunya masing-masing mempunyai hak yang berbeda didalam memberikan dan menerima pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi hubungan antara pemenuhan hak cuti dan pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur yang dilaksanakan pada tanggal 5 September sampai dengan 31 Oktober 2012, yang dilakukan pada 61 perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur, menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat ($p=0,024$), Terdapat hubungan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan nonformal dengan kinerja perawat ($p=0,035$), di Rumah Sakit Pusat Umum Karel Sadsuitubun Langgur. Untuk itu disarankan kepada pihak manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur, agar tetap memperhatikan hak perawat untuk mendapatkan kinerja yang optimal.

Kata kunci : pemenuhan hak, kinerja perawat.

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan yang bermutu, merupakan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta penyelenggaranya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996). Informasi tentang kinerja tenaga keperawatan saat ini bervariasi, sebagian besar masih didominasi oleh persepsi kinerja personel perawat. Persepsi kinerja ini meliputi persepsi kinerja perawat sesuai standar praktik keperawatan (PPNI, 2010), peraturan tentang kewenangan praktik perawat (Kepmenkes No.1239 tahun 2001 dan Permenkes No.148 tahun 2010) yaitu kinerja perawat ditinjau dari kemampuan melaksanakan asuhan keperawatan. Merujuk pada hal

tersebut, maka pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan perlu meningkatkan kualitas layanan agar dapat memuaskan pemakai jasa tersebut, apalagi perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan merupakan tenaga yang selama 24 jam dan 7 hari dalam seminggu memberikan pelayanan secara terus menerus dalam bentuk asuhan keperawatan (Swansburg, 2000).

Kinerja tenaga kesehatan menjadi tolak ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Kinerja profesional keperawatan berdasarkan standar profesi dan kode etik perawat Indonesia meliputi: jaminan mutu, pendidikan, penilaian kinerja, kesejahteraan,

etik, kolaborasi, riset, dan pemanfaatan sumber-sumber (PPNI, 2010). Standar kinerja profesional ini merupakan pedoman bagi praktisi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan profesional dengan pendekatan proses keperawatan yang bertujuan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas serta melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik.

Di sarana pelayanan kesehatan, khususnya di rumah sakit perawat selalu berada di dekat pasien dan selama 24 jam melakukan kegiatan pelayanan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Ini berarti bahwa peran dan fungsi seorang perawat sangat strategi dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, atau komunitas, perawat sangat memerlukan etika keperawatan yang merupakan filsafat yang mengarahkan tanggung jawab moral yang mendasar terhadap pelaksanaan praktik keperawatan, di mana inti dari falsafah tersebut adalah hak dan martabat manusia.

Hak merupakan tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang menjadi kebutuhan pribadinya sesuai dengan keadilan, mortalitas dan legalitas. Hak adalah tuntutan terhadap sesuatu, dimana seseorang berhak, seperti kekuasaan dan hak-hak istimewa yang berupa tuntutan yang berdasarkan keadilan, moralitas atau legalitas. Setiap manusia mempunyai hak asasi untuk berbuat, menyatakan pendapat, memberikan sesuatu kepada orang lain dan menerima sesuatu dari orang lain atau lembaga tertentu. Suatu hak merupakan suatu pernyataan untuk berperilaku dalam suatu cara tertentu di bawah situasi-situasi tertentu, suatu hak juga merupakan suatu pernyataan terhadap sesuatu, pelayanan atau penghasilan yang baik (Suhaemi 2004). Dalam menuntut suatu hak,

tanggung jawab moral sangat diperlukan agar dapat terjalin suatu ikatan yang merupakan kontrak sosial, baik tersurat maupun yang tersirat, sehingga segala sesuatunya dapat memberikan dampak positif (Tawi, 2008).

Hak sangat berperan penting didalam melakukan sebuah pekerjaan, karena dengan hak seseorang bisa mengerti tentang batas-batas kewenangan dan apa yang akan didapatkan setelah melakukan suatu pekerjaan. Peranan hak sangat penting dan diperlukan dalam kegiatan pelayanan kesehatan dimana terjalin hubungan antara perawat dengan dokter dan perawat dengan pasien, yang tentunya masing-masing mempunyai hak yang berbeda didalam memberikan dan menerima pelayanan kesehatan (Suhaemi, 2004).

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang merupakan salah satu dari praktik keperawatan tentunya seorang perawat memiliki hak dan kewajiban. Dua hal dasar yang harus dipenuhi, dimana ada keseimbangan antara tuntutan profesi dengan apa yang semestinya didapatkan dari pengembangan tugas secara maksimal.

Hak perawat yang diatur dalam Petunjuk Pelaksanaan Kepmenkes No. 1239/2001 tentang registrasi dan praktik keperawatan adalah 1) Memperoleh perlindungan hukum yang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi. 2) Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya. 3) Mendapatkan perlakuan adil dan jujur oleh Pimpinan sarana kesehatan, klien/pasien dan atau keluarganya. 4) Menerima imbalan jasa pelayanan keperawatan yang telah diberikan. 5) Mendapatkan hak cuti dan hak kepegawaian lainnya sesuai peraturan yang berlaku. 6) Memperoleh kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pendidikan formal sampai jenjang spesialisasi. 7) Memperoleh kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pendidikan nonformal. 8) Menjaga hak privasi personal

sebagai seorang perawat. 9) Mendapat pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin. 10) Menuntut jika nama baiknya dicemarkan oleh klien/pasien atau tenaga kesehatan lainnya. 11) Menolak pihak lain yang memberi anjuran atau permintaan tertulis untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan perundang undangan, standar profesi dan kode etik profesi. 12) Mendapat informasi yang jujur dan lengkap dari klien/pasien atas pelayanan keperawatan yang diberikan. 13) Dilibatkan secara aktif dalam penyusunan/penetapan kebijakan sesuai pengembangan kesehatan di sarana kesehatan. 14) Memperoleh kesempatan mengembangkan karier sesuai bidang profesinya di sarana kesehatan. Bahasan dalam tulisan ini mencakup hak perawat untuk cuti dan pengembangan diri perawat hubungannya dengan kinerja perawat di Rumah sakit Umum Daerah Karel Sadsutubun Langgur.

Hak Perawat

Setiap manusia mempunyai hak asasi untuk berbuat, menyatakan pendapat, memberikan sesuatu kepada orang lain dan menerima sesuatu dari orang lain atau lembaga tertentu. Potter & Perry (2005) hak dapat dipandang dari sudut hukum dan pribadi. Hak yang dipandang dari sudut hukum adalah hak-hak memberi kekuasaan tertentu untuk mengontrol situasi misalnya seseorang mempunyai hak untuk masuk restoran dan memberi makanan yang diinginkannya (dari sudut hukum, hak mempunyai kewajiban tertentu yang menyertai, individu dengan hak makan di restoran diwajibkan untuk bertingkah laku yang sesuai dan membayar makanannya). Hak dipandang dari sudut pandang pribadi mengacu pada konsep pribadi dari hak mempunyai banyak hal yang harus dikerjakan sesuai dengan perkembangan etis, dengan cara seseorang mengatur kehidupannya, dengan keputusan yang dibuatnya, dan dengan konsep benar dan salah, serta baik dan buruk (Former, 1981 dalam Suhaemi 2004).

Menuntut suatu hak, tanggung jawab moral sangat diperlukan agar dapat terjalin suatu ikatan yang merupakan kontrak sosial, baik tersurat maupun yang tersirat, sehingga segala sesuatunya dapat memberikan dampak positif. Suatu hak merupakan suatu pernyataan untuk berperilaku dalam suatu cara tertentu di bawah situasi-situasi tertentu, suatu hak juga merupakan suatu pernyataan terhadap sesuatu, pelayanan atau penghasilan yang baik seperti pernyataan seorang perawat untuk mengungkapkan kepercayaan dan penampilan-penampilan kerja personalnya dengan bebas dengan memilih dalam suatu pemilihan secara politik.

Sebagai tenaga profesional, perawat mempunyai berbagai hak, seperti yang telah disebutkan pada Undang-undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 terutama pada Pasal 27 (Ayat 1) tentang imbalan dan perlindungan hukum yang menyebutkan bahwa tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya. (Ayat 2); tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki.

Hak perawat untuk memperoleh perlindungan hukum dan profesi sepanjang melaksanakan tugas sesuai standar profesi dan Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan salah satu hak perawat yang mempertahankan kredibilitasnya di bidang hukum serta menyangkut aspek legal atas dasar peraturan perundang-undangan dari pusat maupun daerah (Budiman, 2008).

Perawat berhak untuk memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan atau keluarganya agar mencapai tujuan keperawatan yang maksimal. Jadi, perawat berhak mengakses segala informasi mengenai kesehatan klien karena yang berhadapan langsung dengan klien tidak lain adalah perawat itu sendiri. Selain hak tersebut perawat juga berhak melaksanakan

tugas sesuai dengan kompetensi dan otonomi profesi. Ini dimaksudkan agar perawat dapat melaksanakan tugasnya hanya yang sesuai dengan ilmu pengetahuan yang didapat berdasarkan jenjang pendidikan dimana profesi lain tidak dapat melakukan jenis kompetensi ini.

Hak perawat yang lain yaitu memperoleh penghargaan sesuai dengan prestasi, dedikasi yang luar biasa dan atau bertugas di daerah terpencil dan rawan. Serta perawat berhak memperoleh jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya. Hak perawat yang kadang terabaikan adalah hak perawat untuk menerima imbalan jasa profesi yang proporsional sesuai dengan ketentuan/peraturan yang berlaku (Budiman, 2008).

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang merupakan salah satu dari praktik keperawatan tentunya seorang perawat memiliki hak dan kewajiban. Dua hal dasar yang harus dipenuhi, dimana ada keseimbangan antara tuntutan profesi dengan apa yang semestinya didapatkan dari pengembangan tugas secara maksimal.

Hak perawat yang diatur dalam Petunjuk Pelaksanaan Kepmenkes No. 1239/2001 tentang registrasi dan praktik keperawatan adalah 1) Memperoleh perlindungan hukum yang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi. 2) Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya. 3) Mendapatkan perlakuan adil dan jujur oleh Pimpinan sarana kesehatan, klien/pasien dan atau keluarganya. 4) Menerima imbalan jasa pelayanan keperawatan yang telah diberikan. 5) Mendapatkan hak cuti dan hak kepegawaian lainnya sesuai peraturan yang berlaku. 6) Memperoleh kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pendidikan formal sampai jenjang spesialisasi. 7) Memperoleh kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pendidikan nonformal. 8) Menjaga hak privasi personal

sebagai seorang perawat. 9) Mendapat pelayanan pemeriksaan kesehatan secara rutin. 10) Menuntut jika nama baiknya dicemarkan oleh klien/pasien atau tenaga kesehatan lainnya. 11) Menolak pihak lain yang memberi anjuran atau permintaan tertulis untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan perundang undangan, standar profesi dan kode etik profesi. 12) Mendapat informasi yang jujur dan lengkap dari klien/pasien atas pelayanan keperawatan yang diberikan. 13) Dilibatkan secara aktif dalam penyusunan/penetapan kebijakan sesuai pengembangan kesehatan di sarana kesehatan. 14) Memperoleh kesempatan mengembangkan karier sesuai bidang profesinya di sarana kesehatan.

Fagin (1975 dalam Suhaemi, 2004) hak-hak perawat adalah 1) Hak memperoleh martabat dalam rangka mengekspresikan dan meningkatkan dirinya melalui penggunaan kemampuan khususnya dan sesuai dengan latar belakang pendidikannya. 2) Hak memperoleh pengakuan sehubungan dengan kontribusinya melalui ketepatan yang diberikan lingkungan untuk praktik yang dijalankan serta imbalan ekonomi sehubungan dengan profesinya. 3) Hak mendapatkan lingkungan kerja dengan stres fisik dan emosional serta resiko kerja seminimal mungkin. 4) Hak untuk melakukan praktik-praktik profesi dalam batas-batas hukum yang berlaku. 5) Hak menetapkan standar yang bermutu dalam perawatan yang dilakukan. 6) Hak berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan yang berpengaruh terhadap perawatan. 7) Hak untuk berpartisipasi dalam organisasi sosial dan politik yang mewakili perawat dalam meningkatkan asuhan kesehatan.

Kinerja Perawat

Kinerja menjadi tolak ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Dalam diskripsi dari kinerja terdapat 3

komponen penting yaitu: 1) Tujuan, yang mengandung pengertian penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategis untuk meningkatkan kinerja serta tujuan akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personal. 2) Ukuran, yang akan menentukan apakah seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan atau belum. 3) Penilaian kinerja secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personal dengan membandingkan standar kinerja baik kualitatif maupun kuantitatif. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional, dan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan meningkatkan motivasi personal.

Lazer dan Wikstorm (1997, dalam Rivai, 2004) mengatakan bahwa aspek-aspek yang ada pada kinerja merupakan tolak ukur dalam melakukan penilaian untuk melihat sejauhmana aspek-aspek tersebut sudah dijalankan. Aspek-aspek yang dinilai dalam kinerja adalah pengetahuan tentang pekerjaannya, kepemimpinan, inisiatif, kualitas pekerjaan, kerja sama, pengambilan keputusan, kreatifitas, handal, perencanaan, komunikasi, intelegensi, pemecahan masalah, pendelegasian, sikap, usaha, motivasi dan organisasi. Berdasarkan pendapat tersebut maka yang menjadi dasar penilaian kinerja perawat yaitu kompetensi yang memungkinkan seseorang menyelesaikan pekerjaannya dengan optimal.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja (performance) meliputi : 1) Faktor individu, meliputi: kemampuan dan keahlian, latar belakang keluarga, tingkat sosial dan pengalaman, umur, etnis, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan lama kerja. 2) Faktor psikologi, meliputi : persepsi, attitude, personality, pembelajaran, motivasi; 3) Faktor

organisasi, meliputi: sumber daya, iklim organisasi, kepemimpinan, supervisi, kontrol, imbalan, penghargaan, struktur, job design (Ivancevich & Matarson, 1990; Gibson, Ivancevic & Donelly, 1996 dalam Ilyas, 2002). Sedangkan menurut Gillies (1998), kinerja merupakan hasil kerja dari faktor kemampuan, motivasi dan kondisi lingkungan eksternal. Kekurangan dari salah satu faktor tersebut akan berpengaruh pada kinerja.

Mangkunegara (2005), mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: faktor individu dan lingkungan organisasi. Faktor individu, secara psikologis, individu yang normal adalah individu yang memiliki integritas yang tinggi antara fungsi psikis dan fisik, maka individu tersebut memiliki konsentrasi yang baik. Konsentrasi yang baik ini yang merupakan modal utama untuk mampu mengelola dan mendayagunakan potensi dirinya secara optimal dalam melaksanakan kegiatan atau aktivitas kerja sehari-hari dalam mencapai tujuan organisasi. Konsentrasi individu dipengaruhi oleh kemampuan potensi, yaitu kecerdasan pikiran/Intelegensi Quotient (IQ) dan kecerdasan emosi/Emotional Quotient (EQ). Pada umumnya individu yang mampu bekerja dengan penuh konsentrasi apabila ia memiliki tingkat intelegensi minimal normal (*average, above average, superior, very superior, dan gifted*) dengan tingkat kecerdasan emosi baik.

Faktor lingkungan organisasi, sangat menunjang terhadap pencapaian prestasi kerja. Faktor lingkungan organisasi yang dimaksud adalah uraian jabatan yang jelas, otoritas yang memadai, target kerja yang menantang, pola komunikasi kerja yang efektif, hubungan kerja harmonis, iklim kerja respek dan dinamis, peluang berkarier dan fasilitas kerja yang relatif memadai.

Korn dan Gray (1997, dalam Funk & Saraceno, 2005) menyatakan bahwa praktik asuhan keperawatan yang dilakukan oleh

perawat dipengaruhi oleh faktor individu yaitu karakteristik perawat seperti ; umur, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja. Kinerja petugas kesehatan yang optimal dapat dicapai melalui pendidikan yang berkelanjutan, pelatihan dan supervisi.

Beberapa pendapat dapat disimpulkan bahwa kinerja individu dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, dengan demikian kinerja juga dapat dipengaruhi oleh terpenuhinya hak-hak individu yang diberikan oleh organisasi dimana individu tersebut bekerja.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah penelitian korelasi deskriptif (*descriptive correlational*) dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen dilakukan pengukuran sekaligus dalam waktu bersamaan (Arikunto, 2002). Seperti juga dikemukakan oleh Danim (2002) bahwa *deskriptif korelasi* yaitu penelitian yang bertujuan mengetahui hubungan antara dua atau lebih variabel.

Rancangan ini dimaksudkan untuk menganalisis hubungan antara hak-hak cuti dan pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara. Penelitian dilaksanakan tanggal 5 September s.d.31 Oktober 2012 pada 84 perawat yang bertugas di ruang perawatan Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur. Pengumpulan data menggunakan kuisioner berisi pertanyaan tentang hak cuti dan pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat. Dalam menjawab pertanyaan penelitian dilakukan uji *Chi-Square* untuk melihat hubungan hak cuti dan pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Hak Cuti dan Kesempatan Mengembangkan Diri Perawat Melalui Pendidikan Formal dan Nonformal, di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur

Variabel	Jumlah	Persentase
Mendapat Hak Cuti dan Hak Kepegawaian		
Baik	25	41
Kurang Baik	36	59
Total	61	100
Kesempatan Mengembangkan Diri Melalui Pendidikan Formal dan Non Formal		
Baik	24	39,3
Kurang Baik	37	60,7
Total	61	100

Sumber, data primer, 2012

Berdasarkan tabel 1, distribusi frekuensi mendapat hak cuti dan hak kepegawaian menunjukkan sebanyak 36 (59%) responden menyatakan kurang baik sedangkan 25 (41%) responden menyatakan baik. Sedangkan kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal diperoleh sebesar 37 (60,7%) menyatakan kurang baik dan 24 (43,4%) menyatakan baik

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat: di RSUD Sadsuitubun Langgur

Variabel	Jumlah	Persentase
Kinerja Perawat		
Baik	29	47,5
Kurang baik	32	52,5
Total	61	100

Sumber: Data primer, 2012

Berdasarkan distribusi frekuensi kinerja perawat yang dikategorikan menjadi dua bagian yaitu baik dan kurang baik diperoleh hasil dari responden sebanyak 61 responden kinerja kurang baik yaitu diatas 52,5% yang berada di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur.

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Hubungan Hak Cuti dan Hak Kepegawaian, Kesempatan Mengembangkan Diri melalui Pendidikan Formal Dan Nonformal, dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Karel Sadsuitubun Langgur

Variabel	Kinerja Perawat				Total		p value	OR 95% CI
	Kurang Baik		Baik					
	n	%	n	%	N	%		
Hak cuti dan hak kepegawaian								
• Kurang Baik	15	60	10	40	25	100	0,024	3,900 (1,321-11,515)
• Baik	10	27,8	26	72,2	36	100		
Total	25	41	36	59	61	100		
Kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal								
• Kurang Baik	20	52,6	18	47,4	38	100	0,035	4,000 (1,232-12,989)
• Baik	5	21,7	18	78,3	23	100		
Total	25	41	36	59	61	100		

Sumber: Data primer, 2012

Hubungan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 10 orang (40%) menunjukkan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian kurang baiknamun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 26 orang (72,2%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,024$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kinerja perawat antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kategori baik dan pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kategori kurang baik. Dengan demikian ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 3,90 artinya perawat yang menyatakan baik pemenuhan hak mendapatkan cuti dan hak kepegawaian memiliki peluang 4 kali untuk melakukan kinerja perawat dengan baik dibandingkan perawat yang menyatakan

kurang baik pemenuhan hak mendapatkan cuti dan hak kepegawaian.

Hubungan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja perawat

Hasil analisis hubungan antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja perawat diperoleh bahwa ada sebanyak 18 orang (47,4%) menunjukkan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal kurang baiknamun kinerjanya baik. Sedangkan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal baik dengan kinerja perawat baik ada sebanyak 18 orang (78,3%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,035$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kinerja perawat antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kategori baik

dan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kategori kurang baik. Dengan demikian ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal dengan kinerja perawat. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 4,00$ artinya perawat yang menyatakan baik pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal memiliki peluang 4 kali untuk melakukan kinerja perawat dengan baik dibandingkan perawat yang menyatakan kurang baik pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan non formal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian hubungan pemenuhan hak cuti dan kepegawaian dan pengembangan diri perawat dengan kinerja perawat, disimpulkan bahwa: (1) Terdapat hubungan pemenuhan hak mendapat cuti dan hak kepegawaian dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur. (2) Terdapat hubungan pemenuhan hak kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dengan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur.

Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti dapat menyarankan kepada: (1) Pihak Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur, yakni direktur dan bidang keperawatan sebagai pengambilkebijakan tetap memperhatikan pemenuhan hak perawat terutama cuti dan hak kepegawaian serta kesempatan mengembangkan diri melalui pendidikan formal dan nonformal. (2) Pemerintah daerah agar memperhatikan hak-hak perawat yang perlu mereka dapatkan terutama dalam meningkatkan pengetahuan mereka melalui pelatihan dan pendidikan

untuk kinerja yang optimal. (3) Peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian tentang hak-hak perawat yang lebih spesifik dengan kinerja perawat dan dikembangkan lebih luas terhadap sub variabel dari tiap dimensi dengan mempergunakan variabel penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tj (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi kedua.: Universitas Indonesia, Jakarta.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian: Satu pendekatan praktik.*: Rineka Cipta, Jakarta.
- Aminudin, T.Y. (2004). *Hubungan iklim kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*. Tesis program Magister Ilmu Keperawatan FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*: Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- Budiman. A. (2008). *Hak dan kewajiban perawat*. Agustus 8, 2012. <http://health.feedfury.com/content/15726051-hak-dan-kewajiban-perawat.html>
- Christina. (1998). *Nursing power. net. nurses' bill of rights*. Juli 26, 2012 <http://www.nursingpower.net/union/bill.html>
- Dessler. G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. (Benjamin Molan. Penerjemah). Prenhallindo, Jakarta.
- Depkes RI. (2001). *Petunjuk pelaksanaan kepmenkes nomor 1239/2001 tentang registrasi dan praktik perawat*. Jakarta.
- FAQs (1998). *Bill of rights*. Juli 26, 2010. <http://nursingworld.org/DocumentVault/NursingPractice/FAQs.aspx>
- Funk, M and Saraceno, B. (2005). *Human resources ang training mental health*. Genewa: WHO Library.
- Gibson, J.L. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktus, proses*. Edisi kedelapan.

- (Nunuk. A, Penerjemah). Binarupa Aksara, Jakarta
- Green.W.L. (2005). *Health program planning: an education and ecological approach*. Fourth edition. Americas, New York
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, penilaian dan penelitian* (cetakan ketiga). Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Mangkunegara, P.A.A. (2000). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan keempat. Remaja Rodakarya, Bandung.
- Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi perawat pelaksana tentang budaya organisasi dan hubungan dengan kinerja di rumah sakit Marzoekei Mahdi Bogor*. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Potter,A & Perry.A.G. (2005). *Fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. Edisi empat (Asih.Y.,Smarwat.M.,Evriyani.D.,Mah mudah.L., et al Penerjemah). EGC, Jakarta.
- Potter,A & Perry.A.G. (2009). *Fundamentals of nursing: Fundamental keperawatan*. Edisi ketujuh. (Ariyanto.,Sjabana.D. Penerjemah). Salemba medika, Jakarta.
- PPNI. (2010). *Standar profesi dan kode etik perawat Indonesia*. PP-PPNI, Jakarta.
- Purwanto. S, (2007). *Kualitas pelayanan keperawatan*. Agustus 14, 2012. <http://klinis.wordpress.com/2007/12/28/kualitas-pelayanan-keperawatan/>
- Raharjo, S.B. (2001). Hubungan antara karakteristik perawat dengan penerapan proses keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit haji Jakarta. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Rivai, E. (2004). *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan*, (Ed.1). Cet., PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. Edisi sepuluh. (Pujaatmaka.H & Molan.B. Penerjemah). PT. Prenhallindo, Jakarta:
- Rusmiati. (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di rawat inap RSUD pusat persahabatan*. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Rusdi, I. (2001). *Determinan kinerja perawat di RSUD Ciawi Kabupaten Bogor tahun 2001*. Tesis Program Pascasarjana. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Siagian, S.P. (1999). *Manajemen sumber daya manusia*. Bumi Aksara., Jakarta.
- Simanjuntak, P (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. LP-FEUI, Jakarta.
- Soeprihanto, J. (2001). *Penilaian kinerja dan pengembangan karyawan*. Cetakan kelima. Andi offset, Yogyakarta:
- Sudarmanto. (2009). *Kinerja dan pengembangan kompetensi SDM*. Teori, dimensi pengukuran, dan implementasi dalam organisasi. Cetakan pertama. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Suhaemi. M. E. (2004). *Etika keperawatan aplikasi pada praktik*. EGC, Jakarta.
- Swansburg, R.C & Swansburg, R.J. (2000). *Introductory management and leadership for nurse* (2.nd.ed).: Jones and Bartlet Publishers, Boston.
- Tawi. M. (2008). *Hak pasien dan perawat*. Agustus 5, 2012. <http://syehaceh.wordpress.com/2008/06/18/hak-pasien-dan-perawat/>
- Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009*. Nuansa Aulia, Jakarta.
- Zaini, S. (2002). *Analisis kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit Ibu dan Anak HerminaJatinegara Jakarta*.Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

**HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA
PROGRAM PENANGGULANGAN TB PARU DENGAN
EFEKTIVITAS KINERJA PETUGAS
(Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah)**

Abuzar Wakano, Martini Tidore
Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstract

The Development of human resource in pulmonary TB control program is available of provider who have skill, knowledge and attitude (another word "competent"). This research are an observational analytic research with desain cross-sectional with kualitatif study. Subjec are 31 include as Public Health chief officer and provider of pulmonary TB control program. Chosen by total sampling. Multivariate analysis using logistic regression with a significance level (95 % CI) are two variables related to the performance of officers is motivation efektivitas (PR = 10.92 , 95 % CI = 1.24 to 96.13 , p = 0 , 03) , and attitude (PR = 15.72 , 95 % CI = 1.89 to 130.38 , p = 0,01) the effectiveness of performance of officers by 89 % was contributed by the function of motivation and attitude , while 11 % contributed by other factors . this is caused because the program executive officer has a sense of responsibility and the principle of work and always shows good performance in the implementation of the TB control program in the pulmonary clinic . While 11 % of the other factors were also at the same impact on the effectiveness of performance of officers such as leadership , knowledge , training , workload , rewards / incentives and others only in the quantitative analysis processes are not related it is probably due to the question on the questionnaire less precise or it could be due to the lack of proper respondents and therefore contributes to the analysis. Qualitative analysis showed good leadership of Public Health chief officer, motivation and attitude of staff on the other hand is also good officers still have less knowledge , training activities are still lacking and reward executive officers is low while the workload of the executive officer of the program is still very high. There is a relationship between motivation and a good attitude to the effectiveness of the performance of the staff , program executive officers still have less knowledge , high workload , and rewards / incentives are low

Keyword : functions of human resource management , motivation , attitude , performance effectiveness.

PENDAHULUAN

Manajemen adalah suatu proses yang khas yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

Strategi manajemen yang mendasar adalah bagaimana mengaplikasikan perencanaan, *leadership* dan monitoring.

Fungsi perencanaan yaitu bagaimana meningkatkan pendekatan kemitraan dengan pendekatan perencanaan terpadu (integrasi), sementara fungsi *leadership* memfokuskan bagaimana mengelola sumber daya dan pelayanan yang efektif serta efisien.

Pengembangan sumber daya manusia adalah suatu proses yang sistematis dalam memenuhi kebutuhan ketenagaan yang cukup dan bermutu sesuai kebutuhan, proses ini meliputi kegiatan penyediaan tenaga dan pembinaan.

Sumber daya manusia adalah potensi manusiawi yang melekat keberadaannya pada seseorang meliputi potensi fisik dan non fisik. Potensi fisik adalah kemampuan fisik yang terakumulasi pada seorang pegawai, sedangkan potensi non fisik adalah kemampuan seorang pegawai yang terakumulasi baik dari latar belakang pengetahuan, intelegensi, keahlian dan keterampilan.

Faktor sumber daya manusia yang mempengaruhi efektivitas kinerja pelaksana program penanggulangan TB paru di Puskesmas antara lain: 1) Masih ada beberapa Kepala Puskesmas yang berlatar belakang pendidikan SPK. 2) Kegiatan pelatihan petugas pelaksana program penanggulangan TB paru yang belum maksimal yaitu hanya diberikan satu kali pelatihan selama memegang program baik untuk programmer maupun laboratorium. 3) Petugas pelaksana program TB paru memiliki tugas rangkap sebagai tenaga laboratorium serta sebagai pelaksana program lain seperti kusta, malaria dan lain-lain. 4) Motivasi terhadap pekerjaan menurun karena banyak tugas lain yang sama-sama harus di selesaikan tepat waktu. 5) Imbalan yang diberikan ke petugas pelaksana program tidak sesuai dengan beban kerja. 6) Angka penemuan kasus baru TB paru masih kurang dari 70% dan angka kesembuhan penderita TB paru masih kurang dari 85%.

Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan dalam setiap organisasi. Efektivitas disebut juga efektif, apabila tercapainya tujuan atau sasaran yang telah ditentukan sebelumnya.

Efektivitas pada dasarnya mengacu pada sebuah keberhasilan atau pencapaian tujuan. Efektivitas merupakan salah satu dimensi dari produktivitas, yaitu mengarah kepada pencapaian kerja yang maksimal, yaitu pencapaian target yang berkaitan dengan kualitas, kuantitas dan waktu.

Kinerja adalah penampilan hasil kerja baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Penampilan hasil kerja tidak terbatas kepada individu yang memegang jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga kepada seluruh jajaran personil di dalam organisasi

Kinerja atau prestasi kerja merupakan istilah yang berhubungan dengan kualitas dan produktivitas diluar hasil kerja seseorang atau sekelompok orang sehingga untuk memperbaiki prestasi kerja seseorang/kelompok merupakan bagian yang penting dengan seluruh tingkat manajemen. Kinerja adalah prestasi kerja atau hasil kerja berupa produk atau jasa yang dicapai seseorang atau kelompok dalam menjalankan tugasnya, baik kuantitas maupun kualitas melalui sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan hubungan fungsi manajemen sumber daya manusia program penanggulangan TB paru dengan efektivitas kinerja petugas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan desain *Cross-sectional*, serta diperkuat dengan studi kualitatif. Penelitian dilakukan di Kabupaten Maluku Tengah dari bulan Mei sampai dengan bulan Juli 2013.

Populasi terjangkau penelitian ini yaitu semua Kepala Puskesmas dan petugas pelaksana program penanggulangan TB paru di Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah.

Jenis sampel dalam penelitian ini adalah total sampling atau sampel jenuh yaitu seluruh Kepala Puskesmas untuk melihat variabel kepemimpinan dan seluruh petugas pelaksana program TB paru untuk melihat variabel motivasi, pengetahuan, pelatihan, beban kerja, sikap dan

imbangan/insentif yang berjumlah 31 Puskesmas.

Variabel penelitian terdiri dari variabel terikat efektivitas kinerja petugas, variabel bebas yaitu : Kepemimpinan Kepala Puskesmas, motivasi, pengetahuan, pelatihan, beban kerja, sikap dan imbalan/insentif. Pengolahan dan analisis data secara kuantitatif dilakukan dengan sistem komputer program SPSS for window terdiri dari analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat dan analisis kualitatif dilakukan dalam bentuk analisis tema sesuai hasil *indepth interview*.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan RSUP dr.Kariadi Semarang serta izin dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Maluku Tengah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah serta kesediaan subyek penelitian yaitu Kepala Puskesmas dan petugas pelaksana program TB apru. (*informed consent*).

HASIL PENELITIAN

Analisis Univariat.

Analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi terhadap karakteristik responden dari setiap variabel penelitian yaitu variabel kepemimpinan Kepala Puskesmas, motivasi, pengetahuan, pelatihan beban kerja, sikap dan imbalan/insentif untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 1.

Dari tabel 1 dapat kita lihat bahwa responden Kepala Puskesmas paling banyak memiliki kepemimpinan baik (90,3%) dan kurang baik (9,7%). Sementara responden petugas pelaksana program paling banyak memiliki motivasi baik (67,7 %) dan motivasi kurang baik (32,3%). responden dengan pengetahuan baik (61,3 %) dan pengetahuan kurang baik (38,7%). responden dengan pelatihan baik (64,5 %)

dan pelatihan kurang baik (35,5%). responden dengan beban kerja rendah (71,0 %) dan beban kerja tinggi (29,0%). responden dengan sikap baik (64,5%) dan sikap kurang baik (35,5%). responden dengan imbalan/insentif tinggi sebanyak (64,5%) dan imbalan/insentif rendah (35,5%).

Tabel 1
Analisis Univariat Fungsi Manajemen SDM
dengan efektivitas Kinerja Petugas

Variabel	Frekuensi			
	Baik		Kurang Baik	
	N	%	N	%
Kepemimpinan	28	90,3	3	9,7
Motivasi	21	67,7	10	32,3
Pengetahuan	19	61,3	12	38,7
Pelatihan	20	64,5	11	35,5
Sikap	20	64,5	11	35,5
	Tinggi		Rendah	
Beban kerja	9	29	22	71
Imbalan	20	64,5	11	35,5

Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel bebas Kepemimpinan Kepala Puskesmas, Motivasi, Pengetahuan, Pelatihan, Beban kerja, Sikap, dan Imbalan/insentif dengan efektivitas kinerja petugas, untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 2:

Sementara pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa terdapat 4 variabel yang berhubungan dengan efektivitas kinerja petugas yaitu variabel motivasi dengan nilai $p=0,006$, variabel beban kerja dengan nilai $p=0,01$ variabel sikap dengan nilai $p=0,02$ dan variabel imbalan/insentif dengan nilai $p=0,02$. Sedangkan variabel kepemimpinan Kepala Puskesmas, pengetahuan dan pelatihan secara kuantitatif tidak berhubungan dengan efektivitas kinerja petugas.

Tabel 2
**Analisis Bivariat Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia
Dengan Efektivitas Kinerja Petugas**

Variabel	Kinerja				Total	%	PR	CI 95 %	p
	Baik		Kurang baik						
	f	%	f	%					
Kepemimpinan									
Baik	16	51,6	12	38,7	28	90,3	0,667	0,054-8,240	1,00
Kurang baik	2	6,5	1	3,2	3	9,7			
Motivasi									
Baik	16	51,6	5	16,1	21	67,7	12,8	2,020-81,115	0,006
Kurang baik	2	6,5	8	25,8	10	32,3			
Pengetahuan									
Baik	11	35,5	8	22,8	19	61,1	0,98	0,227-4,521	1,00
Kurang baik	7	22,6	5	16,1	12	38,7			
Pelatihan									
Baik	11	35,5	9	29,0	20	64,5	0,69	0,514-3,167	0,7
Kurang baik	7	22,6	4	12,9	11	35,5			
Beban kerja									
Tinggi	2	6,5	7	22,6	9	29,0	9,33	1,497-58,198	0,01
Rendah	16	51,6	6	19,4	22	71,0			
Sikap									
Baik	16	51,6	4	12,9	20	64,5	18,0	2,737-118,391	0,02
Kurang baik	2	6,5	9	29,0	11	35,5			
Imbalan									
Tinggi	15	48,4	5	16,1	20	64,5	8,00	1,508-42,448	0,02
Rendah	3	9,7	8	22,8	11	35,5			

Tabel 3
**Analisis Multivariat Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia
Dengan Efektivitas Kinerja Petugas**

Variabel	PR	95%CI	p-value
Motivasi	10,92	1,24-96,13	0,03
Sikap	15,72	1,89-130,38	0,01
Constanta	-8,180		

Analisis Multivariat

Analisis multivariat dimaksudkan untuk melihat seberapa besar hubungan antara variabel bebas secara bersama dengan variabel terikat. yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Pada Tabel 3 dapat dilihat bahwa dari 4 variabel yang dianalisis secara multivariat hanya terdapat 2 variabel yang berhubungan yaitu motivasi (0,03) dan sikap (0,01)

PEMBAHASAN

Manajemen sumber daya manusia adalah aktivitas yang dilakukan untuk merangsang, mengembangkan, memotivasi, dan memelihara kinerja yang tinggi dalam organisasi.

Sumber daya manusia adalah potensi manusiawi yang melekat keberadaannya pada seseorang meliputi potensi fisik dan non fisik. Potensi fisik adalah kemampuan fisik yang terakumulasi pada seorang

pegawai, sedangkan potensi non fisik adalah kemampuan seorang pegawai yang terakumulasi baik dari latar belakang pengetahuan, intelegensi, keahlian dan keterampilan.⁽³⁾

Sumber daya manusia dengan keseluruhan penentuan dan pelaksanaan berbagai aktivitas, kebijaksanaan dan program yang bertujuan untuk mendapatkan tenaga kerja, pengembangan dan pemeliharaan dalam usaha meningkatkan dukungannya terhadap peningkatan efektivitas organisasi dengan cara yang secara etis dan sosial dapat dipertanggung jawabkan.

Motivasi adalah faktor individual yang menggerakkan dan mengarahkan perlakuan untuk memenuhi tujuan yang telah ditentukan, motivasi dalam diri merupakan gabungan antara konsep dorongan, tujuan, kebutuhan serta imbalan

Motivasi kinerja adalah sesuatu yang menimbulkan dorongan atau semangat kerja. Motivasi adalah suatu faktor yang mendorong seseorang untuk melakukan suatu perbuatan atau kegiatan tertentu, oleh karena itu motivasi sering kali diartikan pula sebagai faktor pendorong perilaku seseorang. Setiap tindakan yang dilakukan oleh seorang manusia pasti memiliki sesuatu faktor yang mendorong perbuatan tersebut.⁽¹⁰⁾

Berdasarkan hasil wawancara yang di buat dalam *Content analysis* menunjukan bahwa rata - rata petugas pelaksana program memiliki motivasi kerja yang baik, namun ada juga beberapa kendala yang di hadapi antara lain memiliki tugas rangkap yang menyebabkan beban kerja tinggi, dana program dari Dinas Kesehatan yang sering terlambat, serta kondisi alam yang kadang-kadang tidak mendukung yang menyebabkan petugas kadang tidak bisa bekerja sesuai jadwal.

Sikap yang baik merupakan cerminan dari pribadi petugas yang baik dan menjadi penggerak dalam menjalankan tugasnya dengan penuh ikhlas untuk melakukan

penemuan dan pengobatan pada penderita TB paru.⁽¹⁵⁾

Sikap diartikan sebagai kesiapsiagaan mental yang dipelajari melalui pengalaman dan memiliki pengaruh atas cara tanggap seseorang terhadap objek dan situasi yang berhubungan dengan kinerja. Sikap yang baik merupakan cerminan dari pribadi petugas yang baik dan menjadi penggerak dalam menjalankan tugasnya dengan penuh ikhlas untuk melakukan penemuan dan pengobatan pada penderita TB paru

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Gibson J.L, yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja adalah sikap individu. Apabila sikap individu baik terhadap objek atau peristiwa tertentu maka tingkat kinerja individu juga semakin tinggi.⁽¹²⁾

Pemimpin adalah faktor penentu sukses atau gagalnya suatu organisasi termasuk hal penemuan penderita TB paru di Puskesmas.⁽¹³⁾ Kepemimpinan yang baik adalah kepemimpinan yang mampu mengelola organisasinya, menganalisa perubahan, mengetahui kelemahan-kelemahan dan sanggup membawa organisasi kepada sasaran yang telah diprogramkan.⁽⁹⁾

Kepemimpinan adalah kemampuan dalam meyakinkan dan menggerakkan orang lain agar dapat bekerja sama untuk mencapai tujuan. Kepemimpinan merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan keberhasilan kerja organisasi dan kinerja pegawai dalam suatu organisasi. pemimpin sebagai lokomotif suatu organisasi memiliki tanggung jawab mengelola kegiatan - kegiatan untuk mewujudkan tujuan organisasi yang memerlukan bantuan orang lain sebagai anggota organisasi dilingkungannya.

Kiranya tidak dapat disangkal bahwa keberhasilan suatu organisasi baik sebagai keseluruhan maupun sebagai kelompok dalam suatu organisasi tertentu, sangat tergantung pada mutu

kepemimpinan yang terdapat dalam organisasi yang bersangkutan. Bahkan kiranya dapat diterima sebagai suatu kebenaran apabila dikatakan bahwa kepemimpinan yang terdapat dalam suatu organisasi memainkan peranan yang sangat dominan dalam mencapai keberhasilan organisasi tersebut dalam menyelenggarakan berbagai kegiatan.⁽¹⁵⁾

Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan menggunakan *content analysis* kepada Kepala Puskesmas dan Petugas pelaksana program dapat di jelaskan bahwa Kepala Puskesmas memiliki upaya untuk meningkatkan SDM petugas pelaksana program, namun didalam upaya tersebut terdapat beberapa kendala seperti jumlah kegiatan pelatihan serta jumlah tenaga pegawai Puskesmas yang masih kurang dan rata-rata satu orang pegawai bertanggung jawab terhadap 2 program, inilah yang menyebabkan beban kerja tinggi yang berpengaruh terhadap efektivitas kerja. selain itu menurut Kepala Puskesmas bahwa dana operasional Puskesmas sangat terbatas sehingga mereka tidak bisa memberikan Imbalan/insentif kepada petugas.

Petugas pelaksana program masih memiliki pengetahuan yang kurang hal ini dapat dilihat dari jawaban informan/responden atas pertanyaan tentang program TB paru, tugas dan fungsi pokok petugas pelaksana program serta strategi penemuan dan pengobatan pasien dengan demikian dapat dikatakan bahwa pengetahuan yang baik sangat berhubungan dengan efektivitas kinerja petugas.

Pengetahuan tentang tugas merupakan domain yang sangat penting bagi petugas untuk memberikan pelayanan kepada pasien, pengetahuan yang baik tentang tugas dan tanggung jawab dalam suatu organisasi akan meningkatkan kualitas pekerjaannya.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengamatan penginderaan terhadap suatu

objek tertentu. Sesuai pendapat Gibson (1988) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan pemahaman lisan seseorang pegawai tentang apa yang diketahui dari pengalaman dan proses belajar.

Pelatihan merupakan sarana yang amat bermanfaat sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan pegawai. Melihat hasil penelitian, menunjukkan bahwa sudah banyak pegawai yang mengikuti pelatihan, namun nampaknya pengetahuan yang dimiliki tidak optimal, kemungkinan hal ini disebabkan karena materi pelatihan yang belum optimal.

Dengan masih minimnya frekuensi pelatihan (1kali), kemungkinan besar pelatihan petugas hanya sebagai syarat untuk menjadi petugas TB yang mengarah pada pelatihan dasar, atau pelatihan yang bersifat *pre service training*.

Untuk mendapatkan hasil yang lebih baik diharapkan dapat terpenuhi beberapa konsep pelatihan dalam program TB paru antara lain : Pendidikan/pelatihan sebelum bertugas (*pre service training*) ; pelatihan dalam tugas (*in service training*), dapat berupa aspek klinis maupun aspek manajemen program ; pelatihan dasar program TB paru (*initial training in basic DOTS implementation*); pelatihan penuh yaitu seluruh materi diberikan, pelatihan ulang (*retraining*), yaitu pelatihan formal yang dilakukan terhadap peserta yang telah mengikuti pelatihan sebelumnya tetapi masih ditemukan banyak masalah dalam kinerjanya, dan tidak cukup hanya melakukan supervisi.

Keadaan ini menunjukkan bahwa petugas selama ini sangat membutuhkan pelatihan, karena pelatihan merupakan sarana penting sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan pegawai dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan efektivitas kinerja petugas

Petugas pelaksana program memiliki beban kerja yang tinggi, Beban kerja merupakan suatu proses penentuan jumlah

jam kerja (*man hour*) yang dipergunakan atau diperlukan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu dan dalam waktu tertentu.⁽¹⁴⁾

Beban kerja adalah volume kerja yang dibebankan kepada seseorang pekerja dan hal ini merupakan tanggung jawab dari pekerja yang bersangkutan.

Beban kerja sebagai suatu konsep yang timbul akibat adanya keterbatasan kapasitas dalam memproses informasi. Saat menghadapi suatu tugas, individu diharapkan dapat menyelesaikan tugas tersebut pada suatu tingkat tertentu. Apabila keterbatasan yang dimiliki individu tersebut menghambat/menghalangi tercapainya hasil kerja pada tingkat yang diharapkan, berarti telah terjadi kesenjangan antara tingkat kemampuan yang diharapkan dan tingkat kapasitas yang dimiliki. Kesenjangan ini menyebabkan timbulnya kegagalan dalam kinerja (*performance failures*). Hal inilah yang mendasari pentingnya pemahaman dan pengukuran yang lebih dalam mengenai beban kerja.

Beban kerja pegawai yang tinggi akan menimbulkan keluhan, dan dapat berefek pada penurunan prestasi kerja. Apabila persepsi terhadap pekerjaan yang dimiliki seseorang terhadap suatu pekerjaan baik, maka akan menghasilkan tingkat kinerja yang baik.

Petugas pelaksana program rata - rata mengeluh dengan imbalan/insentif yang didapat sangat rendah tidak sebanding dengan beban kerja serta risiko terhadap penularan dan para petugas berharap agar biaya pemeriksaannya bisa ditingkatkan.

Imbalan / insentif adalah sesuatu yang diberikan manajer kepada para karyawan setelah mereka memberi kemampuan, keahlian dan usahanya kepada perusahaan. Imbalan dapat berupa upah, alih tugas, promosi, pujian dan pengakuan. Jika karyawan melihat bahwa kerja keras dan kinerja yang unggul dan diberikan imbalan oleh organisasi, mereka akan mengharapkan hubungan seperti itu terus

berlanjut dimasa depan, oleh karena itu mereka menentukan tingkat kinerja yang lebih tinggi yang mengharapkan tingkat kompensasi yang tinggi pula.⁽¹⁷⁾

Kedaaan ini menunjukkan betapa perlunya insentif, dimana dengan insentif tersebut adanya harapan bisa meningkatkan kualitas kerja. Dalam hal ini diharapkan dengan insentif yang cukup bisa menjadikan petugas untuk berperilaku positif dalam menemukan kasus TB baru. Dessler menyatakan bahwa tujuan dasar pemberian upah insentif ini untuk memotivasi timbulnya prestasi yang baik dengan mengaitkan prestasi dan ganjaran. Sehingga diharapkan dengan insentif yang cukup dapat meningkatkan motivasi untuk melakukan perilaku yang positif dalam menemukan kasus TB. Hal ini sebagaimana tujuan sistem insentif pada hakekatnya adalah untuk meningkatkan motivasi karyawan dalam berupaya mencapai tujuan organisasi dengan menawarkan perangsang finansial dan melebihi upah dan gaji dasar.⁵

Mengingat insentif yang diterima selama ini sangat kurang sehingga belum bisa memberikan pengaruh terhadap efektivitas kinerja yang lebih baik. Salah satu cara manajemen untuk meningkatkan kepuasan kerja para karyawan adalah melalui kompensasi, kompensasi di devinisikan sebagai sesuatu yang diterima oleh karyawan sebagai balas jasa atas kerja mereka.⁽³⁾

Salah satu tujuan manajemen sumber daya manusia yaitu dengan memastikan organisasi memiliki tenaga kerja yang bermotivasi dan berkinerja tinggi serta dilengkapi dengan sarana untuk menghadapi perubahan yang dapat memenuhi kebutuhan pekerjaannya, dan salah satu cara untuk meningkatkan prestasi kerja dan motivasi adalah melalui kompensasi.

Salah satu cara untuk meningkatkan kepuasan kerja para karyawan adalah melalui kompensasi, kompensasi di devinisikan sebagai sesuatu yang diterima

oleh karyawan sebagai balas jasa atas kerja mereka.⁽³⁾

Efektivitas adalah jangkauan usaha suatu program sebagai suatu sistem dengan sumber daya dan sarana tertentu untuk memenuhi tujuan dan sasaran tanpa melumpuhkan cara dan sumber daya itu serta tanpa memberi tekanan yang tidak wajar terhadap pelaksanaannya.

Efektivitas dapat pula diartikan sebagai suatu kondisi atau keadaan, dimana dalam memilih tujuan yang hendak dicapai dan sarana yang digunakan, serta kemampuan yang dimiliki adalah tepat, sehingga tujuan yang diinginkan dapat dicapai dengan hasil yang memuaskan.

Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan dalam setiap organisasi. Efektivitas disebut juga efektif, apabila tercapainya tujuan atau sasaran yang telah ditentukan sebelumnya.

Berdasarkan pendapat para ahli di atas dapat diketahui bahwa efektivitas merupakan suatu konsep yang sangat penting karena mampu memberikan gambaran mengenai keberhasilan suatu organisasi dalam mencapai sasarannya atau dapat dikatakan bahwa efektivitas merupakan tingkat ketercapaian tujuan dari aktivasi-aktivasi yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya. Dari beberapa literatur ilmiah mengemukakan bahwa efektivitas merupakan pencapaian tujuan secara tepat atau memilih tujuan-tujuan yang tepat dari serangkaian alternative atau pilihan cara dan menentukan pilihan dari beberapa pilihan lainnya. Efektivitas juga bisa diartikan sebagai pengukuran keberhasilan dalam pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditentukan. Sebagai contoh jika sebuah tugas dapat selesai dengan pemilihan cara-cara yang sudah ditentukan, maka cara tersebut adalah benar atau efektif.

Kinerja adalah penampilan hasil kerja baik kuantitas maupun kualitas dalam

suatu organisasi. Penampilan hasil kerja tidak terbatas kepada individu yang memangku jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga kepada seluruh jajaran personil di dalam organisasi.

Kinerja atau prestasi kerja merupakan istilah yang berhubungan dengan kualitas dan produktivitas diluar hasil kerja seseorang atau sekelompok orang sehingga untuk memperbaiki prestasi kerja seseorang/kelompok merupakan bagian yang penting dengan seluruh tingkat manajemen. Kinerja adalah prestasi kerja atau hasil kerja berupa produk atau jasa yang dicapai seseorang atau kelompok dalam menjalankan tugasnya, baik kuantitas maupun kualitas melalui sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas kerjanya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan.

Kinerja pegawai adalah kemampuan seorang pegawai dalam melaksanakan keseluruhan tugas yang menjadi tanggung jawabnya dibandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi. Kinerja petugas pelaksana program penanggulangan TB Paru merupakan faktor yang penting karena memberi pengaruh besar bagi keberhasilan dalam mencapai tujuan pelaksanaan penanggulangan program TB paru, dan keberhasilan tujuan ini dapat dilihat dari kualitas kinerja para pegawainya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas maka dapat disimpulkan bahwa motivasi dan sikap sangat berhubungan terhadap efektivitas kinerja petugas dalam melaksanakan program penanggulangan TB Paru di Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah untuk itu saran yang dapat kami ajukan adalah (1) Bagi Kepala Puskesmas untuk dapat memberikan penghargaan dan dukungan kepada petugas dalam melaksanakan program penanggulangan TB

Paru dengan demikian di harapkan dapat meningkatkan motivasi kerja. (2) Kepada petugas pelaksana program agar dapat meningkatkan dan minimal mempertahankan motivasi dan sikap kerja yang ada sehingga lebih meningkatkan kualitas kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- T. Hani. Handoko. Editor Manejemen Edisi 2 BPFE (Yogyakarta; 2003).
- Danang S. Manejemen Sumber Daya Manusia, PT Buku Seru, (Jogyakarta 2012 : 1-34)
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Strategi Nasional Penanggulangan TB di Indonesia 2010-2014, (Jakarta; 2011: 23- 4)
- World Health Organization. Dalam; Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis; Jakarta, 2008
- Dewi, I Gusti Ayu Manuati., Model Kepemimpinan Efektif. Vol V No 1 Piramida. (Denpasar; 2009)
- Hasibuan M.S.P, Organisasi dan Motivasi. Cetakan 1, PT Bumi Aksara, (Jakarta; 1995)
- Gibson, James L. Organisasi perilaku, Struktur, Proses. Jilid ke 2 Erlangga, (Jakarta, 1994)
- Ruky A.S. Sistem Manejemen Kinerja PT. Gramedia Pustaka Utama, (Jakarta 2001: 22-5)
- Bambang S., Kristiani, Laksono T. Pelaksanaan Penemuan Penderita Tuberculosis Di Pusskesmas Kabupaten Sleman. (Yogyakarta: Gajah Mada; 2005)

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT DENGAN UPAYA PENCEGAHAN DIRI DARI PENYAKIT MENULAR DI RSUD KAREL SADSUITUBUN LANGGUR KABUPATEN MALUKU TENGGARA

Jonathan Kelabora
Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Tindakan melindungi diri merupakan upaya pencegahan penularan penyakit dari pasien ke tenaga kesehatan. Prinsip upaya melindungi diri yang dijalankan berupa penggunaan alat pelindung diri dan penggunaan benda-benda tajam secara aman. Tujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular. Metode penelitian dilakukan secara deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel 59 orang yaitu perawat di ruang UGD, VIP, Pria, Kelas dan Anak. Teknik pengambilan sampel adalah teknik *total sampling*. Analisis data menggunakan uji *chi Square* dengan kemaknaan $p < \alpha$ (0,05). Hasil penelitian pengetahuan berhubungan dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular memiliki tingkat kemaknaan $p \text{ value} = 0.00$ dengan OR =16,125, 95%, CI= 2.748-94.603 dan variabel sikap berhubungan dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular memiliki tingkat kemaknaan $p \text{ value} = 0.001$ dengan OR =11,500, 95%, CI= 2.363-66,114. Ada hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular.

Kata Kunci: Pengetahuan, sikap, pencegahan, penyakit menular.

PENDAHULUAN

Faktor pengetahuan, sikap tenaga kesehatan dan lingkungan kerja berhubungan erat dengan kepatuhan penerapan perilaku pencegahan pada pekerja (Angraini, 2000). Sehubungan dengan kasus SARS, Flu Burung, Flu Babi, HIV/AIDS akhir-akhir ini dan penyakit infeksi lainnya serta tingginya jumlah kunjungan pasien, maka pengendalian infeksi yang ditularkan lewat udara, darah dan cairan tubuh lain, mendapat perhatian khusus di sarana kesehatan (Depkes RI, 2000). Tindakan melindungi diri merupakan upaya pencegahan penularan penyakit dari pasien ke tenaga kesehatan atau sebaliknya di unit-unit pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Ruang Bersalin dan lain-lain. Hal ini didasari bahwa penyebaran penyakit infeksi melalui medium darah dan udara atau alat dan bahan yang terkontaminasi. Pencegahan utama terhadap penularan

penyakit yaitu meminimalisasi kejadian kontak darah antara pasien dengan tenaga kesehatan. Bagi tenaga kesehatan, prinsip upaya melindungi diri yang dijalankan berupa penggunaan alat pelindung diri (sarung tangan, apron, masker, kaca mata) dan penggunaan benda-benda tajam secara aman seperti jarum suntik, pisau bedah, dan jarum jahit (Angraini, 2000).

Menurut Suzanne dan Brenda (2001), ada 6 (enam) macam upaya melindungi diri yaitu 1) Menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh, 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, 3) Dekontaminasi cairan tubuh pasien, 4) Memakai alat kedokteran sekali pakai atau steril, 5) Pemeliharaan kebersihan tempat pelayanan dan 6) Membuang limbah secara benar.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tenggara tahun 2008 menunjukkan

prevalensi penyakit menular antara lain penderita HIV/AIDS sebanyak 23 orang, TBC berjumlah 260 orang, Campak 2 orang. Pada Tahun 2009 penderita HIV/AIDS sebanyak 26 orang, TBC berjumlah 197 orang, Campak 3 orang, dan pada tahun 2010 jumlah penderita HIV/AIDS sebanyak 71 orang, TBC berjumlah 314 orang, Campak 2 orang. Sedangkan data Rumah sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur tentang penyakit menular pada tahun 2009 diantaranya Tuberkulosis berjumlah 1126 orang, Typus Abdominalis sebanyak 269 orang, HIV/AIDS 6 orang, dan Hepatitis sebanyak 35 orang. Pada tahun 2010 terdapat kasus Tuberkulosis sebanyak 102 orang, Typus Abdominalis 142 orang, HIV/AIDS 6 orang dan Hepatitis sebanyak 23 orang.

Bila dilihat prevalensi kasus berbagai penyakit menular diatas, maka perawat dituntut untuk lebih meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam upaya melindungi diri dari resiko penularan dari penyakit-penyakit tersebut melalui penerapan standar operasional prosedur tindakan yang baik dan benar. SOP sangat membantu perawat untuk mencapai asuhan yang berkualitas, sehingga perawat harus berpikir realistis tentang pentingnya evaluasi sistematis terhadap semua aspek asuhan yang berkualitas tinggi, namun keberhasilan dalam mengimplementasikan standar sangat tergantung pada individu perawat itu sendiri, maupun usaha bersama dari staf dalam suatu organisasi, disamping partisipasi dari seluruh anggota profesi (Depkes, 1998).

Hasil penelitian Yusran (2008) di Rumah Sakit Karyadi Semarang menunjukkan angka kepatuhan tenaga kesehatan untuk menerapkan beberapa elemen upaya melindungi diri kurang dari 50%. Studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Abdoel Muluk pada tahun 2006 menunjukkan 5% tenaga kesehatan mengalami paparan terhadap darah dan

cairan tubuh. Hal yang sama ditegaskan oleh Sulastri (2001), dalam penelitian tentang *Tingkat Kepatuhan Petugas Dalam Pencegahan Infeksi di RSUP Persahabatan Jakarta*, dimana dari 40 responden didapatkan 73,1% responden memiliki kepatuhan sedang dalam melaksanakan pencegahan infeksi. Ketidakepatuhan petugas banyak ditemukan pada petugas unit gawat darurat dibandingkan instalasi bedah sentral terutama dalam hal mencuci tangan saat datang di kamar bedah (5,9%), saat meninggalkan kamar bedah (15,4%), sebelum melakukan tindakan (12,8%), setelah melakukan tindakan (7,7%), tidak menggunakan alat kaki (12,8%), masih melakukan pemasangan kembali tutup jarum suntik (87,1%). Pengetahuan responden tentang pencegahan infeksi masih kurang (73,1%) dengan rata-rata 65,9%. Sikap responden yang kurang mempunyai peluang untuk tidak patuh dibandingkan dengan memiliki sikap yang baik. penelitian yang dilakukan oleh Niwayan S (2006) mengemukakan bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan upaya pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Aloe Sabu Gorontalo.

Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuitubun Langgur merupakan Rumah Sakit Rujukan di kawasan Maluku Tenggara mempunyai tenaga dan sarana yang cukup memadai dengan jumlah tenaga perawat yang bertugas di ruang rawat inap sebanyak 74 orang yang terdiri dari lulusan D-III Keperawatan 44 orang dan lulusan SPK sebanyak 30 orang.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Oktober 2010 di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur ditemukan perawat dalam melakukan tindakan invasif ada sebagian yang melakukan sesuai protap ruangan misalnya ketika menerima pasien baru, maka ada perawat yang langsung melayani tanpa menggunakan sarung tangan dan walaupun ada yang menggunakan sarung tangan biasanya hanya berlaku pada pasien dengan

kasus perdarahan. Hal ini juga terjadi dalam melakukan tindakan pemasangan infus dan penyuntikan, dari hasil pengamatan pada 4 perawat rata-rata tidak melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan tersebut.

Dengan banyaknya tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada klien seperti dalam penerimaan pasien baru pada instalasi gawat darurat serta perawatan inap sangat rentan terhadap paparan infeksi yang mengharuskan petugas untuk meningkatkan pencegahan dengan melaksanakan kewaspadaan umum (*Universal Precaution*) agar dapat melindungi diri dan klien.

Untuk mengatasi berbagai hal diatas, maka pengetahuan dan sikap merupakan dasar untuk dapat memahami serta mengerti sesuatu permasalahan, meskipun tidak selalu berkaitan langsung dengan upaya yang diambil dan cara yang ditempuh untuk menghindari penularan penyakit, serta mengetahui tentang cara menghindari dan mencari pertolongan ketika terserang.

Penyakit Menular

Penyakit menular adalah jenis penyakit yang disebabkan oleh agen penyakit yang spesifik atau racun yang dihasilkannya, yang ditularkan melalui reservoir atau kontak tidak langsung melalui vektor kepada orang (Chandra: 2009). Penyakit menular atau penyakit infeksi adalah sebuah penyakit yang disebabkan oleh sebuah agen biologi (seperti virus, bakteria atau parasit), bukan disebabkan faktor fisik (seperti luka bakar) atau kimia (seperti keracunan). Kategori penyakit menular atau penyakit infeksi antara lain; Antraks, Bisul, Cacar air, Cacar unggas, Penyakit Creutzfeldt-Jakob, Demam berdarah, Difteri, Ensefalitis, Infeksi oportunistik, Influenza, Kolera, Postulat Koch, Radang paru-paru, SARS, Sepsis, Sifilis, Tuberkulosis, Variola, Virus West Nile, Malaria, HIV/AIDS.

Infeksi merupakan interaksi antara mikroorganisme dengan penjamu melalui

transmisi kuman tertentu. Cara transmisi mikroorganisme dapat terjadi melalui darah, udara baik *droplet* maupun *airborne* dan kontak langsung. Di rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya infeksi dapat terjadi antara pasien dan antara petugas, petugas ke pasien. Dengan bekal pengetahuan patogenesis infeksi meliputi interaksi mikroorganisme dan penjamu serta cara transmisi atau penularan dengan kemampuan memutuskan interaksi antara mikroorganisme dan penjamu maka segala bentuk infeksi dapat dicegah (Tientjen, L, 2004).

Menurut Tientjen, L, 2004 ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu patogenitas, virulensi, dan kerentanan seseorang. a) Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang terjadi atau didapat di rumah sakit. Suatu infeksi didapat di Rumah sakit apabila: 1) Pada saat masuk Rumah sakit tidak ada tanda/gejala/tidak dalam masa inkubasi infeksi tersebut. 2) Infeksi terjadi 3 x 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit. 3) Infeksi pada lokasi yang sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme pada saat masuk rumah sakit atau mikroorganisme sama tetapi lokasi infeksi berbeda. b) Cara penularan, ada berbagai cara penularan dan agen infeksi yang ditularkan antara lain: 1) Kontak: penularan melalui menyentuh atau memanipulasi reservoir. 2) Langsung: penularan dari orang ke orang, misalnya rabaan, kontak oral-fekal. (a) Agen infeksi yang tertular: Human Immunodeficiency virus (HIV), Hepatitis A & B, Gonore, Staphilococcus, Streptococcus, Cacar air, (b) Langsung: Bahan kotor yang mempertahankan kehidupan agen infeksi, misalnya instrumen bedah, kateter urin, jarum terkontaminasi, pembalut luka, sapu tangan, barang yang pindah dari mulut ke mulut, Agen infeksi yang tertular: Hepatitis B, Staphylococcus, Pseudomonas, Klasiebela, (c) Droplet: Partikel droplet yang besar dan berat berupa percikan dari penjamu terinfeksi

digolongkan transmisi kontak karena perlu hubungan yang dekat untuk penularan, (d) Airborne: Partikel debu yang kecil (*Nucleus droplet*) dan ringan berisi bakteri atau virus terbawa aliran udara dan dapat tinggal diudara selama beberapa waktu. Agen infeksi yang dapat tertular: Campak, TB *Aspergillus*. 3) Vehikulum: Bahan yang mempertahankan kehidupan agen sampai tertelan atau terokulasi pada penjamu rentan, contohnya air, darah, serum, plasma, medikasi, makanan tinja. Agen infeksi yang tertular seperti; makanan: *Salmonella*, *Stapilococcus aureus*, Darah: HIV, Hepatitis B dan C CMV, Air: Hepatitis, Kolera, Shyghela, Polio, Thypoid, E.Coli. c) Pengendalian dan kebijakan Pelaksanaan Pengendalian: Pengendalian merupakan kegiatan dari perencanaan pelaksanaan dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan Infeksi nosokomial (Depkes RI, 2000). Penerapan pengendalian dapat menurunkan resiko penularan infeksi antara pasien dengan pasien, pasien ke petugas dan petugas ke petugas lain. Berdasarkan hal tersebut Ditjen PPM & PLP mendorong upaya pencegahan infeksi diberbagai tingkat pelayanan kesehatan melalui upaya memasyarakatkan Pengendalian infeksi Nosokomial.

Upaya Melindungi Diri dari Penyakit Menular

Upaya melindungi diri adalah semua upaya pencegahan penularan penyakit di unit pelayanan kesehatan, seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Ruang Bersalin dan lain lain. Tindakan ini harus dilakukan dalam rangka melindungi klien dan petugas kesehatan lain dari kemungkinan tertular dan menularkan penyakit.

Prinsip dasar menurut Saefudin A, dkk (2002) adalah pencegahan infeksi khususnya meminimalkan penyebaran penyakit berbahaya ke pasien, petugas, termasuk petugas kebersihan dan rumah tangga sebagai berikut: Setiap orang (pasien dan petugas kesehatan) harus dianggap berpotensi menularkan infeksi. Cuci tangan

adalah prosedur yang paling praktis dalam mencegah kontaminasi silang, pakailah sarung tangan sebelum menyentuh setiap kulit yang luka, selaput lendir (mukosa), darah dan cairan tubuh lainnya (sekret/eksret). Gunakan pelindung seperti kacamata, masker, celemek (apron) pada setiap kali melakukan kegiatan pelayanan yang diantisipasi dapat terkena percikan atau terkena darah dan cairan tubuh. Selalu melakukan tindakan atau prosedur menurut langkah yang aman seperti tidak membengkokkan jarum dengan tangan, memegang alat medik memprosesnya dengan benar, membuang dan memproses sampah dengan benar.

Prinsip Upaya Melindungi Diri

Berdasarkan rekomendasi US Department of Health Services, maka upaya dalam melindungi diri untuk mencegah penularan menurut Suzanne dan Brenda (2001), sebagai berikut: Perhatikan benda-benda tajam misalnya jarum suntik, mata pisau bedah/skapel yang berpotensi untuk menularkan penyakit dan berpotensi mencedaerai. Tempatkan spuit dan jarum, disposibel, skapel dan benda-benda lain yang tidak terpakai dalam wadah anti tembus. Jarum sudah dipakai harus ditutup kembali, dilepas dari spuit. Kenakan alat pelindung (sarung tangan, gaun bedah, masker dan kaca mata pelindung) untuk mencegah agar tidak terkena darah, cairan tubuh. Basuh segera kedua belah tangan serta permukaan kulit yang terkontaminasi darah, cairan tubuh lainnya. Di rumah buang dan siramlah darah didalam kloset. Minimalkan resusitasi mulut ke mulut dengan menyediakan alat resusitasi ambubag atau alat ventilasi lainnya sehingga bisa digunakan ditempat pada saat dibutuhkan. Pada saat hamil pertahankan kewaspadaan dengan baik. Petugas kesehatan yang hamil tidak beresiko lebih besar terjangkit HIV dibanding tidak hamil. Apabila terinfeksi maka bayi dikandung meningkat resikonya tertular dan bungkus barang-barang yang tidak bisa dibuang

kedalam kloset dalam kantong plastik dan dilapisi lagi sebelum dibuang ketempat, serta bersihkan setiap percikan darah atau cairan tubuh dengan sabun atau larutan deterjen, larutan sodium hipokrit 1 : 10. Gunakan sarung tangan untuk membersihkan.

Pelaksanaan Tindakan

Menurut Depkes RI (1999), menerangkan tentang cara mencuci tangan antara lain: Seluruh permukaan kedua tangan dicuci dengan sabun 5–30 detik dan dicuci dengan air mengalir. Cuci tangan: 1) Sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan atau setelah kontak langsung. 2) Setelah menyentuh darah atau cairan tubuh pasien walaupun telah memakai sarung tangan. 3) Setelah melepas sarung tangan, karena ada kemungkinan kebocoran sarung tangan. 4) Selalu mencuci tangan sebelum melakukan tindakan bedah. 5) Menanamkan kebiasaan mencuci tangan pengelola berusaha menyediakan sabun dan air bersih secara kontinu, serta handuk sekali pakai.

Cara membersihkan tangan sebelum tindakan

Menurut Depkes RI (1999), tentang cara membersihkan tangan sebelum tindakan antara lain: Lepaskan semua perhiasan, posisikan tangan diatas siku, basahi tangan seluruhnya dan gunakan sabun: a) Mulailah dari ujung jari sampai berbasa, lalu bilas dengan gerakan memutar. Bilas diantara jari-jari, gerakkan dari ujung jari menuju siku pada satu tangan kemudian ulang untuk tangan berikut, b) Basuh setiap lengan secara terpisah, ujung jari lebih dahulu, jaga tangan dalam posisi siku lebih tinggi, c) Cuci selama 3–5 menit, d) Gunakan handuk bersih sekali pakai untuk mengeringkan tangan, e) Usahkan tangan untuk menyentuh benda-benda yang tidak disterilkan didisinfeksi tingkat tinggi.

Penggunaan Sarung Tangan dan Apron

Menurut Depkes RI (1999), bahwa cara pemakaian sarung tangan apabila: a)

Melakukan tindakan klinik, b) Memegang alat medik dan sarung tangan, c) Membuang sampah medik, d) Untuk setiap pasien harus digunakan sarung tangan yang berbeda guna mencegah kontaminasi silang, d) Apabila sarung tangan bekas pakai akan digunakan lagi; (1) Dekontaminasi dengan merendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, kemudian dicuci, (2) Selanjutnya sarung tangan disterilisasi dengan autoklaf, didisinfeksi tingkat tinggi dengan menguapkan atau merebus, (3) Khusus untuk sarung tangan bedah tidak boleh diproses lebih dari 3 kali, (4) Baju pelindung gaun yang bersih, tetapi tidak perlu steril digunakan selama melakukan tindakan.

Instrumen Tajam dan Jarum

Menurut Depkes RI (1999), tentang cara penanganan instrumen tajam dan jarum sebagai berikut: a) Di kamar Operasi; (1) Jangan meletakkan instrumen tajam dan jarum disembarang tempat, (2) Beritahu penerima instrumen sebelum menyerahkan instrumen tajam. b) Alat suntik dan jarum hipodermik; (1) Gunakan jarum dan sempit sekali pakai, (2) Jangan pisahkan jarum dan alat suntik setelah dipakai, (3) Jangan menutup kembali, membengkokkan atau mematahkan jarum sebelum dibuang, (4) Masukan jarum habis pakai kedalam tempat tidak tembus jarum, (5) Jarum habis pakai harus dibakar di insenerator, (6) Pada fasilitas yang tidak mempunyai alat suntik sekali pakai gunakan metode *recapping*, gunakan cara menutup dengan satu tangan dengan meletakkan tutup pada permukaan yang keras dan rata, pegang alat suntik dengan satu tangan dan gunakan jarum untuk mengambil penutup. Sewaktu tutup alat suntik dan telah menutup jarum seluruhnya pasang bagian dasar jarum dan gunakan tangan lain mengunci tutup jarum.

Pembuangan Sampah.

Menurut Depkes RI (1999), tentang prinsip pembuangan sampah adalah: a) Sampah yang tidak terkontaminasi dibuang ditempat sampah biasa, b) Sampah medik

yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh dibuang dengan memakai sarung tangan, membawa ketempat pembuangan akhir dan semua instrumen tajam dimasukan dalam tempat yang tidak tembus dari tusukan. Sampah medik padat dibakar dalam insenerator.

Teknik Penanganan Alat

Menurut Depkes RI (1999), cara penanganan alat yang terkontaminasi dengan cara tubuh sama dengan cara biasa digunakan untuk mencegah penyebaran penyakit lain adalah: a) Dekontaminasi alat; Dekontaminasi adalah suatu tindakan yang dilakukan agar alat-alat kesehatan dapat ditangani secara aman oleh petugas pembersih alat medis. Alat kesehatan tersebut termasuk meja pemeriksa, meja operasi, alat bedah, sarung tangan dan peralatan kesehatan lain yang terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh setelah pelaksanaan suatu prosedur atau tindakan medis, b) Cara dekontaminasi alat; Alat kesehatan yang telah digunakan direndam dalam disinfektan klorin 0.5% selama 10-30 menit, yang dapat membunuh virus termasuk HIV dengan cepat sehingga alat yang akan ditangani petugas aman. Dekontaminasi alat yang tidak bisa direndam misalnya permukaan meja dapat dilap menggunakan bahan disinfektan klorin 0,5%, c) Pencucian dan pembilasan; pencucian alat kesehatan adalah proses secara fisik untuk menghilangkan darah dan cairan tubuh atau benda asing lainnya seperti debu atau kotoran pada alat tersebut. Setelah dicuci dengan deterjen kemudian dibilas dengan air untuk menghilangkan endapan deterjen dan dikeringkan, c) Sterilisasi; Adalah suatu proses yang dapat membunuh seluruh mikroorganisme (bakteri, virus, jamur dan parasit) termasuk endospora bakteri pada alat.

Ada 2 (dua) macam sterilisasi yang biasa dilakukan sebagai berikut: (1) Sterilisasi panas yaitu dengan tekanan tingkat tinggi (*autoclaving*) atau pemanasan kering (oven listrik) atau dengan

menggunakan autoklav minyak tanah, (2) Sterilisasi kimia yaitu perendaman dalam larutan *glutaraldehyde* (*Cydex*) selama 8-10 jam. Disinfeksi tingkat tinggi; Adalah proses yang menghilangkan sebagian besar mikroorganisme, namun tidak dapat membunuh endospora. Disinfeksi dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut: 1) Merebus alat kesehatan selama 20 menit dihitung dari waktu air mulai mendidih. Panci harus dalam keadaan tertutup. Seluruh alat terendam dan jangan menambahkan alat lain kedalam air mendidih. 2) Merendam alat dalam larutan disinfektan seperti *glutaraldehyde*, *formaldehyde* 8% selama 20 menit sedangkan bagi sampah atau limbah yang terkontaminasi harus dibakar untuk menghancurkan mikroorganisme, jika tidak memungkinkan dikubur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian ini melibatkan variabel sebab atau berisiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian, diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu kali saja dalam satu kali (Setiadi, 2007). Penelitian dilakukan di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur pada tanggal 23-30 Desember 2010. Populasi pada penelitian ini berjumlah 74 perawat serta sesuai dengan kriteria Inklusi yaitu perawat yang bertugas di ruang UGD, ruang VIP, ruang Pria, ruang Wanita, ruang Kelas dan ruang Anak ada saat penelitian berlangsung dan bersedia menjadi responden dan kriteria eksklusi yaitu tidak berada ditempat saat penelitian berlangsung dan tidak bersedia menjadi responden, maka besar sampel penelitian yang memenuhi syarat adalah 59 responden. Variabel penelitian terdiri dari variabel terikat yaitu upaya pencegahan penyakit menular dan, variabel bebas yaitu : pengetahuan dan sikap perawat. Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan sistem komputer program SPSS for

window terdiri dari analisis univariat, dan analisis bivariat.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil analisis univariat tentang karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja dapat dilaporkan seperti tabel dibawah ini:

Analisis Univarian

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Masa kerja, Pengetahuan, sikap dan upaya pencegahan Responden di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur

Karakteristik		F	%
Usia (Tahun)	19-39	54	91,5
	40-60	5	8,5
	Total	59	100
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	11,9
	Perempuan	52	88,1
	Total	59	100
Pendidikan	SPK	23	39,0
	D-III Keperawatan	36	61,0
	Total	33	100
Masa Kerja (Tahun)	1 - 10	56	94,9
	11-20	3	5,1
	Total	33	100
Pengetahuan	Baik	45	76,3
	Kurang	14	23,7
	Total	33	100
Jumlah Sikap	Baik	48	81,4
	Kurang	11	18,6
	Total	33	100
Upaya Pencegahan	Baik	51	86,4
	Kurang	8	13,6
	Total	59	100

Sumber: Data Primer, 2010

Berdasarkan tabel 1 diatas, menunjukkan bahwa umur responden didapatkan hampir seluruhnya yaitu 54 responden (91%) berada pada umur 19-39 tahun (dewasa muda), sedangkan sebagian

kecil yakni 5 responden (8,5%) berada pada umur 40-60 tahun dewasa penuh), hampir seluruhnya yaitu 52 responden (88,1%) berjenis kelamin perempuan, sedangkan sebagian kecil yakni 7 responden (11,9) berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan perawat lebih dari setengah yaitu 36 responden (61,0%) berpendidikan D-III keperawatan sedangkan hampir setengah yakni 23 responden (39,0) berpendidikan SPK, hampir seluruhnya yaitu 56 responden (94,9%) memiliki masa kerja 1-10 tahun, sedangkan sebagian kecil yakni 3 responden (5,1%) memiliki masa kerja 11-20 tahun. Berdasarkan tabel 1 diatas, menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 45 responden (76,3) berpengetahuan baik, sedangkan sebagian kecil yakni 14 responden (23,7) berpengetahuan kurang dan sebagian besar responden yaitu 48 responden (8,4) memiliki sikap baik, sedangkan sebagian kecil yakni 11 responden (18,6) memiliki sikap kurang serta hampir seluruh responden yaitu 51 responden (86,4) melakukan upaya pencegahan dengan baik, sedangkan sebagian kecil yakni 8 responden (13,6) tidak melakukan upaya pencegahan dengan baik.

Analisis Bivariat

Untuk melihat hubungan faktor pengetahuan, dan sikap dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular pada parawat di ruang inap RSUD Karel Sadsuitubun Langgur, antara lain ruang UGD, Ruang VIP, Ruangg Pria, Ruang Wanita, Ruang Kelas dan Ruang Anak, digunakan uji statistik *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$ ($p<0,05$), sehingga dikatakan bermakna bila nilai $p<0,05$.

Tabel 2
Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Upaya Pencegahan Diri Dari Penyakit Menular Di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur

	Upaya Pencegahan				Total	%	OR CI 95%	P Value
	Baik		Kurang					
	N	%	N	%				
Pengetahuan								
Kurang	6	42,9	8	57,1	14	100	16,125	0,000
Baik	2	4,4	43	95,6	45	100	(2,748-94,603)	

Sumber: Data Primer, 2010

Tabel 3
Hubungan Sikap Perawat Dengan Upaya Pencegahan Diri Dari Penyakit Menular Di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur

	Upaya Pencegahan				Total	%	OR CI 95%	P Value
	Baik		Kurang					
Sikap	N	%	N	%				
Kurang	5	45,5	6	54,5	11	100	12,500	0,001
Baik	3	4.4	45	95.6	48	100	(2,363-66,965)	

Sumber: Data Primer, 2010

Berdasarkan tabel 2. Menunjukkan bahwa dari keseluruhan responden mempunyai pengetahuan baik dengan upaya pencegahannya baik sebanyak 43 perawat (95,6%), sedangkan pengetahuan kurang dengan pencegahan yang baik 8 perawat (75,%).

Dari hasil pengujian statistik diperoleh nilai p value = 0,000, OR: 16,125, CI: 2,748-94,603, dengan demikian nilai p value lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$. Ini berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular, ini berarti perawat yang memiliki pengetahuan baik akan terhindar dari penularan penyakit menular sebesar 16 kali dari pada perawat yang memiliki pengetahuan kurang di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur.

Berdasarkan tabel 3 diatas, menunjukkan bahwa hampir seluruh responden mempunyai sikap baik dengan upaya pencegahannya baik sebanyak 45 perawat (95,6%), sedangkan sebagian kecil yakni 6 perawat (54,5%) mempunyai sikap

kurang untuk melakukan pencegahan dari penularan penyakit menular.

Dari hasil uji statistik diperoleh nilai p value = 0,001, OR: 12,500, CI: 2,363-66,965, dengan demikian nilai p value lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,005$. Ini berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap perawat dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular sebesar 13 kali lebih baik bila dibandingkan dengan perawat yang memiliki sikap kurang dalam upaya melakukan pencegahan di RSUD Karel Sadsuitubun Langgur.

PEMBAHASAN

Hasil uji analisis bivariat hubungan faktor pengetahuan dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular pada tabel 2, diketahui $p = 0,000$ ($\alpha < 0,05$), OR: 16,125, CI: 2,748-94,603, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dengan pencegahan diri dari penyakit menular dengan peluang sebesar 16 kali lebih baik bila dibandingkan dengan perawat yang mempunyai pengetahuan kurang untuk melakukan

upaya pencegahan diri dari penyakit menular, di Ruang UGD, Ruang VIP, Ruangg Pria, Ruang Wanita, Ruang Kelas dan Ruang Anak pada RSUD Karel Sadsuitubun Langgur.

Hasil penelitian sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Azwar (2003), yang mengatakan bahwa individu akan sadar, tahu dan mengerti serta mau melaksanakan anjuran yang ada hubungan dengan kesehatan apabila seseorang memiliki pengetahuan yang baik dan diharapkan mempunyai tindakan baik pula. Menurut Tientjen (2004) mengungkapkan bahwa pengetahuan kurang tetapi upaya pencegahan dari infeksi atau penyakit menular baik karena dilakukan berulang-ulang dan bertahun-tahun sehingga menjadi sesuatu kebiasaan dalam mencegah risiko penularan dari penyakit menular tetapi dalam menuangkan dalam tulisan atau lisan biasanya kurang. Ini berarti bahwa upaya pencegahan perawat yang baik karena kebiasaan saja belum diikuti pengetahuannya. Dengan demikian dapat dikatakan apa yang menjadi perilaku hanya kebiasaan saja tanpa dilandasi dengan pengetahuan yang baik.

Ini juga sesuai penelitian yang dilakukan oleh Dinauli S (2003) yang mana ditemukan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang HIV/AIDS dan pelaksanaan Kewaspadaan umum pada bidan di RS Fatimah Makassar. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Niwayan S (2006) di ketahui bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan upaya pencegahan Infeksi Nosokomial di RS Aloe Sabu Gorontalo.

Hasil uji analisis bivariat hubungan faktor sikap dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular pada tabel 3, diketahui $p = 0,001$ ($\alpha < 0,05$), OR: 12,500, CI: 2,363-66,965, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap perawat dengan pencegahan diri dari penyakit menular dengan peluang sebesar 12 kali lebih baik

dibandingkan dengan perawat yang mempunyai sikap kurang baik dalam melakukan upaya pencegahan, diri dari penyakit menular di Ruang UGD, Ruang VIP, Ruangg Pria, Ruang Wanita, Ruang Kelas dan Ruang Anak pada RSUD Karel Sadsuitubun Langgur.

Penelitian ini sejalan dengan pernyataan Natoatmodjo (2003) yang mengemukakan bahwa dimana sikap merupakan awal dari perilaku atau tindakan yang ditampilkan oleh seseorang dengan cara menerima respon, menghargai dan bertanggungjawab terhadap sesuatu, sedangkan Brown (1987) mengatakan sikap merupakan kecenderungan atau kesetiaan untuk berbuat atau tidak berbuat atau memberikan respon baik positif atau negatif terhadap objek atau sesuatu.

Menurut Azwar (2003) ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam bersikap, faktor tersebut adalah pengalaman pribadi, pengaruh kebudayaan, pengaruh orang lain, media massa, lembaga pendidikan dan faktor emosional. Hal ini juga sejalan dengan pendapat Angraini (2000), bila lama bekerja dianggap sebagai suatu proses pembelajaran alamiah, maka dapat dijelaskan bahwa dengan lama bekerja akan memberikan kesempatan lebih lama belajar untuk memperkaya khasanah ilmu pengetahuan akan berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Dengan demikian dapat dikatakan sikap masih merupakan suatu respon tertutup sehingga sulit dinilai dan banyak faktor yang dapat mempengaruhi perawat dalam bersikap untuk melaksanakan upaya pencegahan diri dari resiko penularan penyakit saat melaksanakan tugas. Menurut Suzanne dan Brenda (2001) ada 6 macam upaya pencegahan diri atau melindungi diri yaitu; menghindari kontak langsung dengan cairan tubuh, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, dekontaminasi cairan tubuh pasien, memakai alat kedokteran sekali pake atau steril, pemeliharaan kebersihan tempat

pelayanan dan membuang limbah secara benar.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap perawat dengan upaya pencegahan diri dari penyakit menular di Ruang UGD, Ruang VIP, Ruangg Pria, Ruang Wanita, Ruang Kelas dan Ruang Anak pada RSUD Karel Sadsuitubun Langgur. untuk itu disarankan kepada pihak RSUD Karel Sadsuitubun Langgur. Untuk melakukan pelatihan atau training tentang tindakan kewaspadaan umum sesuai standar operasional prosedur (SOP) dan bagi para perawat agar dalam memberikan pelayanan keperawatan selalu memperhatikan upaya proteksi diri sesuai dengan protap rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Angraini, 2000. *Universal Precautions Guidelines for Primary Health Care Centers in Indonesia Initiatives*. Surabaya.
- Azwar, 2003. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Edisi ke 2. Jakarta, Pelajar Offset.
- Brons, N & Grove, S.K. 1991. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critiques and Utilization*. 2nd. Philadelphia: WB Saunders C.O.
- Brown, D. & Linda Brooks (ed), 1997. *Career Choice and Development*, Jossey Bess, London.
- Chandra, Budiman. 2009. *Ilmu Kedokteran Pencegahan & Komunitas*. Jakarta: EGC
- Depkes RI, 2000. *Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi*, Jakarta, Ditjen PPM dan PLP.
- Depkes RI, 1998. *Standar Praktik Keperawatan Bagi Perawat Kesehatan*, Jakarta, Depkes RI.
- Depkes RI, 1999. *Petunjuk Merencanakan Meningkatkan Derajat Kesehatan* untuk Pencegahan dan Pemberantasan AIDS, Jakarta.
- Depkes R.I. 2000. *Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi*, Jakarta, Ditjen PPM dan PLP.
- Dinauli S, 2003. *Hubungan tingkat Pengetahuan Bidan tentang HIV/AIDS dengan Pelaksanaan Kewaspadaan Umum di RSIA St Fatimah Makassar*, Skripsi FK Unhas.
- Natoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta, PT Rineke Cipta.
- Niwayan S, 2006. *Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan dan lama bekerja dengan Perilaku Perawat dalam Upaya Pencegahan Infeksi Nosokomial di RSUD Dr. Aloe Sabu Gorontalo*, Skripsi FK Unhas.
- Setiadi, 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*, Yogyakarta, Graha Ilmu
- Sulastri, 2000. *Tingkat Kepatuhan Dalam Pencegahan Penyakit Infeksi di RSUP Persahabatan Jakarta*, Cermin Dunia Kedokteran Indonesia, Volume 54, Jakarta.
- Suzanne dan Brenda, 2001. *Keperawatan Medikal Bedah*, Volume2 Edisi 8, Jakarta, EGC. Buku Kedokteran.
- Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh, 2004. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber Daya Terbatas*, Jakarta, YBP.
- Yusran, 2008. *Seminar Nasioonal Sains dan Teknologi-II 2008, Universitas Lampung Tentang Kepatuhan Penerapan Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi (Universal Precaution) Pada Perawat Di Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Muluk Bandar Lampung*, Lampung, Program Studi Pendidikan Doktor Universitas Lampung.

PENGARUH PENGGUNAAN DAUN PISANG SEBAGAI PEMBUNGKUS TERHADAP KUALITAS IKAN CAKALANG ASAP

Muhamad Asrar, Ety Yuni Ristanti
Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku

Abstrak

Produksi ikan cakalang yang sangat banyak mencapai 6.452 ton, mendorong produsen untuk mengolah ikan tersebut. Pemanfaatan hasil perikanan untuk daya simpan yang lebih lama, maka pengasapan dan pembekuan merupakan dua dari beberapa bentuk pengolahan hasil perikanan yang dilakukan di Kota Ambon. Produksi ikan asap telah mencapai angka 3.310 ton pada tahun 2012, tertinggi dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Penjual ikan cakalang asap di kota Ambon biasanya membungkus ikan asap dengan menggunakan daun pisang agar awet. Namun sampai sekarang belum ada penelitian tentang kualitas ikan cakalang asap yang dibungkus dengan daun pisang. Sehingga penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi baru tentang kualitas ikan cakalang asap yang dibungkus dengan daun pisang. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh penggunaan daun pisang sebagai pembungkus terhadap kualitas ikan cakalang asap

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan desain pre-post test design. Tempat penelitian di laboratorium gizi dan kimia Poltekkes Kemenkes Maluku serta Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL). Analisis yang digunakan adalah *uji paired t test* untuk mengetahui perubahan kadar protein, jumlah bakteri, pada awal dan akhir penyimpanan. Uji *independent t test* untuk mengetahui perbedaan perubahan kadar protein dan jumlah bakteri pada ikan cakalang asap yang dibungkus daun pisang kepok muda dan daun pisang kepok tua. Data hasil uji organoleptik dianalisis menurut statistik nonparametrik dengan menggunakan uji Man-Whitney dan Wilcoxon

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh daun pisang muda dan tua sebagai pembungkus terhadap perubahan kadar protein, pertumbuhan kapang dan uji organoleptik (warna, aroma, rasa dan tekstur) ikan cakalang asap. Ada pengaruh penggunaan daun pisang kepok muda dan tua sebagai pembungkus terhadap pertumbuhan jumlah bakteri ($p < 0.05$).

Kesimpulan ada pengaruh penggunaan daun pisang muda dan tua sebagai pembungkus terhadap pertumbuhan bakteri. Dari hasil penelitian dapat disarankan bagi pedagang ikan cakalang ikan asap untuk menggunakan daun pisang kepok tua sebagai pembungkus.

Kata kunci : Daun pisang, ikan cakalang asap, kadar protein, bakteri, kapang, organoleptik

PENDAHULUAN

Ikan merupakan sumber daya perairan yang cukup banyak di Indonesia. Sifat ikan yang *highly perishable* menuntut para nelayan dan para pengumpul agar dapat mempertahankan kesegaran serta menjaga mutu dan keawetan ikan. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mempertahankan keawetan ikan yaitu dengan melakukan pengolahan baik secara modern maupun tradisional. Pengolahan ikan secara tradisional

umumnya didasarkan pada pengurangan kadar air produk yang dapat menghambat pertumbuhan mikroorganisme. Proses ini dapat menghambat jumlah dan aktivitas mikroorganisme, sehingga masa simpan produk dapat diperpanjang (Irianto dan Giyatmi, 2009).

Ikan merupakan sumber protein hewani. Kualitas protein ikan tergolong sempurna (protein lengkap), mengandung semua asam amino esensial dengan jumlah yang mencukupi kebutuhan tubuh. Daging

ikan mudah mengalami kebusukan dibandingkan daging sapi, terutama disebabkan terjadinya otolisis secara cepat oleh enzim-enzim ikan. Berbagai faktor mempengaruhi kecepatan kebusukan pada ikan, diantaranya spesies ikan, kandungan mikroorganisme pada ikan segar, kondisi ikan pada saat ditangkap, suhu selama penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan pengawet (Sediaoetama A., 1999).

Kota Ambon merupakan salah satu daerah yang memiliki potensi ikan cakalang yang cukup banyak, hal ini ditunjang dari letak geografis kota Ambon yang dikelilingi oleh laut. Data statistik kota Ambon tahun 2013 menunjukkan bahwa perkembangan dan nilai produksi perikanan kota Ambon selalu mengalami peningkatan. produksi ikan 19.920 ton pada tahun 2007 terus meningkat hingga menjadi 31.785 pada tahun 2012. Produksi ikan cakalang mencapai 6.452 ton. peningkatan produksi hasil perikanan tidak lepas dari peranan para nelayan di kota Ambon. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya rumah tangga perikanan, perahu yang dimiliki para nelayan dan perahu kapal penangkapan ikan yang terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.

Produksi ikan cakalang yang sangat banyak, mendorong produsen untuk mengolah ikan tersebut. Pemanfaatan hasil perikanan untuk daya simpan yang lebih lama, maka pengasapan dan pembekuan merupakan dua dari beberapa bentuk pengolahan hasil perikanan yang dilakukan di kota Ambon. Produksi ikan asap telah mencapai angka 3.310 ton pada tahun 2012, tertinggi dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Di kota Ambon ikan cakalang adalah ikan primadona, tertinggi nilai produksinya dan terbanyak yang diolah secara diasapkan (BPS, 2013).

Pengasapan bahan pangan, khususnya ikan merupakan salah satu teknologi pengolahan tertua yang dilakukan secara tradisional. Pengasapan merupakan salah satu cara pengawetan bahan pangan dengan

metode menurunkan kadar air dan mengendapkan senyawa pengawet (fenol, formaldehid dan asam benzoat) dari sumber asap. Disamping itu fungsi panas yang berasal dari pengasapan dapat menekan pembusukan yang disebabkan oleh proses enzimatik dan aktivitas mikroba. Menurut Margono dkk (2000) proses pengasapan secara tradisional meliputi proses penggaraman, kemudian dilanjutkan dengan proses pengasapan.

Pengasapan merupakan proses penetrasi senyawa volatil pada ikan yang dihasilkan dari pembakaran kayu (Palm *et al.*, 2011). Selain untuk mengawetkan, pengasapan berfungsi memberi aroma serta rasa yang khas pada daging ikan. Pengasapan juga dapat membunuh bakteri dan daya bunuh dari asap tersebut tergantung pada suhu pengasapan dan lama pengasapan (Sanger G., 2010). Menurut Abolagba dan Igbinevbo, 2010 dan Kumolu-Johnson *et al.*, 2010 dalam Isamu KT, *et al.*, 2013 bahwa umur simpan ikan asap yang lama karena aktivitas anti bakteri, menghambat aktivitas enzimatik pada ikan sehingga dapat mempengaruhi kualitas ikan asap.

Masa simpan ikan asap pada penyimpanan suhu kamar hanya sekitar satu minggu saja. Dalam usaha memperpanjang masa simpan produk olahan tradisional termasuk ikan asap, beberapa faktor yang perlu diperhatikan antara lain adalah kesegaran ikan, peralatan untuk mengolah, metode pengolahan, cara pengemasan hasil olahan dan suhu selama penyimpanan (Rieuwpassa F dan Heruwati S, 2013).

Ikan cakalang asap sangat diminati oleh masyarakat baik yang berasal dari Ambon maupun luar dari luar Ambon. Penjual ikan cakalang asap di kota Ambon biasanya membungkus ikan asap dengan menggunakan daun pisang agar awet. Namun sampai sekarang belum ada penelitian tentang kualitas ikan cakalang asap yang dibungkus dengan daun pisang. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti

pengaruh penggunaan daun pisang sebagai pembungkus terhadap kualitas ikan cakalang asap. Penelitian ini sebagai pembungertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan daun pisang sebagai pembungkus terhadap kualitas ikan cakalang asap.

METODE

Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimen dengan desain *pre post test design*. Subyek penelitian adalah ikan cakalang segar dengan berat rata-rata 1 kg/ekor. Ikan tersebut diperoleh dari hasil tangkapan nelayan Galala. Masing-masing perlakuan sebanyak 15 ekor ikan. Penelitian ini terdiri dari dua tahap yaitu penelitian pendahuluan dan penelitian utama. Penelitian pendahuluan diawali dengan pembuatan ikan cakalang asap kemudian dilakukan penyimpanan suhu ruang untuk menentukan batas umur simpan ikan cakalang asap masih layak dikonsumsi. Penelitian utama dilakukan dengan pembuatan ikan cakalang asap kemudian menganalisis kadar protein, kapang, jumlah bakteri dan uji organoleptik (warna, rasa, aroma dan tekstur) sebelum dibungkus daun pisang dan setelah dibungkus daun pisang kepok muda dan tua selama 3 hari. Data hasil penelitian dianalisis dengan Uji *independet t test* dan uji *Man-Whitney*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kadar Protein

Pemeriksaan kadar protein dilakukan sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua serta setelah dibungkus daun pisang

muda dan tua selama 3 hari. Hasil analisis kadar protein disajikan pada tabel 1.

Protein adalah sumber asam-asam amino yang mengandung unsur-unsur C, H, O, dan N yang tidak dimiliki oleh lemak dan karbohidrat (Winarno 2008). Kadar protein ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua berkisar antara 28,37% - 34,20% dan setelah dibungkus daun pisang muda selama 3 hari kadar proteinnya berkisar antara 28,50% - 34,40% sedangkan ikan cakalang asap yang dibungkus daun pisang tua berkisar antara 28,33% - 34,00%. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa sebelum penyimpanan, tidak ada perbedaan kandungan protein antara ikan cakalang asap yang dibungkus daun pisang muda dengan daun pisang tua ($p > 0.05$) dan tidak ada perbedaan perubahan kandungan protein ikan cakalang asap yang dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0.05$).

Hasil bahwa kadar protein ikan gabus asap cenderung menurun setelah dilakukan penyimpanan. Hal tersebut diduga disebabkan oleh aktivitas mikroorganisme yang memanfaatkan protein untuk metabolisme. Sedangkan hasil penelitian Nusaibah *et al.*, (2014) menunjukkan perbedaan metode pengasapan tungku dan asap cair selama penyimpanan memberikan pengaruh yang nyata ($P < 0,05$) terhadap kadar protein ikan manyung asap namun tidak terdapat interaksi antara kedua perlakuan tersebut. Protein daging bersifat tidak stabil dan mempunyai sifat dapat berubah (denaturasi) dengan berubahnya kondisi lingkungan (Georgiev *et al.* 2008).

Tabel 1
Rata-rata kadar protein pada ikan cakalang yang dibungkus daun pisang muda dan tua

Kualitas	Dibungkus daun pisang muda		Perubahan	Dibungkus daun pisang tua		perubahan
	0 hari	3 hari		0 hari	3 hari	
Kadar Protein	31.05 ± 1.78	30.99 ± 1.78	0.15 ± 0.12	31.11 ± 1.77	31.08 ± 1.76	0.09 ± 0.11

Pemanasan dapat menyebabkan terjadinya reaksi-reaksi baik yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan. Reaksi-reaksi tersebut diantaranya adalah denaturasi, kehilangan aktivitas enzim, perubahan kelarutan dan hidrasi, perubahan warna dan pemutusan ikatan peptida. Perlakuan pemanasan pada suatu bahan pangan, menyebabkan protein terkoagulasi (Winarno 2008).

Penelitian Ernawati, (2012) menunjukkan Zat-zat protein dalam daging ikan semakin kompak, jaringan daging ikan asap menjadi kuat. Hal ini kemungkinan menyebabkan suhu penyimpanan tidak begitu berpengaruh terhadap kualitas fisik ikan asap karena masih adanya unsur-unsur kimia asap yang terdapat pada ikan cakalang asap itu sendiri, sehingga penyimpanan yang dilakukan tidak berpengaruh secara nyata pada ikan cakalang asap. (Sutoyo, 1986 dalam Azhri H, 2012).

Bakteri

Pemeriksaan terhadap bakteri pada ikan cakalang asap dilakukan sebelum dibungkus daun pisang dan setelah dibungkus daun pisang muda dan tua selama 3 hari penyimpanan.

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah bakteri pada ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda sebesar $5,76 \times 10^2$ dan setelah dibungkus daun pisang muda selama 3 hari sebesar $3,33 \times 10^4$ sedangkan pada ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang tua sebesar $5,23 \times 10^2$ dan setelah dibungkus

daun pisang tua selama 3 hari sebesar $6,69 \times 10^3$.

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan jumlah bakteri pada ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0.05$). Terdapat perbedaan jumlah bakteri pada ikan cakalang asap antara yang dibungkus daun pisang muda dan tua ($p < 0.05$) dan terdapat perbedaan perubahan jumlah bakteri pada ikan cakalang asap antara yang dibungkus daun pisang muda dan tua

Salah satu kelompok jasad renik yang sangat penting berhubungan dengan bahan pangan yaitu bakteri. Apabila bakteri tumbuh dan berkembang biak dalam bahan pangan sampai jumlah yang sangat tinggi dapat mengakibatkan kerusakan pangan yaitu menimbulkan bau busuk, lendir, asam, perubahan warna, pembentukan gas, dan perubahan-perubahan lain yang tidak diinginkan. Bakteri perusak pangan sering tumbuh dan menyebabkan kerusakan pada bahan pangan yang mempunyai kandungan protein tinggi seperti ikan.

Mikrobiologis keberadaan mikroba dalam produk ikan selais asap digunakan sebagai parameter kebusukan untuk melihat tingkat kemunduran mutu produk dan tingkat kelayakannya untuk dikonsumsi. Hal ini disebabkan oleh kerusakan mikrobiologis merupakan bentuk kerusakan yang banyak merugikan serta kadang-kadang berbahaya terhadap kesehatan manusia, karena racun yang diproduksi, penularan serta penularan kerusakan yang cepat (Muchtadi, 2008).

Tabel 2

Rata-rata jumlah bakteri pada ikan cakalang asap yang dibungkus daun pisang muda dan tua

Kualitas	Dibungkus daun pisang muda		perubahan	Dibungkus daun pisang tua		perubahan
	0 hari	3 hari		0 hari	3 hari	
Jumlah bakteri	$5,76 \times 10^2$	$3,33 \times 10^4$	$3,27 \times 10^4$	$5,23 \times 10^2$	$6,69 \times 10^3$	$6,16 \times 10^3$

Penelitian Azri H. (2012) menunjukkan pertumbuhan mikroba pada ikan asap yang disimpan pada suhu ruang pada hari ke-0 berbeda nyata dengan penyimpanan dari ke-5, 10, 15 dan 20 ($P < 0,05$). Jumlah mikroba makin bertambah seiring dengan lamanya waktu penyimpanan, dan terdapat perbedaan jumlah bakteri pada ikan asap yang disimpan pada suhu ruang dengan ikan asap yang disimpan pada suhu kulkas (10^0C). Jumlah mikroba pada ikan asap yang disimpan pada suhu ruang lebih banyak dibandingkan ikan asap yang disimpan pada suhu kulkas.

Faktor suhu merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan bakteri atau mikroba (Kadir, 2004). Suhu dan lama penyimpanan memberikan pengaruh pada jumlah kandungan mikroba ikan asap. Peningkatan jumlah mikroba ini terjadi karena tidak ada yang dapat menghambat pertumbuhan mikroba pada suhu ruang. Mikroba tersebut dapat terus berkembang biak, sehingga jumlahnya akan meningkat selama bahan melalui masa penyimpanan (Forsythe and Hayes, 1998).

Berdasarkan persyaratan mutu yang dikeluarkan oleh Badan Standarisasi Nasional Indonesia (SNI 01 – 2725 – 1992) bahwa jumlah bakteri maksimum ikan asap adalah 5×10^5 koloni /gram. Jumlah sel mikroba pada suhu rendah akan lebih sedikit jika dibandingkan dengan suhu yang lebih tinggi. Penggunaan suhu rendah mempunyai pengaruh terhadap proses-proses kimiawi, enzimatis dan mikrobiologis yaitu mampu menghambat atau mencegah reaksi kimia, aktivitas enzim dan mikroorganisme (Suryo, 2005). Ikan asap disimpan dalam ruangan yang terlindung dari penyebab-penyebab yang dapat merusak atau menurunkan mutu produk misalnya panas, insekta dan binatang pengerat. Kelembaban udara ruangan dijaga serendah mungkin, untuk memperpanjang daya simpan pada ruang

dengan suhu dingin atau beku (SNI, 2009). Ikan asap yang disimpan pada suhu yang mampu menghambat pertumbuhan mikroba, maka mikroba akan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk tumbuh dan berkembang, dan sebaliknya apabila suhu penyimpanan cukup menunjang, maka dalam waktu singkat mikroba dapat tumbuh dan berkembang dengan cepat (Kadir, 2004). Menurut Nurul L.H (2005), mikrobial yang sering mengkontaminasi ikan adalah *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Vibrio cholerae*, *Enterobacteriaceae*.

Kapang

Pengasapan menyebabkan penurunan kadar air dan naiknya kadar garam, sehingga ikan asap cenderung kering. Dalam kondisi inilah jamur dan kapang dapat tumbuh karena suka keadaan yang kadar airnya rendah. Pertumbuhan jamur pada ikan asap dapat menyebabkan terjadinya perubahan bau menjadi tengik dan perubahan tekstur. Tetapi pada pemanasan yang kurang sempurna (panas ringan) dan penanganan yang keliru, *Clostridium botulinum* bisa tetap ada. Spora lebih tahan terhadap pengasapan ini jika pemanasan dilakukan secara singkat dengan suhu yang rendah.

Berdasarkan hasil pengamatan bahwa tidak ditemukan kapang pada ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua. Setelah dibungkus daun pisang muda dan tua selama 3 hari mulai ditemukan pertumbuhan kapang namun dalam jumlah sedikit. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kapang pada ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0,05$). Dan tidak terdapat perbedaan pertumbuhan kapang pada ikan cakalang asap antara yang dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0,05$).

Penelitian Husain D. *et al.*, (2013) pada penyimpanan 0 hari (kontrol) belum ada kapang yang tumbuh pada ikan tongkol asap pada setiap kemasan. Pada

penyimpanan selama 4 hari jumlah kapang tertinggi pada kemasan kertas *kraft* yakni $9,7 \times 10$ koloni per gram dan terendah pada kemasan daun lontar dan plastic *polyethylene* yaitu $9,3 \times 10$ koloni per gram. Pada penyimpanan selama 8 hari kapang tertinggi ada kemasan kertas *kraft* yakni $62,4 \times 10$ koloni per gram dan terendah pada kemasan daun lontar yakni $31,2 \times 10$ koloni per gram. Diantara ketiga jenis kemasan yang digunakan untuk penyimpanan selama selang waktu 0 – 8 hari, jumlah kapang tertinggi pertama pada kemasan kertas, kemudian kedua pada kemasan plastic *polyethylene* dan ketiga pada kemasan daun lontar.

Menurut Winarno, (1997) pertumbuhan mikroorganisme tidak pernah terjadi tanpa adanya air. Aktivitas air atau *aw* sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan mikroba seperti kapang. Hal ini yang diduga terjadinya peningkatan jumlah kapang pada ikan cakalang asap. Kadar air dalam bahan pangan atau makanan dapat berupa air terikat secara fisik maupun kimia serta dalam bentuk air bebas. Air bebas itulah yang akan banyak mempengaruhi *aw* dari pangan oleh *moisture sorption isotherm* dan kemampuan hidup mikroba.

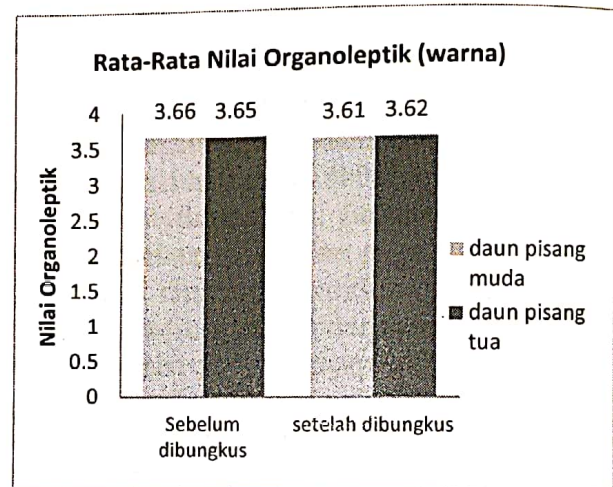
Menurut Syarief *et al.*, (1989) dalam Husain D *et al.*, 2013, bahan kemas yang mempunyai kemampuan dalam menahan serangan mikroba, hal ini ditentukan oleh ada tidaknya lubang-lubang yang sangat kecil pada permukaannya. Dilihat dari pertumbuhan kapang yang pada ikan cakalang asap pada penyimpanan 3 hari diduga karena daun pisang tidak dapat melindungi ikan cakalang asap secara sempurna, masih terdapat bagian yang terbuka. Menurut Winarno dan Jenie dalam Husain *at al.*, (2013) mengemukakan bahwa potensi terbesar bagi mikroba untuk tumbuh terutama kapang pada permukaan kemasan adalah bila permukaan-permukaan kemasan dalam keadaan lembab. Penyebab

tumbuhnya kapang sangat dipengaruhi oleh kadar air pada ikan cakalang asap.

Uji Organoleptik

Pengujian organoleptik dilakukan untuk mengetahui karakteristik ikan cakalang asap yang dilakukan oleh 20 panelis dengan menggunakan panca indera. Uji organoleptik pada ikan cakalang asap dinilai berdasarkan pada criteria yaitu warna, aroma, rasa dan tekstur.

Warna



Gambar 1.

Rata-Rata Nilai Warna Ikan Cakalang asap

Warna berperan penting dalam penerimaan makanan, serta dapat memberi petunjuk mengenai perubahan kimia dalam makanan. Fennema (1996) dalam Ernawati (2012) menambahkan, warna menjadi atribut kualitas yang paling penting. Meskipun suatu produk bernilai gizi tinggi, rasa enak dan tekstur baik, namun jika warna kurang menarik membuat produk tersebut kurang diminati.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata organoleptik/mutu hedonik terhadap warna ikan cakalang asap yang dibungkus daun pisang muda maupun tua mengalami penurunan mutu selama penyimpanan. Nilai rata-rata warna untuk ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua adalah 3.66 dan

3.65 yang termasuk kategori suka. Sedangkan setelah dibungkus daun pisang muda sebesar 3,61 dan yang dibungkus daun pisang tua adalah 3.62 (kategori suka).

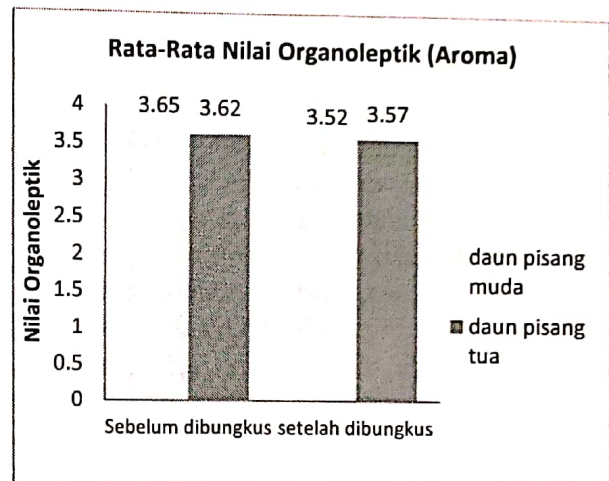
Berdasarkan hasil uji statistic menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan warna ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan daun pisang tua ($p > 0.05$) dan tidak ada perbedaan yang signifikan warna ikan cakalang asap setelah dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0.05$).

Penelitian Haras A, (2004) dari hasil uji organoleptik terhadap warna fillet ikan cakalang asap, dua perlakuan memiliki nilai terbaik yakni perlakuan dengan konsentrasi asap cair 2,0% dengan lama perendaman 15 menit memiliki nilai rata-rata 5,73 (agak suka), perlakuan konsentrasi asap cair 2,0% dengan lama perendaman 10 menit memiliki nilai rata-rata 5,04 (agak suka). Nilai rata-rata terendah Pada perlakuan konsentrasi asap cair 0,5% dengan lama perendaman 5 menit yakni 3.00 (agak tidak suka). Berdasarkan uji Kruskal Wallis menunjukkan ada perbedaan rata-rata diantara kedua belas sampel yang diuji. Sedangkan penelitian Rieuwpassa F dan Heruwati E.S, (2013) rata-rata skor penampakan ikan tongkol asap pada perlakuan non vakum yang disimpan dalam suhu kamar menunjukkan penurunan mutu dengan laju yang paling cepat. Penurunan mutu terutama tampak pada penampakan produk yang menjadi kusam dan pucat, yang kemungkinan sebagai akibat teroksidasinya asam lemak tak jenuh yang terjadi selama penyimpanan.

Menurut Afrianto dan Liviawati (1989) dalam Lombongadil *et al.*, (2013), zat-zat kimia yang dihasilkan dari pembakaran bahan bakar dalam proses pengasapan dapat memberikan warna kuning keemasan dan dapat memberikan daya tarik pada konsumen. Lebih lanjut dikatakan Moeljanto (1992) dalam Lombongadil, *et al.*, (2013), warna yang dikehendaki oleh konsumen sebagai warna ideal dari ikan

hasil proses pengasapan adalah warna emas kecoklatan. Pengasapan bertujuan untuk memberikan warna serta rasa yang khas pada ikan, sehingga dapat dinyatakan semakin lama ikan diasapi maka semakin banyak jumlah zat-zat dalam asap yang diterima sesuai dengan produk akhir yang diinginkan.

Aroma



Gambar 2.

Rata-Rata Nilai Aroma Ikan Cakalang Asap

Pengujian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat perbedaan konsumen terhadap atribut mutu aroma ikan cakalang asap. Bau atau aroma dapat didefinisikan sebagai sifat-sifat bahan makanan yang memberikan kesan pada sistem pernafasan atau dengan kata lain aroma merupakan sifat-sifat produk yang dirasakan oleh penciuman (Purnama Darmadji, 2002). Aroma merupakan salah satu faktor pendukung cita rasa yang menentukan kualitas suatu produk. Aroma juga merupakan salah satu indikator untuk menentukan tingkat penerimaan suatu produk oleh konsumen. Menurut De mann (1989) dalam Atmaja A.K, (2009), pengujian aroma dalam suatu produk baru dianggap penting karena cepat memberikan hasil penilaian terhadap produk terkait diterima atau tidaknya suatu produk. Timbulnya aroma atau bau ini karena zat bau tersebut bersifat volatile (mudah

menguap), sedikit larut air dan lemak. Bahkan Bambang Kartika dkk (1988) dalam Atmaja A.K, (2009) menyatakan bahwa aroma juga dapat dipakai sebagai suatu indikator terjadinya kerusakan pada produk, misalnya akibat dari pemanasan atau cara penyimpanan yang kurang baik ataupun adanya cacat (*off flavour*) pada suatu produk. Aroma yang dinilai dalam penelitian ini merupakan aroma asap yang timbul karena pengaruh penambahan asap cair.

Data nilai uji pembedaan aroma ikan cakalang asap yang diberikan oleh panelis ditunjukkan pada gambar 2 menunjukkan bahwa rata-rata nilai aroma ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua adalah 3,65 dan 3,62 (kategori suka) sedangkan setelah dibungkus daun pisang muda yaitu 3,52 dan yang dibungkus daun pisang tua yaitu 3,57 (kategori suka). Berdasarkan hasil uji statistic menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan aroma ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan daun pisang tua ($p > 0.05$), dan tidak terdapat perbedaan aroma ikan cakalang asap setelah dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0.05$).

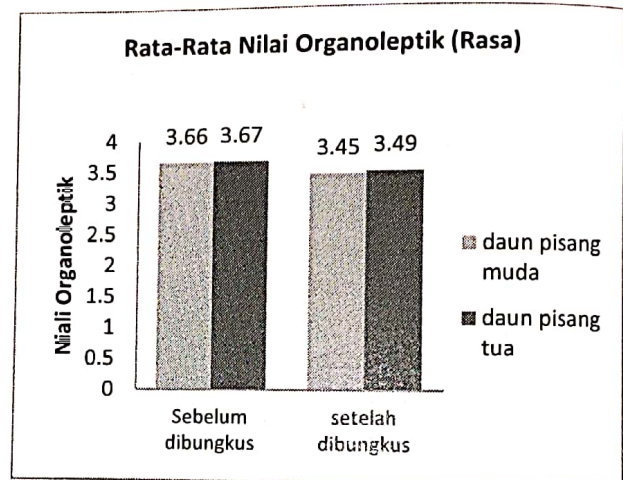
Bau yang timbul pada produk disebabkan oleh gabungan bau yang dimiliki oleh masing-masing senyawa yang ada pada asap seperti senyawa formaldehid dari asap yang mempunyai fungsi deodorant dan senyawa phenol mempunyai sifat sebagai senyawa aromatis, sehingga interaksi senyawa-senyawa tersebut memberikan bau yang khas.

Penelitian Joesidawati M.I, (2008) berdasarkan analisa sidik ragam menunjukkan bahwa lama pengasapan berpengaruh sangat nyata terhadap bau ikan asap. Rata-rata nilai bau adalah sebagai berikut : pengasapan panas (A) diperoleh nilai 6.55, dingin (B) 5.55. Nilai rata-rata rupa pada tiap level lama penyimpanan adalah sebagai berikut lama penyimpanan 0 hari (a) diperoleh nilai 5.3, 3 hari (b) 5.45, 6 hari (c) 5.25, 9 hari (d) 4.85. Dari nilai di

atas menunjukkan bahwa penurunan nilai bau jika dilakukan penyimpanan terus.elektrostatis (C) 5.6 dan cair (D) 5.35.

Menurut Girard (1992) dalam Atmaja AK., (2009), aroma asap yang terbentuk sebagian besar dipengaruhi oleh adanya senyawa fenol dan karbonil serta sebagian kecil juga dipengaruhi oleh asam. Senyawa fenol yang berperan dalam pembentukan aroma asap adalah siringol. Siringol merupakan komponen dari fenol yang memiliki titik didih tinggi.

Rasa



Gambar 3.
Rata-Rata Nilai Rasa Ikan Cakalang Asap

Rasa merupakan rangsangan syaraf yang dihasilkan oleh bahan makanan yang masuk ke dalam mulut. Rasa terbentuk dari sensasi yang berasal dari perpaduan bahan pembentuk dan komposisinya pada suatu produk makanan yang ditangkap oleh indera pengecap. Rasa merupakan salah satu pendukung cita rasa yang mendukung kualitas suatu produk. Cita rasa sendiri didefinisikan oleh Hall (1968) Atmaja AK., (2009) sebagai rangsangan yang ditimbulkan oleh bahan yang dimakan, terutama dirasakan oleh indera pengecap dan pembau, juga rangsangan lain seperti perabaan dan penerimaan derajat panas dan mulut.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata organoleptik/mutu hedonik terhadap rasa ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda maupun tua adalah 3,66 dan 3,67 (kategori suka). Setelah dibungkus daun pisang muda yaitu 3,45 dan daun pisang tua 3,49 (kategori suka). Berdasarkan hasil uji statistic menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan rasa ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan daun pisang tua ($p > 0.05$), dan tidak terdapat perbedaan rasa ikan cakalang asap setelah dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0.05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh penggunaan daun pisang muda dan tua terhadap rasa ikan cakalang asap.

Penelitian Haras A. (2004) dari hasil pengujian organoleptik terhadap rasa fillet ikan cakalang asap, dua perlakuan memiliki nilai terbaik yaitu perlakuan dengan konsentrasi asap cair 2,0% dengan lama perendaman 10 menit memiliki nilai rata-rata 5,12 (agak suka), perlakuan dengan konsentrasi asap cair 2,0% dengan lama perendaman 15 menit memiliki nilai rata-rata 4,26 (biasa). Sedangkan nilai rata-rata terendah pada perlakuan perendaman dengan asap cair konsentrasi 0,5% lama perendaman 5 menit sebesar 3,69 (agak tidak suka). Dan berdasarkan uji Kruskal Wallis menunjukkan tidak terdapat perbedaan rata-rata diantara kedua belas sampel uji.

Penurunan nilai organoleptik ikan cakalang asap disebabkan karena selama masa penyimpanan mengalami perubahan fisik sehingga kualitas ikan menurun. Menurut Winarno, (1997) bahwa lama penyimpanan cenderung meningkatkan kadar air bahan makanan yang akan menunjang pertumbuhan jamur atau kapang dan juga perubahan warna, rasa pahit pada bahan makanan.

Menurut Siswina (2011), penurunan nilai organoleptik rasa ikan lele dumbo asap karena aktivitas mikroba yang

menghasilkan metabolit sekunder dan peranan enzim yang menghasilkan rasa yang tidak enak sehingga dapat mempengaruhi penilaian panelis terhadap rasa suatu produk. Lama penyimpanan akan mempengaruhi sifat fisik ikan tongkol asap yang disimpan. Kualitas ikan tongkol asap yang disimpan akan turun jika melebihi batas waktu tertentu.

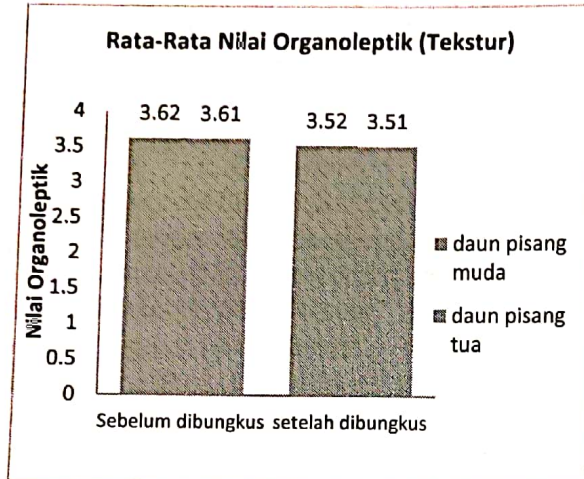
Komponen asap cair yang mampu memberikan rasa asap pada produk adalah fenol. Menurut Girard (1992) dalam Atmaja, A.K (2009), senyawa fenol merupakan konstituen mayor yang berperan dalam pembentukan flavor pada produk asapan. Daun (1979) dalam Atmaja A.K., (2009) menambahkan bahwa karakteristik flavor pada produk asapan disebabkan oleh adanya komponen fenol yang terabsorpsi pada permukaan produk. Senyawa fenol yang berperan dalam pembentukan flavor asap adalah guaikol, 4-metil guaikol, dan 2,6-dimetoksi fenol. Guaikol lebih berperan dalam pembentukan rasa asap. Berdasarkan hasil penelitian Komansilan, (2011) menyatakan bahwa nilai rasa ikan asap sangat dipengaruhi oleh lama waktu penyimpanan, lamanya proses pengasapan serta tungku tempat pengasapan.

Tekstur

Pengamatan terhadap tekstur merupakan penginderaan yang berhubungan dengan rabaan atau sentuhan, Kadang-kadang tekstur lebih penting dibandingkan dengan bau, rasa dan warna karena mempengaruhi citra makanan.

Berdasarkan gambar 4 menunjukkan bahwa nilai rata-rata organoleptik/mutu hedonik terhadap tekstur ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan tua adalah 3.62 dan 3.61 (kategori suka). Setelah dibungkus daun pisang muda yaitu 3,52 dan daun pisang tua yaitu 3,51 (kategori suka). Berdasarkan hasil uji statistic menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan tekstur ikan cakalang asap sebelum dibungkus daun pisang muda dan

daun pisang tua ($p > 0.05$), tidak terdapat perbedaan tekstur ikan cakalang asap setelah dibungkus daun pisang muda dan tua ($p > 0.05$). Sehingga tidak ada pengaruh penggunaan daun pisang muda dan tua terhadap tekstur ikan cakalang asap.



Gambar 4.
Rata-Rata Nilai Tekstur Ikan Cakalang Asap

Penelitian Husain D. *et al.*, (2013) menyatakan dari hasil analisis sidik ragam bahwa tekstur ikan tongkol asap yang dikemas dalam plastic, kertas dan daun lontar menunjukkan tidak beda nyata sedangkan lama penyimpanan diperoleh hasil yang sangat berbeda nyata. Hasil penelitian Haras A, (2004) dari hasil pengujian organoleptik terhadap tekstur fillet ikan cakalang asap, dua perlakuan memiliki nilai terbaik yakni perlakuan konsentrasi asap cair 2,0% dengan lama perendaman 15 menit memiliki nilai rata-rata 6,27 (suka), perlakuan dengan konsentrasi asap cair 2,0% dengan lama perendaman 10 menit memiliki nilai rata-rata 5,12 (agak suka). Berdasarkan uji Kruskal Wallis disimpulkan terdapat perbedaan rata-rata diantara ke dua belas sampel yang diuji, dengan tingkat beda nyata rata-rata terbesar antara perlakuan konsentrasi asap cair 2,0% lama perendaman 15 menit dengan perlakuan perendaman asap cair konsentrasi 0,5%

lama perendaman 15 menit dengan nilai 1,85.

Menurut Estiasih (2011) faktor yang mempengaruhi tekstur ikan asap adalah suhu pengasapan. Pada pemakaian suhu pengasapan yang tinggi akan mempercepat terjadinya penggumpalan protein, sehingga tekstur daging lebih kompak.

Hasil penelitian Enampato (2011) menyatakan bahwa semakin rendah jumlah kadar air dari ikan asap kering maka nilai teksturnya semakin tinggi. Hal ini dikarenakan daging ikan semakin padat atau keras seiring menurunnya kadar air dari tubuh ikan. Komansilan (2011) menyatakan bahwa semakin lama ikan asap yang disimpan pada suhu ruang maka nilai teksturnya semakin menurun. Hadiwiyoto (1993) dalam Lombongadil G. P. *at al.*, (2013) menyatakan bahwa perubahan tekstur ikan disebabkan oleh komponen-komponen penyusun jaringan pengikat dan benang-benang daging yang telah rusak sebagai akibat dari perubahan biokimiawi dan mikrobiologik. Kerusakan struktur jaringan akan menyebabkan daging ikan akan kehilangan sifat kelenturannya dan kepadatannya menjadi sangat lunak. Faktor yang sangat berperan penting terhadap perubahan ini adalah suhu dan waktu.

Menurut Berhimpon (1995) dalam Lombongadil G. P. *at al.*, (2013), perubahan dimana tekstur daging menjadi lunak disebabkan mulai terjadi perombakan jaringan otot ikan karena proses enzimatis yang berasal dari ikan itu sendiri dan juga dari mikroba. Disamping itu dengan suhu penyimpanan yang berkisar antara 29-33°C menyebabkan adanya penyerapan uap air dari lingkungan sehingga terjadi kenaikan kandungan air pada daging ikan asap. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa tinggi rendahnya nilai tekstur sangat dipengaruhi oleh jumlah kadar air dari ikan cakalang asap tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Irianto HE, Giyatmi S. 2009. *Teknologi Pengolahan Hasil Perikanan*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Sediaoetama, A., (1999) *Ilmu Gizi*, Dian Rakyat, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Kota Ambon. 2013. Statistik Daerah Kota Ambon 2013. Tersedia dalam <http://ambonkota.bps.go.id> diakses tanggal 27 Januari 2014.
- Margono, T., Suryati, D., dan Hartinah, S. 2000. *Panduan Teknologi Pangan (Ikan Asap)*. Pusat Informasi Wanita dalam Pembangunan PDII LIPI.
- Palm LMN, Deric C, Philip OY, Winston JQ, Mordecai AG, and Albert D. 2011. Characterization of polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs) present in smoked fish from Ghana, *Advanced Journal of Food Science and Technology* 3 (5):332-338
- Sanger G. 2010. Oksidasi Lemak Ikan Tongkol (*Auxis thazard*) Asap yang di Rendam dalam Larutan Ekstrak Daun Sirih, *Pacific Journal* Juli 2010 Vol 2(5):870 – 873
- Isamu KT, Purnomo H, Yuwono SS, 2012. Karakteristik Fisik, Kimia dan Organoleptik Ikan Cakalang (*Katsuwonus pelamis*) Asap di Kendari, *Jurnal Teknologi Pertanian* Vol. 13 no 2 (Agustus 2012) 105 - 110.
- Rieuwpassa F dan Heruwati ES. *Pengaruh Pengemasan Vakum dan Suhu Penyimpanan Terhadap Daya Awet Ikan Tongkol Asap*, dalam www.pustaka.litbang.deptan.go.id diakses tanggal 7 Nopember 2013.
- Winarno, FG. 2008. *Kimia Pangan dan Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Ernawati. 2012. Efek antioksidan Asap Cair Terhadap Sifat Fisiko Kimia Ikan Gabus (*Ophiocephalus striatus*) Asap Selama Penyimpanan. *Jurnal Teknologi Pangan* Vol 4 No 1 November
- Nusaibah, Swastawati F., Rianingsih L. 2014. Tingkat Oksidasi Lemak dan Kualitas Protein Ikan Manyung (*Arius thalassinus*) Asap dengan Metode Pengasapan Berbeda Selama Penyimpanan. *Jurnal Pengolahan dan Bioteknologi Hasil Perikanan* Vol 3, No 1: 60-69
- Georgiev L, Penchev G, Dimitrov D, Pavlov A. 2008. Structural changes in common carp (*Cyprinus carpio*) fish meat during freezing. *Bulgarian Journal of Veterinary Medicine*. Vol.2(2) : 131-136.
- Azri H. 2012. Mutu Ikan Selasi Asap (*Ompok hypophthalmus*) Unit Pengolahan Tradisional di Teluk Petai, Kampar Riau. Bogor: Institut Pertanian Bogor (Skripsi)
- Muchtadi, D. 2008. *Teknologi Dan Mutu Makanan Kaleng*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta
- Kadir L. 2004. Pengaruh suhu dan lama penyimpanan terhadap jumlah kandungan bakteri dan kualitas fisik ikan tongkol asap (*Euthynnus affinis*). *JBP* 6:79-84.
- Forsythe SJ, Hayes PR. 1998. *Food Hygiene Microbiology and HACCP*. Aspen Publisher. Gaithersburg.
- Dirjen Perikanan. BBMHP. 1992. SNI No 01-2725-1992 tentang Persyaratan Mutu Ikan Asap. Direktorat Jendral Perikanan. Jakarta.
- Suryo I. 2005. Materi Kuliah Pendinginan dan Pembekuan Daging. Program Studi. Teknologi Hasil Ternak Fakultas Peternakan Universitas Brawijaya. Malang.
- SNI. 2009. Penilaian Organoleptik pada Produk Ikan Asap. SNI No. 01-2725.1.2009. Badan Standarisasi Nasional
- Nurul Laily Hidayati. 2008. *Awak Keracunan Ikan Tongkol*.

- <http://dinkeskabkulonprogo.org>. diakses pada 19 Desember 2008
- Husain D. Harmain R. M., Mile L. 2013. Uji Mutu Ikan Tongkol (*Euthynnus affinis*) Asap pada Jenis Kemasan Berbeda Selama Penyimpanan Suhu Dingin. *Jurnal Perikanan dan Kelautan* tersedia dalam <http://eprints.ung.ac.id> diakses pada 20 September 2014
- Winarno, 1997. *Kimia Pangan dan Gizi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Haras A. 2004. Pengaruh Konsentrasi Asap Cair dan Lama Perendaman Terhadap Mutu Fillet Cakalang (*Katsuwonus pelamis*) Asap yang Disimpan Pada Suhu Kamar. Bogor :Institut Pertanian Bogor (Skripsi).
- Lombongadil G. P., Reo A.R., Onibala H., 2013. Studi Mutu Produk Ikan Japuh (*Dussumieria acuta* C.V.) Asap Kering Industri Rumah Tangga di Desa Tumpaan Baru Kecamatan Tumpaan. *Jurnal Media Teknologi Hasil Pertanian* Vol 1 No. 2 Agustus
- Purnama Darmadji, 2002. *Aplikasi "Response Surface Methodology" untuk Optimasi Proses dengan Parameter Sensoris*. Seminar PATPI Malang (C-1)-(C-5).
- Atmaja A.K. 2009. *Aplikasi Asap Cair Redestilasi pada Karakterisasi Kamaboko Ikan Tongkol (Euthynnus affinis) di Tinjau dari Tingkat Keawetan dan Kesukaan Konsumen*. Surakarta:Universitas Sebelas Maret (Skripsi).
- Joesidawati M.I. 2008. Mutu Ikan Cucut (*Centrophorus squamosus*) Asap Dengan Metode Pengasapan dan Lama Penyimpanan Yang Berbeda tersedia dalam www.ejournal.unirow.ac.id diakses pada 12 September 2014
- Siswina, Rida Martha. 2011. *Kitosan Sebagai Edible Coating pada Ikan Lele Dumbo (Clarias Gariepinus) Asap yang Dikemas Vakum Selama Penyimpanan Suhu Ruang*. Skripsi. Bogor: Departemen Teknologi Hasil Perairan Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan Institut Pertanian Bogor
- Komansilan, S.E. 2011. Keberadaan Tungku Pengasapan Berbeda dan Lama Penyimpanan Terhadap Mutu Cakalang (*Katsuwonus pelamis* L) Asap. Manado:UNSRAT, Fakultas Perikanan (Skripsi)
- Estiasih T, Ahmadi. 2011. *Teknologi Pengolahan Pangan*. Penerbit Bumi Aksara. Jakarta
- Enampato, M.H. 2011 *Inventarisasi Keragaman Mutu Produk Ikan Tandipang (Dussumieria acuta C.V.) Asap Kering Produksi Rumah Tangga di Desa Matani I Kecamatan Tumpaan*. Manado: UNSRAT, Fakultas Perikanan dan Ilmu Kelautan (Skripsi)

Petunjuk Bagi (Calon) Penulis
JURNAL KESEHATAN TERPADU

1. Jurnal Kesehatan Terpadu merupakan jurnal ilmiah komprehensif yang menyediakan forum untuk bertukar ide dari penyunting tentang teori, metodologi dan isu-isu mendasar yang terkait dengan dunia kesehatan yang meliputi keperawatan, kesehatan lingkungan, gizi, kebidanan, kesehatan masyarakat, pendidikan kesehatan dan lain-lain.
2. Artikel yang dimasukan adalah karangan asli dan belum pernah diterbitkan sebelumnya dan hanya ditujukan kepada Jurnal Kesehatan Terpadu. Artikel ilmiah yang ditunjukkan kepada Jurnal Kesehatan Terpadu ini akan melalui proses tanggapan ilmiah ahli dan atau anggapan kecuali bagian Pendahuluan.
3. Artikel ilmiah yang dimasukan pada redaksi, dapat dikembalikan pada penulis untuk diperbaiki/direvisi dalam gaya dan isinya.
4. Artikel ilmiah disusun dengan persyaratan : Halaman pengetikan 12 – 15 kwarto, 1 spasi, diketik dalam 2 kolom (kecuali halaman judul dan abstrak, 1 kolom, 1 spasi menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11). Menggunakan program MS Word Office, disertai judul pada masing-masing artikel. Judul artikel dicetak dengan huruf besar di tengah-tengah. Peringkat judul bagian bawah dinyatakan dengan jenis huruf yang berbeda (semua judul bagian dan sub bagian dicetak dengan **tebal** atau **tebal dan miring**) dan tidak menggunakan angka/nomor pada bagian judul bagian :

PERINGKAT 1 (HURUF BESAR SEMUA, TEBAL, RATA TEPI KIRI)

Peringkat 2 (Huruf Besar Kecil, Tebal, Rata Tepi Kiri)

Peringkat 3 (Huruf Besar Kecil, Tebal Miring, Rata Tepi Kiri)

5. Artikel hasil penelitian ditulis dalam Bahasa Indonesia dengan format esai, dengan sistematika penulisan yang terdiri dari : Judul, Nama Penulis (Tanpa Gelar), Abstrak (Bahasa Indonesia atau Inggris) maksimum 150 kata, memuat masalah dan tujuan penelitian, prosedur penelitian, (penelitian kualitatif termasuk deskripsi subjek yang diteliti), kesimpulan dan implikasi hasil penelitian. Abstrak ditulis dalam satu paragraf, diketik dengan spasi tunggal dengan menggunakan format yang lebih sempit dari teks utama (margin kiri dan kanan masuk 1,5 cm) dan kata kunci (3-5 kata); pendahuluan, yang berisi latar belakang, tujuan penelitian, metode, hasil dan pembahasan, kesimpulan dan saran serta daftar pustaka.
6. Sistematika artikel hasil pemikiran adalah : judul, nama penulis (tanpa gelar), abstrak maksimum 100 kata dan kata kunci (3-5 kata); pendahuluan (berisi latar belakang dan tujuan ruang lingkup tulisan); bahasan utama (yang dapat dibagi ke dalam beberapa sub bagian); kesimpulan dan saran; daftar rujukan.
7. Sumber rujukan sedapat mungkin merupakan pustaka terbitan 10 tahun terakhir. Rujukan yang diutamakan adalah sumber-sumber primer berupa laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi) atau artikel-artikel penelitian dalam jurnal majalah ilmiah.
8. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama, tahun), contoh (Davis, 2003)
9. Daftar rujukan disusun dengan tata cara seperti contoh :

Buku :

Senderowitz, 1995. *Kesehatan Reproduksi Remaja*, Press Gajah Mada, Yogyakarta.

Jurnal :

Hutchinson, 1999. Evaluasi dan Penelitian Pendidikan Kesehatan. *BMJ* 318 : 1265 – 1269

Wilopo, 1994, Hasil Konferensi Kependudukan di Kairo : Implikasinya pada Program Kesehatan Reproduksi di Indonesia. *Populasi* Volume 3 : 1 – 28

Karya Tulis Ilmiah, Skripsi/Tesis :

Ryanto, P. 1999. Efektifitas Metode Ceramah dan Diskusi Kelompok dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi. *Tesis*. UGM. Tidak dipublikasikan

Majalah atau Koran :
Suryadarma, S.V.C. 1990. Prosesor dan Interface, Komunikasi Data. *Info Komputer*, volume 4 : 46 – 48

Huda, M. 13 November 2005. Menyasati Anak Nakal. *Jawa Pos*, hlm. 6

Koran tanpa penulis :
Suara Maluku, 21 Januari 2006. *Wanita Kelas Bawah Lebih Mandiri*, hlm 3

Dokumentasi resmi pemerintah yang diterbitkan oleh suatu penerbit :
Tanpa penulis dan tanpa lembaga :
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
1990. Jakarta, PT Armas Duta Jaya

Lembaga yang ditulis atas nama lembaga tersebut :
Badan Koordinasi Keluarga Berencana, 2004. *Kesehatan Reproduksi*, Jakarta, BKKBN

Makalah disajikan dalam Seminar, Penataran, Lokakarya
Ahmad, R. 2009, *Modernisasi Pengelolaan Limbah Sampah*. Makalah disampaikan dalam Seminar
Kesehatan Lingkungan, Ambon, 20 November 2009

Internet
Hitchcock, S. 2005. *Trends Nursing Practice*. <http://www.nurs.com.net.id>

10. Semua naskah ditelaah secara anonym oleh penyunting ahli yang ditunjuk oleh penyunting menurut bidang kepakarannya. Penulis artikel diberi kesempatan untuk melakukan perbaikan (revisi) naskah atas dasar rekomendasi/saran dari penyunting ahli atau penyunting pelaksana. Kepastian pemuatan atau penolakan naskah akan diberitahukan secara lisan atau tulisan.
11. Pemeriksaan dan penyuntingan cetak-coba dikerjakan oleh penyunting dan/atau dengan melibatkan penulis. Artikel yang sudah dalam bentuk cetak-coba dapat dibatalkan pemuatannya oleh penyunting jika diketahui bermasalah.
12. Segala sesuatu yang menyangkut perijinan atau penggunaan software computer untuk pembuatan naskah atau ikhwai lain terkait dengan Hak Atas Kekayaan Intelektual (HAKI) yang dilakukan oleh penulis artikel, berikut konsekuensi hukum yang mungkin timbul karenanya, menjadi tanggung jawab penuh artikel tersebut.
13. Sebagai prasyarat bagi pemrosesan artikel, para penyumbang artikel, wajib menjadi pelanggan. Penulis yang artikelnya dimuat wajib membayar kontribusi biaya cetak sebesar Rp. 200.000/judul. Sebagai imbalannya, penulis menerima jurnal pemuatan sebanyak 2 eksemplar. Artikel yang tidak dimuat tidak akan dikembalikan, kecuali atas permintaan penulis.

ISSN 1978-7766



9 771978 776617

ISSN 1978-7786



9 778786 778617