



JURNAL ILMIAH KEPERAWATAN

PENURUNAN GEJALA KLIEN HALUSINASI DAN ISOLASI SOSIAL DENGAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY DAN COGNITIVE BEHAVIOURAL SOCIAL SKILLS TRAINING DI RUMAH SAKIT JIWA

Sukma Ayu Candra Kirana, Budi Anna Keliat, Mustikasari

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT DALAM PENANGANAN BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSI DI RSUD DR. ISKAK TULUNGAGUNG

Miranti Kusuma Wardani, Ely Isnaeni, Yohanes Andy

PENGARUH AKTIVITAS MENGUNYAH PERMEN KARET RENDAH GULA TERHADAP RASA HAUS DAN IMPLIKASINYA SELAMA INTERDIALISIS PADA PASIEN YANG MENJALANKAN HEMODIALISA DI RSPAD GATOT SOEBROTO JAKARTA

Lastriyanti

IMPLEMENTASI FUNGSI MANAJEMEN DALAM PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING

Wiwin Sulistyawati

FAKTOR RENDAHNYA KESADARAN REMAJA TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI

Nurul Aini

EVALUASI PELAKSANAAN PENANGGULANGAN KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DIFTERI DI KOTA SURABAYA TAHUN 2012

Ika Mardiyanti

PENGARUH MODERN DRESSING KOMBINASI MENDENGARKAN BACAAN AL QURAN TERHADAP PERCEPATAN PENYEMBUHAN ULKUS DIABETIK DI LABORATORIUM BIOMEDIK FKIK UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Imroatul Farida

GAMBARAN PROFIL GAYA HIDUP LANJUT USIA DI WILAYAH KOTA SURABAYA

Christina Yuliasuti, Spto Dwi Anggoro

ISSN: 2085-3742



9 772085 374253



JURNAL ILMIAH KEPERAWATAN

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Rumah Sakit TNI-AL Dr. Ramelan

Jl. Gadung No. 1 Surabaya

Telp. (031) 8404200, Fax, (031) 8411721

Website: www.stikeshangtuah-sby.ac.id

ISSN: 2085-3742



9 772085 374253

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

JL. ILMIAH KEPERAWATAN	VOL. 10	NO. 1	HLM. 862- 982	SURABAYA MARET 2016	ISSN 2085-3742
------------------------	---------	-------	---------------	---------------------	----------------

JURNAL ILMIAH KEPERAWATAN

Diterbitkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya bekerjasama dengan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jawa Timur dan Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Tenaga Kesehatan (AIPTINAKES) Wilayah Jawa Timur.

Pelindung

Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep.

Penanggung Jawab

Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pemimpin Redaksi

Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.

Sekretaris Redaksi

Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns.

Bendahara

Neny Andriani, SE.

Dewan Penyunting

Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Qori'illa Saidah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.An.

Astrida Budiarti, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat

Promosi dan Distribusi

Nisha Dharmayati Rinarto, S.Kep., Ns.

Yoga Kertapati, S.Kep., Ns.

Priyo Sembodo

Jadwal Penerbitan

Terbit dua kali dalam setahun

Penyerahan Naskah

Naskah merupakan hasil penelitian dan kajian pustaka ilmu keperawatan yang belum pernah dipublikasikan paling lama 5 (lima) tahun terakhir. Naskah dapat dikirim melalui e-mail atau diserahkan langsung ke redaksi dalam bentuk rekaman Compact Disk (CD) dan Print-out 2 ekslamplar, ditulis dalam bentuk Microsoft Word atau dengan program pengolahan data yang kompetibel. Gambar, ilustrasi, dan foto dimasukkan dalam bentuk file naskah.

Penerbitan Naskah

Naskah yang layak terbit ditentukan oleh dewan redaksi setelah mendapatkan rekomendasi dari Mitra Bestari. Perbaikan naskah menjadi tanggung jawab penulis dan naskah yang tidak layak diterbitkan akan dikembalikan kepada penulis.

Alamat Redaksi

STIKES Hang Tuah Surabaya.

d/a Rumkital Dr. Ramelan Surabaya Jl. Gadung No.1 Surabaya.

Tlp. (031) 8411721, 8404248, Fax (031) 8411721.

**UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN
KEPADA :**

Prof. Dr. Hj. Rika Soebarniati, dr, S.KM

Guru Besar Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Ketua Umum Assosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Tenaga Kesehatan
(AIPTINAKES)
Jawa Timur

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga
Manajer Rumah Sakit Pendidikan Universitas Airlangga

Dr. Bambang Widjanarko Otok, M.Si

Staf Pengajar dan Kepala Laboratorium Statistika Sosial
dan Bisnis Jurusan Statistika
Fakultas MIPA Institut Teknologi Surabaya

Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes

Ketua PPNI Provinsi Jawa Timur
Staf Pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Selaku penelaah (Mitra Bebestari) dari Jurnal Ilmiah Keperawatan
STIKES Hang Tuah Surabaya

KATA PENGANTAR

Dengan Mengucapkan Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang memuat hasil penelitian-penelitian dalam bidang keperawatan telah selesai dicetak.

Kita sadari bersama bahwa perkembangan ilmu pengetahuan pada masa sekarang ini telah berkembang sangat cepat. Perkembangan pengetahuan yang terjadi khususnya dalam bidang keperawatan sangat ditentukan oleh hasil kajian dan penelitian secara ilmiah. Penelitian dalam bidang keperawatan yang dilakukan dengan baik, cermat dan akurat dimana kemudian hasilnya disusun dengan sistematika yang benar dan disebarluaskan tentunya menjadi stimulus terhadap perkembangan ilmu keperawatan itu sendiri.

Bertolak dari pandangan diatas maka STIKES Hang Tuah Surabaya merasa perlu memberikan wadah bagi para dosen/penelitian dalam bidang keperawatan baik dari STIKES Hang Tuah Surabaya maupun dari luar untuk menyebarkan hasil penelitiannya. Diharapkan jurnal ilmiah keperawatan yang diterbitkan oleh STIKES Hang Tuah ini mampu menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan dan menambah motivasi bagi para dosen-dosen yang lain agar melakukan penelitian.

Atas nama Civitas Akademika STIKES Hang Tuah Surabaya saya mengucapkan selamat atas terbitnya Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya semoga jurnal ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Surabaya, Maret 2016
STIKES Hang Tuah Surabaya

Wiwiek Lestyningrum, M.Kep.
NIP. 04.014

DAFTAR ISI

Jurnal Ilmiah keperawatan	i
Ucapan Terima Kasih dan Penghargaan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
PENURUNAN GEJALA KLIEN HALUSINASI DAN ISOLASI SOSIAL DENGAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY DAN COGNITIVE BEHAVIOURAL SOCIAL SKILLS TRAINING DI RUMAH SAKIT JIWA.	
Sukma Ayu Candra Kirana, Budi Anna Keliat, Mustikasari	862
HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT DALAM PENANGANAN BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSA DI RSUD DR. ISKAK TULUNGAGUNG.	
Miranti Kusuma Wardani, Ely Isnaeni, Yohanes Andy.....	870
PENGARUH AKTIVITAS MENGUNYAH PERMEN KARET RENDAH GULA TERHADAP RASA HAUS DAN IMPLIKASINYA SELAMA INTERDIALISIS PADA PASIEN YANG MENJALANKAN HEMODIALISA DI RSPAD GATOT SOEBROTO JAKARTA	
Lastriyanti.....	877
IMPLEMENTASI FUNGSI MANAJEMEN DALAM PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING	
Wiwin Sulistyawati	889
FAKTOR RENDAHNYA KESADARAN REMAJA TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI.	
Nurul Aini	898
EVALUASI PELAKSANAAN PENANGGULANGAN KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DIFTERI DI KOTA SURABAYA TAHUN 2012	
Ika Mardiyanti	929
PENGARUH MODERN DRESSING KOMBINASI MENDENGARKAN BACAAN AL QURAN TERHADAP PERCEPATAN PENYEMBUHAN ULKUS DIABETIK DI LABORATORIUM BIOMEDIK FKIK UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA	
Imroatul Farida	953
GAMBARAN PROFIL GAYA HIDUP LANJUT USIA DI WILAYAH KOTA SURABAYA	
Christina Yuliasuti, Sapto Dwi Anggoro	973

EFEK PEMBERIAN EKSTRAK DAGING BUAH MAHKOTA DEWA
(PHALERIA MACROCARPA) TERHADAP JUMLAH SEL FIBROBLAS
LUKA INSISI PADA TIKUS PUTIH (RATTUS NORVEGICUS)

Christina Yulastuti, Sapto Dwi Anggoro 973

Penurunan Gejala Klien Halusinasi dan Isolasi Sosial dengan Cognitive Behaviour Therapy dan Cognitive Behavioural Social Skills Training di Rumah Sakit Jiwa

Sukma Ayu Candra Kirana ¹, Budi Anna Keliat ² dan Mustikasari ³

¹ Mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa FIK UI,
Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat-16424

Email: sukmakirana.89@gmail.com

^{2,3} Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa FIK UI

Abstract: Hallucination and social isolation often occur simultaneously. Impact of dishandled hallucinations is injuring self and environment, while dishandled social isolation will trigger negative sign to positive sign and contribute in client recurrence. The goal of this study was identify the influences of therapy for client symptoms. Quasi-experimental designs used with sample of 56 respondents. The study found a decrease symptoms of hallucination and social isolation who have CBT and CBSST than the clients that did not receiving therapy. Cognitive, affective, attitude of symptoms hallucination and social isolation have increased significantly. It is recommended for clients with hallucinations and social isolation.

Keyword: CBT, CBSST, hallucination, and social isolation, symptoms

Abstrak: Halusinasi dan isolasi sosial sering muncul secara bersamaan. Dampak dari halusinasi yang tidak ditangani adalah perilaku mencederai diri sendiri, dan lingkungan, sedangkan isolasi sosial yang tidak ditangani dapat memicu gejala positif dan berkontribusi pada kekambuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran pengaruh Cognitive Behaviour Therapy dan Cognitive Behavioural Social Skills Training pada gejala klien. Desain quasi eksperimental digunakan dengan jumlah sampel 56 responden. Hasil penelitian menemukan penurunan gejala kognitif, afektif dan perilaku lebih besar pada klien yang mendapatkan terapi daripada mereka yang tidak mendapatkan. Terapi ini direkomendasikan pada klien halusinasi dan isolasi sosial.

Kata Kunci: CBT, CBSST, Halusinasi, Isolasi Sosial, Gejala

Pendahuluan

Gangguan jiwa menurut Stuart (2013) adalah perilaku atau pola psikologis yang ditunjukkan individu yang menyebabkan distress, gangguan fungsi dan penurunan kualitas hidup. Data RISKESDAS tahun 2013 menunjukkan Prevalensi nasional Gangguan Jiwa Berat yaitu Skizofrenia sebesar 0,17%, atau sekitar 1,1 juta orang atau 5,2% dari jumlah penderita Skizofrenia di seluruh dunia.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dimanifestasikan dengan penurunan dan ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek tumpul atau tidak wajar, gangguan kognitif (ketidakmampuan berfikir abstrak) serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2006).

Halusinasi merupakan gejala positif dan utama yang paling mudah dikenali dan menjadi alasan keluarga membawa klien untuk berobat ke rumah sakit. Sedangkan isolasi sosial adalah salah satu diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien halusinasi sebagai diagnosa penyerta dan merupakan gejala negatif yang muncul berupa menarik diri dari masyarakat, tidak ada kontak mata, tidak mampu mengekspresikan perasaan, tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak ada spontanitas dalam percakapan, motivasi menurun (Townsend, 2009).

Gejala yang muncul pada klien halusinasi dapat diamati dan ditunjukkan ketika sedang berinteraksi. Gejala yang terlihat antara lain mendengar suara suara, melihat bayangan, mencium bau, ambivalen, tidak dapat fokus dalam berpikir, tidak mampu memecahkan masalah, kemampuan mengingat menurun, tidak mampu mengambil keputusan, bingung, gangguan

berbicara. Klien dengan isolasi sosial dengan mudah dapat dikenali dengan gejala kognitif antara lain, perasaan kesepian, merasa ditolak orang lain atau lingkungan, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, putus asa, tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, menghindar, tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan (Fortinash, 1999; Keliat, 2005); Townsend, 2009; NANDA, 2012). Gejala tersebut adalah gejala kognitif yang secara langsung dapat diamati pada klien halusinasi dan isolasi sosial.

Klien halusinasi juga sering berada dalam kondisi senang dan nyaman dengan halusinasinya, terkadang ketakutan, merasa terganggu, khawatir, curiga serta memiliki afek yang datar bahkan tumpul. Berbeda dengan klien isolasi sosial yang lebih banyak memiliki gejala negatif seperti sedih, tertekan, depresi, marah, kesepian, ditolak orang lain, apatis, malu. Gejala tersebut merupakan gejala afektif yang dapat ditemukan pada klien dengan halusinasi dan isolasi sosial (Stuart & Laraia, 2005).

Halusinasi dapat memunculkan respons tertawa sendiri, menyeringai, teriak, komat kamit, memalingkan muka ke arah suara, menunjuk ke arah tertentu, diam dan menikmati halusinasinya serta muncul perilaku menyerang dan kurangnya daya tilik diri. Respons tersebut adalah gejala perilaku yang sering terjadi pada klien dengan halusinasi. Klien isolasi sosial lebih banyak menunjukkan sikap menarik diri, menjauh dari orang lain, jarang berkomunikasi, tidak ada kontak mata, malas, tidak beraktifitas, menolak hubungan dengan orang lain (Townsend, 2009).

Stuart, (2013) menjelaskan bahwa dampak dari perilaku klien halusinasi

dapat dimanifestasikan dalam perilaku kekerasan atau mencederai diri sendiri serta lingkungan, sementara perilaku klien isolasi sosial sering tidak dijadikan prioritas karena tidak mengganggu secara nyata. Namun apabila isolasi sosial tidak ditangani, maka akibat yang ditimbulkan dapat berupa risiko perubahan sensori persepsi: halusinasi sebagai bentuk gejala negatif yang tidak tertangani dan dapat memicu terjadinya gejala positif (Stuart, 2013). Depresi juga dapat terjadi pada klien halusinasi dengan sebesar 40%. Kejadian bunuh diri juga terjadi pada 9% sampai 13% klien skizofrenia, percobaan bunuh diri juga dilakukan klien skizofrenia sebesar 20-50%. Berdasarkan akibat tersebut setidaknya perawat memiliki peran penting dalam memberikan intervensi keperawatan baik secara individu atau keluarga.

Tidak lebih dari 10% klien skizofrenia dapat berfungsi dengan baik dengan pendekatan terapi antipsikotik, sedangkan 90% sisanya membutuhkan berbagai pendekatan dinamis termasuk farmakoterapi, terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, dan perawatan rumah sakit (Fausiah dan Widury, 2005). Riset terkait pelaksanaan terapi pada klien halusinasi dan isolasi sosial telah banyak dilakukan. Salah satu penelitian yang telah dilakukan Wahyuni, Keliat dan Nasution (2010) 28 klien halusinasi mendapatkan bahwa Cognitive Behavior Therapy (CBT) dapat menurunkan gejala halusinasi sebesar 34.5%, sedangkan kemampuan mengontrol halusinasi meningkat hingga 18%. Riset terkait isolasi sosial juga telah dilakukan oleh Renidayanti, Keliat dan Sabri, (2008) tentang pengaruh Social Skills Training (SST) pada klien isolasi sosial juga mendapatkan hasil peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien yang mendapatkan terapi SST.

Perkembangan riset lain yang menjelaskan bahwa Cognitive Behavioral Therapy (CBT) dan Social Skills Training (SST) efektif untuk meningkatkan kualitas hidup klien skizofrenia usia muda, namun terapi tersebut tidak ditujukan untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien skizofrenia usia pertengahan dan usia lanjut (McQuaid, 2000).

Penelitian dilakukan di RSJ Soeharto Heerdjan Jakarta Barat Soeharto Heerdjan merupakan rumah sakit rujukan klien gangguan jiwa unggulan di daerah Jakarta Barat dengan Kapasitas 300 tempat tidur, dengan pencapaian hari rawat sebesar 73% dengan BOR: 55 %, TOI 25 hari dan ALOS 31 hari (Laporan Kasi Rawat Inap, 2014).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan 12 Maret 2015, 10 responden di Ruang Perkutut RSJ Soeharto Heerdjan Jakarta Barat didapatkan bahwa 8 klien sudah tahu bahwa dirinya mengalami halusinasi, cara menghardik dan beberapa kemampuan generalis halusinasi yang lainnya. Namun ketika responden pulang tidak dilanjutkan. Berdasarkan data tersebut, tanda gejala negatif kembali muncul ketika klien tidak mengaplikasikan kemampuan yang dimiliki klien baik dalam kemampuan klien halusinasi maupun isolasi sosial. Sehingga gejala kognitif, afektif dan perilaku dapat kembali muncul dan akhirnya membawa klien kembali dirawat di RSJ. Sehingga upaya untuk mengatasi gejala dibutuhkan demi perbaikan kondisi klien

Peneliti ingin menerapkan terapi spesialis yang mampu mengatasi gejala kognitif, afektif dan perilaku yang dialami oleh klien halusinasi dan isolasi sosial yang merupakan diagnosa terbesar

dan sering dialami oleh klien skizofrenia pada umumnya. CBT dan CBSST adalah terapi yang dapat menjawab kebutuhan terapi yang terdiri dari dua gejala tersebut. Penelitian ini diharapkan menjadi penelitian pertama yang akan menerapkan terapi keperawatan CBT dan CBSST sebagai terapi keperawatan spesialis sebagai bentuk psikoterapi yang dapat menurunkan gejala kognitif, afektif dan perilaku klien halusinasi dan isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan Jakarta Barat.

Bahan dan Metode

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah quasi experiment with control group dengan perbandingan satu kelompok intervensi dan satu kelompok kontrol. Metode pengambilan sampel dengan teknik simple random sampling.

Penelitian dilakukan untuk memperoleh gambaran pengaruh terapi CBT dan CBSST terhadap gejala klien halusinasi dan isolasi sosial. Pengukuran terdiri dari data demografi responden untuk mendapatkan karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, frekuensi dirawat, terapi antipsikotik yang didapatkan. Pengambilan data tersebut menggunakan lembar kuesioner A yang terdiri dari 7 pertanyaan dengan cara checklist dan mengisi kolom jawaban yang tersedia.

Pengukuran gejala klien menggunakan Kuesioner gejala kognitif (kuesioner B) yang terdiri dari 9 pernyataan terkait halusinasi dan 11 pernyataan terkait isolasi sosial. Kuesioner gejala afektif (Kuesioner C) memiliki 5 pernyataan halusinasi dan 5 pernyataan isolasi sosial. Sedangkan Kuesioner Gejala Perilaku (kuesioner D) terdiri dari 9 pernyataan halusinasi dan

22 pernyataan isolasi sosial. Pernyataan ketiga kuesioner tersebut berupa skala likert. Instrumen ini akan diisi oleh responden langsung dan didampingi oleh asisten peneliti. Jumlah pernyataan tersebut merupakan pernyataan yang telah dilakukan uji validitas dan reabilitas pada 30 klien yang memiliki karakteristik sama dengan responden yang akan digunakan. Kuesioner tersebut dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil r hasil $< r$ tabel (0,347) dan memiliki nilai Alpha Cronbach 0,902 , kuesioner B, 0,893 pada kuesioner C dan 0,951 pada kuesioner D.

Pelaksanaan terapi CBT terdiri dari 5 sesi sedangkan CBSST terdiri dari 6 sesi. Proses pelaksanaan ini dilakukan dalam kurun waktu setiap hari secara berselingan sesuai jadwal yang sudah disepakati dengan responden.

Analisis data menggunakan komputer, analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensinya untuk data katagorik dan tendensi sentral untuk data numerik. Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Uji yang digunakan adalah Fisher Exact Test untuk analisis kesetaraan pada data kategorik dan data kategorik, MannWhitney pada data numerik dan data numerik, Wilcoxon pada uji hipotesis skala numerik dan korelasi pearson untuk mengetahui hubungan antara skala numerik.

Hasil Penelitian

Karakteristik klien dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki 87,5% dan memiliki tingkat pendidikan menengah (SMP dan SMA) 55,4% dengan status pekerjaan lebih banyak yang tidak bekerja 71,4%. Mayoritas tidak kawin 55,4% dan mendapatkan terapi

kombinasi atipikal dan tipikal sebanyak 94,6%.

Tabel 1: Perubahan tanda dan gejala kognitif, afektif dan perilaku pada kelompok yang mendapatkan terapi CBT dan CBSST

Tanda Gejala	Median Sebelum	Median Sesudah	Median Selisih	P Value
Intervensi	196	162,5	33,5	0,000
Kontrol	147,5	148,5	-1	0,977

nilai median tanda dan gejala klien mendapatkan terapi CBT dan CBSST mengalami perubahan secara bermakna ($p \text{ value} \leq \alpha$) pada kelompok intervensi 196 (80,33%) menjadi 162,5 (66,6%) dengan selisih peningkatan nilai median

sebanyak 33,5 (13,73%). Sedangkan tanda dan gejala pada kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna dari nilai median 148,5 (60,86%) menjadi 147,5 (60,45%).

Tabel 2: Hubungan Karakteristik Klien dengan Tanda dan Gejala Klien Halusinasi dan Isolasi Sosial

Gejala Karakteristik	Kognitif		afektif		Perilaku	
	R	P value	R	P value	R	P value
Usia	-0,058	0,672	0,049	0,719	-0,025	0,853
JenisKelamin	0,219	0,105	0,080	0,556	0,082	0,548
Pendidikan	0,147	0,281	0,295	0,027*	0,305	0,022*
Pekerjaan	0,075	0,584	0,207	0,126	0,169	0,213
Status Perkawinan	0,195	0,151	0,723	0,839	-0,072	0,596
Frekuensi dirawat	-0,086	0,530	0,043	0,756	0,005	0,968
Terapi Antipsikotik	-0,113	0,407	-0,131	0,334	-0,227	0,092

Berdasarkan tabel diatas, terlihat bahwa terdapat hubungan yang lemah antara karakteristik pendidikan dengan gejala afektif dan gejala perilaku dengan nilai $p < 0,05$.

Pembahasan

Hasil penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh CBT dan CBSST terhadap gejala klien halusinasi dan isolasi sosial yang mengalami penurunan gejala kognitif 13,13%, gejala afektif 35%, gejala perilaku secara umum 12,1%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan pengaruh CBT dan CBSST lebih besar pada kelompok yang mendapatkan CBSST dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi.

Proses pelaksanaan CBT dan CBSST pada penelitian ini memberikan

kesempatan kepada responden untuk mengenali pikiran-pikiran tidak rasional (otomatis) negatif yang disebabkan oleh setiap kejadian atau peristiwa yang tidak menyenangkan yang pernah dialaminya.

Terapi CBT dilakukan secara individu sedangkan CBSST dilakukan secara berkelompok. Responden juga dibekali buku kerja untuk melawan pikiran negatif melalui tanggapan rasional. Selain itu responden juga diberikan latihan merubah perilaku negatif menggunakan token ekonomi. Kemampuan komunikasi dasar, menjalin persahabatan, mengatasi situasi yang sulit

juga diberikan pada penelitian ini dengan tujuan memberikan perilaku baru yang lebih adaptif.

Penurunan gejala kognitif yang bermakna pada kelompok intervensi terjadi karena pada kegiatan terapi CBSST dapat memberikan informasi atau penjelasan tentang hubungan pikiran dengan perilaku dan latihan cara untuk mengenali pikiran otomatis negatif terkait dengan halusinasi dan isolasi sosial yang terjadi pada klien serta latihan cara melawan pikiran negatif dengan pikiran rasional. Penurunan gejala kognitif tersebut sesuai dengan pernyataan WHO dalam Notoatmodjo (2003) bahwa kognitif/pengetahuan diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, serta pengalaman hidup lainnya. Menurut Perry dan Potter (2005) aspek kognitif merupakan pemahaman seseorang terhadap suatu hal dan akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kemampuan kognitif pada klien halusinasi dan isolasi sosial dapat terus mengalami peningkatan apabila dilakukan pemberian informasi dan latihan terkait kemampuan kognitif tersebut.

Penurunan gejala afektif yang bermakna pada kelompok yang mendapatkan terapi terjadi karena pada kegiatan terapi CBT dan CBSST dapat memberikan informasi / penjelasan tentang hubungan perasaan yang muncul dalam diri klien merupakan hasil dari pikiran pikiran negatif secara otomatis dan melatihnya untuk melawan pikiran negatif tentang kekurangan diri sendiri

Penurunan gejala perilaku pada klien halusinasi dan isolasi sosial terjadi karena klien diberikan latihan kognitif (melawan pikiran negatif) yang dilanjutkan dengan

latihan merubah perilaku negatif menjadi perilaku yang baru dengan ketrampilan komunikasi dasar yang memiliki komponen antara lain tersenyum, kontak mata, duduk tegap, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi.

Latihan ketrampilan komunikasi pada terapi CBSST diberikan kepada klien dengan tujuan sebagai bekal dalam bersosialisasi. Frisch dan Frisch (2006) bahwa tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga tercipta rasa nyaman dalam situasi sosial dan klien mampu berinteraksi sosial. Tujuan tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial adalah meningkatkan keterampilan interaksi sosial, partisipasi/terlibat dalam kegiatan sosial, mengurangi rasa kesendirian, dan menciptakan iklim sosial dalam keluarga (Swanson, dkk, 2008).

Klien halusinasi perlu diberikan latihan merubah perilaku negatif terkait halusinasi yang didengarnya agar mengikuti isi halusinasi yang didengarnya. Klien halusinasi juga memerlukan latihan ketrampilan komunikasi karena penyimpangan perilaku berupa gangguan persepsi sensori yang dialaminya berupa halusinasi yang hanya bisa didengar olehnya sehingga muncul perilaku negatif hasil dari pikiran dan keyakinan yang salah. Sedangkan klien isolasi sosial diberikan latihan karena merasa gagal untuk menjalin interaksi dengan orang lain akibat distorsi kognitif yang dirasakannya. Ketrampilan komunikasi yang dimiliki klien dapat menjadi sumber coping dalam mengatasi perilaku yang maladaptif menjadi adaptif.

Hubungan yang lemah pada karakteristik pendidikan klien dengan

gejala afektif dan perilaku klien disebabkan oleh rendahnya pendidikan yang berpengaruh pada pola pemikiran sebagai sumber koping dalam penyelesaian masalah yang terjadi dalam kehidupan. Apabila penyelesaian masalah tidak dilakukan dengan baik maka dapat menimbulkan putus asa, tidak bersemangat, selalu berpikiran buruk terhadap diri sendiri yang pada akhirnya dapat menimbulkan gejala negatif dan berujung pada kekambuhan klien. Pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir dan perilaku individu, seseorang dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah Stuart (2013).

Analisa dari hasil penelitian ini dengan teori yang terkait yaitu responden dengan tingkat pendidikan rendah lebih sulit menerima informasi dan terapi yang diberikan sehingga responden lebih sulit menentukan pikiran yang rasional dalam menentukan pikiran dan perilaku yang baikbaginya sehingga sulit untuk menyelesaikan masalah. Setelah diberikan terapi individu CBT dan terapi kelompok CBSST responden pada kelompok intervensi lebih memiliki pikiran positif, emosi yang berdampak terhadap perilaku yang adaptif sehingga mampu meningkatkan interaksi sosial. Hal ini terlihat dari penurunan gejala kognitif, afektif dan perilaku yang terjadi. Perubahan yang terjadi pada gejala baik kognitif, afektif dan perilaku lebih disebabkan karena proses terapi CBT dan CBSST bukan karena karakteristik klien.

Simpulan

Karakteristik klien pada penelitian ini rata-rata berusia 34,70 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, pendidikan menengah (SMP dan SMA),

tidak memiliki pekerjaan, status perkawinan “tidak kawin”, rata-rata frekuensi sakit 3,5 kali, dan sebagian besar mendapatkan terapi kombinasi atipikal dan tipikal. Perubahan gejala kognitif, afektif dan perilaku klien halusinasi dan isolasi sosial pada kelompok yang mendapat terapi CBT dan CBSST lebih besar secara bermakna. Sedangkan kelompok yang tidak mendapat terapi mengalami perubahan namun tidak bermakna. Perubahan gejala yang paling banyak terjadi adalah gejala afektif klien halusinasi dan isolasi sosial yaitu sebanyak 35%. Terdapat hubungan yang lemah pada karakteristik pendidikan responden dengan gejala afektif dan gejala perilaku.

Daftar Pustaka

- Fausiah, F., dan Widury, J. (2005). Psikologi Abnormal Klinis Dewasa. Jakarta : UI Press
- Keliat, B.A., (2006). Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa. Jakarta : EGC
- McQuaid, dkk. (2000). Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156
- Notoatmodjo, S. (2003). Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Potter, Perry. (2005). *Fundamentals of Nursing : Concept, Process, and Practice*. Alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 10th ed. Missouri: Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of*

- Psychiatric Nursing, 8th ed.
Missouri : Mosby, Inc.
- Swanson, et.all. (2006). A National Study
of Violent Behavior in Persons
With Schizophrenia. Arch Gen
Psychiatry/Vol 63, May 2006
- Townsend, M.C. (2009). Psychiatric
Mental Health Nursing Concepts
of Care in Evidence-Based
Practice. 6th ed. Philadelphia:
F.A. Davis Company
- Wahyuni, Keliat, B.A dan Sabri L
(2010). Pengaruh Cognitive
Behaviour Therapy Klien
Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa
Pemropsu Medan. Tesis FIKUI.
Tidak dipublikasikan.

Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dalam Penanganan Bayi Baru Lahir Dengan Asfiksia di RSUD dr. Iskak Tulungagung

Miranti Kusuma Wardani , Ely Isnaeni ¹, Yohanes Andy ²
Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri
mirawardani@rocketmail.com

Abstract: Asphyxia in Indonesia is still quite high and become a health problem for medical personnel, especially nurses. The level of knowledge of good and positive attitude of the nurse determine appropriate action in the treatment of newborn infants with asphyxia. The purpose of this study was to investigate the relationship between the level of knowledge and attitude of nurses in the management of newborn infants with asphyxia. The method used in this research is cross sectional. The sample used in this study are all nurses who were in the rose room (perinatology) RSUD Dr. Iskak Tulungagung of 20 people. The sampling technique is done by using total sampling that involves the entire population. The results showed that out of 20 respondents nurses who show a good knowledge is 65%, sufficient 35%. As for respondents who have a positive attitude 55% and negative attitude 45%. Results of statistical tests using Spearman rho test obtained significant value $P < 0,05$ ($P=0,025$) so that H1 accepted and H0 rejected, which means there is a relationship between the level of knowledge and attitude of nurses in the management of newborn infants with asphyxia. This study show an association between level of knowledge and attitude of nurses in the handling of newborn infants with asphyxia in RSUD dr. Iskak Tulungagung.

Keyword: Knowledge, Atitude, Asphyxia.

Abstrak: Kejadian asfiksia di Indonesia masih cukup tinggi dan menjadi masalah kesehatan bagi tenaga medis khususnya perawat. Tingkat pengetahuan yang baik dan sikap yang positif dari seorang perawat menentukan tindakan yang tepat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia. Metode yang dilakukan dalam penelitian ini adalah cross sectional. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua perawat yang berada di ruang mawar (perinatologi) RSUD Dr. Iskak Tulungagung yang berjumlah 20 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan total sampling yaitu melibatkan seluruh populasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 20 responden perawat yang menunjukkan pengetahuan baik adalah 65%, cukup 35%. Sedangkan untuk responden yang memiliki sikap positif (55%), dan yang negatif (45%). Hasil uji statistik menggunakan uji spearman rho didapatkan nilai signifikan $P < 0,05$ ($P=0,025$) sehingga H1 diterima dan H0 ditolak yang berarti ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia. Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di RSUD dr. Iskak Tulungagung.

Kata Kunci: Pengetahuan, sikap, asfiksia.

Pendahuluan

Angka kematian bayi terutama pada masa neonatal masih cukup tinggi dan menjadi masalah kesehatan baik secara global, regional, maupun nasional (Tahir, 2012). Pelayanan kesehatan maternal khususnya neonatal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan. Asfiksia neonatorum masih merupakan masalah baik di negara berkembang maupun negara maju (Manoe, 2003).

Penyebab tingginya kematian bayi di Indonesia salah satunya adalah asfiksia neonatorum yaitu sebesar 33,6%. Menurut Waqar dan Haque (2012) dalam Tahir (2012) menyatakan bahwa secara global 23% dari kematian neonatal dengan asfiksia neonatorum. World Health Organization (WHO) menyatakan, sebanyak 3,6 juta (3%) dari 120 juta bayi mengalami asfiksia neonatorum, satu juta (27,78%) bayi ini meninggal (Sari, dkk, 2011 dalam Tahir, 2012).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang mengadakan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, dalam hal ini pengetahuan seorang perawat juga mempengaruhi sikapnya dalam tatalaksana kegawatan asma sedang pada anak (Wawan, 2011). Sikap merupakan respon tertutup dari seseorang terhadap suatu stimula yang diberikan. Tingkat pengetahuan yang tinggi serta sikap yang tepat tentang asfiksia pada neonatus akan menghasilkan perilaku (tindakan)

yang tepat dalam penanganannya. Begitu pula sebaliknya, apabila tingkat pengetahuan yang rendah atau sikap yang kurang tepat, dapat mempengaruhi perilaku (tindakan) seorang tenaga kesehatan (perawat) dalam penanganan asfiksia.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di RSUD dr. Iskak Tulungagung.

Metode Penelitian

Metode yang dilakukan dalam penelitian ini adalah cross sectional. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua perawat yang berada di ruang mawar (perinatologi) RSUD dr. Iskak Tulungagung yang berjumlah 20 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan total sampling yaitu melibatkan seluruh populasi. Dalam penelitian ini jenis analisa data yang digunakan adalah spearman rank program SPSS v.16 pada taraf kepercayaan 95% dengan nilai signifikansi $P < 0.05$.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1: Distribusi responden berdasarkan usia, pendidikan.

Karakteristik	F	%
Usia		
17-25 tahun	1	5
26-35 tahun	17	85
36-45 tahun	2	10
Total	20	100

Pendidikan		
D3	18	90
S1	2	10
Total	20	100

Berdasarkan tabel I, perawat RSUD dr. Iskak Tulungagung mayoritas berusia 26-35 tahun berjumlah 17 responden, dan pendidikan paling banyak D3 berjumlah 18 orang.

Tabel 2 Distribusi tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di RSUD dr. Iskak Tulungagung

Pengetahuan	F	(%)
Baik (76-100)	13	65
Cukup (46-75)	7	35
Kurang (≤ 45)	0	0
Total	20	100

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa mayoritas responden paling banyak tingkat pengetahuan adalah baik yang berjumlah 13 orang (65%).

Tabel 3 Distribusi responden berdasarkan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di RSUD dr. Iskak Tulungagung

Sikap	F	%
Positif	11	55
Negatif	9	45
Total	20	100

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa mayoritas responden paling banyak mempunyai sikap positif yaitu berjumlah 11 orang (55%)

Pembahasan

1. Tingkat pengetahuan perawat tentang penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, pengetahuan terjadi melalui panca indra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan merupakan suatu hal yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Berdasarkan hasil penelitian di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung didapatkan pengetahuan perawat yang baik adalah 13 responden (65%), cukup 7 responden (35%) dan kurang 0 responden (0%)..

Menurut Notoadmojo (2007), makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Hasil penelitian yang dilakukan di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung, dibuktikan pada tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar pendidikan terakhir responden paling banyak adalah D3 yang berjumlah 18 orang (90%), dan S1 adalah 2 orang (10%).

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis. Pada aspek psikis dan mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa

(Notoadmojo, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung dibuktikan pada tabel 1 diketahui mayoritas usia responden paling banyak adalah 26-35 tahun adalah 17 orang (85%) dan paling sedikit usia 17-25 tahun adalah 1 orang (5 %).

Menurut Notoadmojo (2007), pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Dalam hal ini pengalaman sangatlah erat berhubungan dengan lama bekerja karena masa kerja yang lama maka seorang responden akan mempunyai pengalaman yang banyak pula.

Dari hasil penelitian di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung sebagian besar perawat memiliki tingkat pengetahuan baik dan tidak mempunyai tingkat pengetahuan kurang. Hal itu disebabkan oleh faktor pendidikan, dan usia yang telah dimiliki responden selama masa kerjanya.

2. Sikap perawat dalam tatalaksana kegawatan asma sedang pada anak

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-

hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung diketahui bahwa mayoritas responden paling banyak mempunyai sikap yang positif yang berjumlah 11 orang (55%) dan kemudian yang negatif berjumlah adalah 9 orang (45%).

Menurut Azwar (2011), pembentukan sikap dan faktor yang berpengaruh terhadap pembentukan sikap seorang ditentukan oleh pengalaman pribadi, pengaruh orang yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, pengaruh media massa, pengaruh lembaga pendidikan dan lembaga agama, pengaruh faktor emosional, dan pengaruh lingkungan.

Media massa elektronik maupun media massa cetak sangat besar pengaruhnya terhadap opini dan kepercayaan seseorang. Dengan pemberian informasi melalui media massa mengenai sesuatu hal akan memberikan landasan kognitif baru terbentuknya sikap (Azwar, 2011). Dalam hal ini penerbitan buku-buku tentang kedokteran maupun keperawatan dan jurnal-jurnal terkait dengan masalah kesehatan sangat berperan penting dalam pembentukan sikap terhadap penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung.

Dari hasil penelitian di RSUD dr. Iskak Tulungagung sebagian besar responden mempunyai sikap yang positif, meskipun ada beberapa

yang mempunyai sikap negatif. Hal tersebut disebabkan karena adanya beberapa orang yang kurang mendapat informasi atau tidak mengikuti pelatihan kegawat daruratan.

3. Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia

Berdasarkan uji korelasi spearman rank rho pada analisa pengetahuan perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia didapatkan nilai signifikansi 0.025 level (2-tailed) hasil tersebut dibandingkan dengan $\alpha=0.05$ maka $p < \alpha$ yang artinya H_1 diterima dan H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di RSUD dr. Iskak Tulungagung..

Menurut Azwar (2011), komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercaya oleh individu pemilik sikap. Komponen kognitif berisi pemikiran atau kepercayaan seseorang atau suatu obyek.

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi sebagai faktor predisposisi disamping faktor pendukung seperti lingkungan fisik, prasarana dan faktor pendorong yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya.

Simpulan

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia di ruang mawar RSUD dr. Iskak Tulungagung.

Dari uji spearman rank di dapatkan signifikansi 0.025 level (2-tailed). Hasil tersebut dibandingkan dengan p value < 0.05 yang berarti hipotesis (H_1) diterima dan H_0 ditolak. Artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat dalam penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia.

Saran

1. Bagi Perawat
 - a. Diharapkan untuk selalu melakukan tindakan keperawatan dengan baik dan benar kepada pasien sesuai dengan standar operasional sehingga pasien puas terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.
 - b. Diharapkan bagi perawat untuk rutin mengikuti pelatihan resusitasi agar dapat meningkatkan tingkat pengetahuan dan sikap dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia.
2. Bagi institusi pendidikan
Sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa untuk meningkatkan pengetahuan tentang penanganan bayi baru lahir dengan asfiksia.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan dan

menerapkan metode yang berbeda, populasi dan sampel yang lebih banyak dan waktu penelitian yang lebih lama.

Daftar Pustaka

- Alimul Hidayat, A. Aziz.(2007). Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisa data. Jakarta : Salemba medika.
- Arikunto, Suharsimi.(2006). Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktek. Jakarta : Rineka cipta.
- Arikunto, Suharsimi.(2008). Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktek. Jakarta : Rineka cipta.
- Azwar, Saifudin.(2009). Sikap manusia : teori dan pengukurannya edisi 2. Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Azwar, Saifudin.(2011). Sikap manusia : teori dan pengukurannya edisi 2. Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Hartatik, Dina, Yuliaswati, Enny.(2013). Pengaruh Umur Kehamilan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Kejadian Asfiksia Di RSUD dr. Moewardi Surakarta. Gaster, 10(1), 71-76
- Hidayat, AA.(2007). Metode Penelitian Kegawatan Dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, AA.(2009). Metode Penelitian Kegawatan Dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika
- Manoe, V. M, Amir I.(2003). Gangguan Fungsi Multi Organ Pada Bayi Asfiksia Berat. Sari Pediatri, 5 (2), 72-78
- Manuaba, IBG.(2012). Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta: EGC
- Maryunani, Anik, Puspita, Eka.(2013). Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. Jakarta: CV Trans Info Media
- Notoatmodjo, Soekidjo.(2007). Metode penelilian kesehatan. Jakarta : Rineka cipta.
- Nursalam.(2003). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: panduan, skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan. Jakarta : Salemba medika.
- Nursalam.(2008). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: panduan, skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan. Edisi I. Jakarta : Salemba medika.
- Nursalam.(2010). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: panduan, skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan. Edisi II. Jakarta : Salemba medika.
- Perinasia.(2010). Resusitasi Neonatus (Konsensus 2010). Jakarta: Perinasia
- Polit, Denise .F, Beck, CT.(2006). Essential Of Nursing Research Volume 1.USA: Lippicont Williams & Wilkins
- Purwanto.(2007). Metodologi penelitian kuantitatif. Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Rokhaidah.(2009). Tingkat Pengetahuan Dan Sikap

- Perawat Tentang Kegawatan Nafas Pada Neonatus di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Raden Said Sukanto Jakarta. Skripsi. Universitas Pembangunan Nasional "Veteran"
- Rukiyah, AY, Yulianti, Lia.(2012). Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Sari, dkk.(2011). Pencegahan Dan Penatalaksanaan Asfiksia Neonatorum. Health Technology Assessment Indonesia Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Setyobudi, Hari.(2008). Hubungan Antara Jenis Anestesi Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Bayi Yang Dilahirkan Secara Sectio Caesarea Dengan Preeklamsia Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Sudarti, AF.(2013). Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Anak Balita. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sugiyono.(2011). Metodologi penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D. Bandung : Alfabeta
- Suryani.(2009). Gambaran Penerapan Standar Asfiksia Sedang. Kebidanan Politeknik Kesehatan Jambi. Percikan : Vol. 99 Edisi April 2009
- Tahir, Rahma.(2012). Resiko Faktor Persalinan Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum Di Rumah Sakit Umum Daerah Sawerigading Kota Palopo. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makasar
- Wawan, A, Dewi.(2010). Teori dan pengukuran pengetahuan, motivasi. Yogyakarta : Salemba medika.
- Waqar dan Haque.(2012). Birth Asphyxia: Brief Review of Pathogenesis and Pragmatic Guidelines for its Management in Resource Limited Countries. Pakistan Paediatric Journal 2012; 36(2): 61-69.

Pengaruh Aktivitas Mengunyah Permen Karet Rendah Gula Terhadap Rasa Haus dan Implikasinya Selama Interdialisis Pada Pasien Yang Menjalankan Hemodialisa di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta

Lastriyanti¹

¹ Akademi Keperawatan Hang Tuah Jakarta

Abstract: Hemodialysis is a correct intervention to replace kidney performance though it must be subjected to limitation of liquid supply which may result in most patients complaining of dry mouth. One of methods to treat the dry mouth is by chewing low calorie gum to stimulate saliva secretion. This study aims to identify the effect of activity after chewing low calorie gum to the thirsty and its implication during the interdialysis in patients undergoing hemodialysis at RSPAD Gatot Subroto Jakarta. Type of this study is quasi experimental with research design of non equivalent control group pre test – post test in intervention group of low calorie gum chewing and control group. Sampling method is by purposive sampling. Total number of samples is 121 respondents with intervention group of 89 respondents and control group of 32 respondents. Method analysis of data with t-test and multiple linear regression. Results of the study by independent t-test show the meaningful difference of the thirsty of the intervention group to control group ($p=0,001<0,005$). Based on the multiple linear regression test shows that the chewing low calorie gum effect to the thirsty of 0.212 times compared to not chewing gum, although not significant ($p=0,460$). Chewing gum has effect to IDWG ($p=0,000$), having effect to the quantity of urine ($p=0,013$), having affect to the quantity of drinking ($p=0,011$). This study can be used by nurses in an independent intervention by educating patients who undergo hemodialysis therapy in reducing their thirsty due to liquid limitation.

Keywords: Chewing low calorie gum, Hemodialysis, Chronic Kidney Diseases.

Abstrak: Hemodialysis merupakan tindakan yang tepat untuk menggantikan kerja ginjal meskipun harus dilakukan pembatasan asupan cairan yang mengakibatkan sebagian besar pasien mengeluh mengalami mulut kering. Salah satu cara untuk merawat mulut kering adalah mengunyah permen karet rendah gula untuk merangsang sekresi saliva. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh efektifitas sesudah mengunyah permen karet rendah gula terhadap rasa haus dan implikasinya selama interdialisa pada pasien yang menjalankan hemodialisa di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimental dengan desain penelitian non equipalen control group pre test – post test pada kelompok intervensi mengunyah permen karet rendah gula dan kelompok kontrol. Metode sampling dengan Purposive Sampling. Jumlah sampel 121 responden dengan kelompok intervensi 89 responden dan kelompok kontrol 32 responden. Metode analisa data dengan uji t-test dan regresi linier berganda. Hasil penelitian melalui uji independen t-test menunjukkan adanya perbedaan bermakna rasa haus kelompok intervensi terhadap kelompok kontrol ($p=0,001<0,05$). Berdasarkan uji regresi linier berganda secara simultan menunjukkan bahwa dengan mengunyah permen karet rendah gula berpengaruh terhadap rasa haus sebesar 0,212 kali dibandingkan dengan tidak mengunyah

permen karet walaupun tidak signifikan ($p=0,460$). Mengunyah permen karet berpengaruh terhadap IDWG ($p=0,000$), Berpengaruh terhadap jumlah urine ($p=0,013$), Berpengaruh terhadap jumlah minum ($p=0,011$). Penelitian ini dapat digunakan perawat dalam tindakan mandiri dengan cara edukasi kepada pasien yang sedang menjalankan terapi hemodialisa dalam mengurangi rasa haus akibat dari pembatasan cairan.

Kata kunci : Mengunyah Permen Karet Rendah Gula, Hemodialysis, Chronic Kidney Disease.

Pendahuluan

Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Suzanne C,Smeltzer 2001). Penyakit ginjal kronis (CKD) menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di seluruh dunia. Glomerulonefritis merupakan salah satu penyebab utama penyakit ginjal, saat ini infeksi juga bisa mengakibatkan penyakit ginjal,selain itu bukti saat ini menunjukkan bahwa hipertensi dan diabetes adalah dua penyebab utama penyakit ginjal diseluruh dunia.

Mengingat perkembangan patogen penyakit ginjal, pada pasien CKD berada pada resiko tinggi untuk maju ketahap ahir penyakit ginjal kronis yaitu suatu kondisi yang memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal untuk mempertahankan kelangsungan hidup jangka panjang pasien. Kebanyakan pasien dengan stadium akhir penyakit ginjal (ESRD) yang dilakukan tindakan hemodialisa harus menjaga diet cairan untuk mencegah overload cairan antara dialisis, apabila cairan tidak dibatasi akan menyebabkan komplikasi, seperti

hipertensi,edema paru akut, gagal jantung kongestif . Beberapa strategi telah dianjurkan untuk mengurangi asupan cairan dan IWG pada pasien dengan hemodialisa seperti mengunyah permen karet untuk mengurangi rasa haus dan xerostomia.

Keadaan xerostomia merupakan hal yang umum terjadi pada pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisa karena gagal ginjal kronik. Keadaan mulut kering karena sekresi saliva yang berkurang diperkirakan terjadi pada 17-19% pasien hemodialisa (Guggenheimer dan Moore,2003). Salah satu cara untuk merawat mulut kering dan mengurangi rasa haus adalah mengunyah dengan baik sehingga merangsang kelenjar saliva untuk bekerja lebih baik, permen karet yang tidak manis bisa merangsang kelenjar saliva(Guggenheimer dan Moore, 2003).

Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Jakarta pasien yang menjalankan terapi hemodialisa 3 bulan terakhir berjumlah 170 pasien, dari beberapa pasien yang sedang menjalankan terapi hemodialisa sebanyak 50 % pasien mengeluh mulut kering yang diperkirakan karena pengaruh pembatasan cairan. Sedangkan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Jakarta belum ada tindakan yang dapat

mengurangi rasa haus pasien seperti di memberikan atau menganjurkan pasien untuk mengunyah permen karet agar produksi saliva meningkat dan nantinya akan mengurangi rasa haus pasien.

Berdasarkan dari data diatas maka peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai pengaruh mengunyah permen karet rendah gula dalam mengurangi rasa haus pasien yang menjalankan hemodialisa. Mengunyah permen karet mempunyai manfaat merangsang kelenjar saliva bekerja lebih baik sehingga dapat mengurangi rasa haus pasien.

1. Perumusan Masalah

Berdasarkan data diatas maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut: Apakah permen karet rendah gula berpengaruh terhadap rasa haus dan implikasinya pada pasien yang menjalankan hemodialisa ?

2. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk mengetahui aktivitas sesudah mengunyah permen karet rendah gula terhadap rasa haus dan implikasinya selama interdialisa pada pasien yang menjalankan hemodialisa di Rumah Sakit Angkatan Darat Jakarta.

b. Tujuan Khusus

1. Mengetahui perbedaan rasa haus, IDWG, Jumlah urine, jumlah minum pada pasien hemodialisa kelompok intervensi dan kontrol.

2. Mengetahui perbedaan rasa haus pasien hemodialisa sebelum dan setelah

mengunyah permen karet pada kelompok intervensi.

3. Mengetahui IDWG pasien hemodialisa sebelum dan setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi.

4. Mengetahui jumlah urine pasien hemodialisa sebelum dan setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi.

5. Mengetahui jumlah minum pada pasien hemodialisa sebelum dan setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi.

6. Mengetahui pengaruh mengunyah permen karet rendah gula terhadap rasa haus.

7. Mengetahui pengaruh usia terhadap rasa haus pasien hemodialisa.

8. Mengetahui pengaruh jenis kelamin terhadap rasa haus pasien hemodialisa.

9. Mengetahui pengaruh simultan variabel mengunyah permen karet rendah gula, usia, jenis kelamin, terhadap rasa haus.

10. Mengetahui pengaruh simultan variabel rasa haus selama interdialisa terhadap IDWG, Jumlah urine, dan Jumlah minum pasien.

Metode Penelitian

1. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimental dengan desain penelitian non equivalent control

group pre test –post test design (Polit & Beck, 2012). Menurut Polit & Beck (2012), quasi eksperimen merupakan desain penelitian yang melibatkan kelompok kontrol tanpa melakukan randomisasi.

2. Populasi dan Partisipan

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang mendapatkan tindakan di ruangan hemodialisa (170 pasien), di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta dari bulan maret s/d bulan Mei 2014.

b. Sampel

Jumlah sampel berdasarkan Determination of Sampel Size from a Given Population adalah 121 pasien. Berdasarkan (Polit & Bck,2012) bahwa sampel pada kelompok eksperimen dapat 75 % dan kelompok kontrol 25 % maka dengan demikian jumlah sampel pada kelompok intervensi 89 pasien dan kelompok kontrol 32 pasien.

Sampel dalam penelitian ini dipilih berdasarkan kriteria:

1. Kriteria Inklusi :

- a. Pasien yang didiagnosa sebagai penyakit ginjal kronis
- b. Pasien yang menjalani hemodialisa
- c. Didialisis minimal 2x seminggu selama 4 jam
- d. Kondisi klinis stabil
- e. Tingkat pendidikan minimal sekolah dasar
- f. Mampu berbahasa indonesia

g. Bersedia menjadi sampel dalam penelitian ini

2. Kriteria Eksklusi

- a. Penyakit jantung iskemik
- b. Penyakit autoimun
- c. Keganasan di rongga mulut

3. Tempat dan Waktu Pelaksanaan

a. Tempat Pelaksanaan

Penelitian akan dilakukan di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Suebroto Jakarta Pusat. Alamat : Jl.Abdul Rahman Saleh No 24 Jakarta Pusat.

b. Waktu Pelaksanaan

Persiapan penelitian dan proposal diajukan pada bulan Januari-Februari, pengumpulan data dilakukan selama tiga bulan, yaitu di bulan Maret-Mei 2014. Rincian kegiatan/ pelaksanaan penelitian tergambar dalam lampiran.

4. Prosedur Pengumpulan Data.

Prosedur pengumpulan data dalam penilitan ini terdiri dari tiga tahap yaitu tahap persiapan pengumpulan data, tahap pelaksanaan pengumpulan dan tahap pengecekan data.

a. Persiapan

- 1) Mengurus perijinan penelitian di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Suebroto jakarta
- 2) Menyiapkan instrumen yang akan digunakan untuk mengukur rasa haus
- 3) Setelah mendapatkan ijin, peneliti mencari 4 asisten

peneliti untuk membantu jalannya penelitian. Asisten diberikan informasi mengenai proses penelitian sampai mereka paham

b. Pelaksanaan

- 1) Peneliti datang di unit hemodialisa Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta untuk mencari sampel.
- 2) Populasi 170 pasien, dari populasi tersebut peneliti menentukan sampel secara purposive sampling, dengan cara nomor urut genap dijadikan kelompok intervensi dan nomor urut ganjil dijadikan kelompok control
- 3) Setelah mendapat sampel sesuai yang diinginkan, peneliti memberikan penjelasan dan meminta informed consent
- 4) Persetujuan sudah didapat kemudian dilanjutkan dengan melakukan pengkajian rasa haus dengan menggunakan skala kategorikal (CS), menimbang berat badan, menanyakan jumlah minum dan jumlah urine
- 5) Pasien menjalankan terapi hemodialisa selama 4 jam, pasien dikelompokkan intervensi diberikan enam buah permen karet selama proses hemodialisa lalu diminta untuk mengunyah permen karet selama 5 menit apabila

dalam proses hemodialisa pasien merasakan haus. Setelah permen dikunyah selama lima menit permen tersebut dibuang.

- 6) Setelah proses hemodialisa selesai selama 4 jam, peneliti mengukur rasa haus pasien dengan skala kategorikal (CS), menimbang berat badan, menanyakan jumlah minum, dan jumlah urine.
 - 7) Mencatat jumlah urin yang keluar selama 24 jam
 - 8) Memberikan lembar observasi untuk mencatat jumlah urin dalam 24 jam dan jumlah minum selama 24, dan memberikan permen karet sebanyak 1 hari 6 buah permen karet untuk dibawa pulang ke rumah, permen karet dikunyah apabila pasien merasa haus.
5. Instrument Pengumpulan Data
- a. Lembar observasi I
Berisi data : Nama responden, Usia, Jenis Kelamin, Skala rasa haus pre dan post
 - b. Lembar observasi II
Berisi data : Nama responden, tanggal, jam, jenis minum, jumlah urine, berat badan, dan skala rasa haus.
6. Analisis Data
- a. Analisis Univariat, statistic deskriptif
Analisis univariat statistic deskriptif ini digunakan untuk menyajikan karakteristik data, yaitu : usia, jenis kelamin, rasa

haus, IDWG, urine, minum. Hasil analisis yang disajikan meliputi frekuensi presentase (data normal), interval, Mean.

b. Analisis Uji Beda

Analisis paired sampel t-test dilakukan dengan menentukan variable pembeda berdasarkan titik potong yang digunakan secara umum. Pada dasarnya uji Z sama dengan uji T. Jika sampel berjumlah > 30 menggunakan uji Z. sebelum dilakukan uji beda, akan dilakukan uji kesamaan varians yang pertama dilakukan pengujian apakah ada kesamaan varians pada data yang ada (Susilo, 2012).

c. Analisis Multivariat.

Analisis multivariat pada penelitian ini adalah menggunakan Regresi Linear Berganda. Regresi linear berganda adalah suatu model matematik yang digunakan untuk menyelidiki hubungan yang lebih kompleks antara sejumlah variable yang berbeda (Susilo, 2012;133). Asumsi regresi linear berganda meliputi (Yasril, 2008 dan Sarjono 2011 dalam Susilo, 2012) :

1. Asumsi Univariat, variable numeric variable dependen (Y) harus memiliki distribusi normal, sehingga dapat dianalisis dengan statistic parametric.
2. Asumsi bivariat, dengan memperhatikan korelai pearson atau regresi linear

sederhana. Variable yang masuk kandidat adalah variable yang nilai $P_{value} < 0,25$. Dengan memperhatikan korelasi antarvariabel untuk mengetahui gejala kolinearitas antar variabel independen (X), yaitu jika nilai $r > 0,8$.

3. Asumsi model multivariate (Eksistensi, Independensi/uji autokorelasi, Linearitas, Homocedasticity, Multivariate normalitas, Colinearity)

Hasil Penelitian dan Pembahasan

Tabel 1. Hasil Uji Beda Rerata Rasa Haus kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Variabel	Kel. Intervensi		Kel. Kontrol	
	M	SD	M	SD
Rasa Haus sebelum	4,98	$\pm 0,639$	5,00	$\pm 0,00$
Rasa Haus Setelah	2,28	$\pm 0,769$	2,00	$\pm 0,00$

(Sumber : Data Primer)

Pada table diatas dapat dilihat bahwa rata-rata rasa haus pada kelompok intervensi terjadi penurunan setelah mengunyah permen karet yaitu $2,28 \pm 0,639$. Maka berdasarkan data diatas, diasumsikan bahwa terjadi penurunan rasa haus setelah mengunyah permen karet.

Tabel 2. Hasil Uji Beda Rerata IDWG sebelum dan sesudah mengunyah permen karet kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Variabel	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	M	SD	M	SD
IDWG sebelum	67,02	± 40,30	63,84	± 12,19
IDWG Sesudah	62,47	± 12,41	63,62	± 12,31

(Sumber: Data Primer)

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa nilai rata-rata IDWG setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi terjadi penurunan yaitu 62,47 ±12,41cc/hari. Hal ini menunjukkan bahwa mengunyah permen karet efektif menurunkan berat badan, IDWG juga merupakan indikator apakah asupan cairan yang dikonsumsi lebih sedikit atau berlebih.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jumlah Urine sebelum mengunyah permen karet dan sesudah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi dan kontrol

Variabel	Kel. Intervensi		Kel. Kontrol	
	M	SD	M	SD
Urine sebelum	287,91	325,11	319,68	364,08
Urine Sesudah	354,91	763,933	269,00	280,61

(Sumber : Data Primer)

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa nilai rata-rata jumlah urine setelah mengunyah permen karet terjadi peningkatan sedikit yaitu 354,91 ± 763,933cc/hari.

Tabel 4 Hasil Uji Beda Rerata Jumlah Minum sebelum mengunyah permen karet dan sesudah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Variabel	Kel. Intervensi		Kel. Kontrol	
	M	SD	M	SD
Jumlah minum sebelum	907,64	± 526,63	920,00	± 577,87
Jumlah minum setelah	801,91	± 451,37	834,06	± 453,48

(Sumber : Data Primer)

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa nilai rata-rata jumlah minum setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi terjadi penurunan yaitu 801,91 ±451,37cc/hari. Dibandingkan kelompok kontrol.

Tabel 5. Pengaruh Simultan mengunyah permen karet,usia, jenis kelamin terhadap rasa haus (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	-.146		
Mengunyah permen karet	.212	0,022 (02,2%)	0,460
Usia	-.011		
Jenis kelamin	.041		

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, bahwa dengan mengunyah permen karet secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap rasa haus sebesar 0,212 kali dibandingkan tidak mengunyah permen karet walaupun tidak signifikan adalah p=0,460 < 0,05 setelah intervensi. Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,022, atau sebanyak 02,2% sedangkan

sisanya sebanyak 97,8% ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Tabel 6. Pengaruh Simultan rasa haus, mengunyah permen karet, usia, jenis kelamin terhadap IDWG sesudah (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	-.815		
Rasa Haus	.275	0,322	0,000
Mengunyah permen karet	-.048		
Usia	-.009		
Jenis kelamin	.1.108		

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa nilai signifikan uji simultan regresi linier berganda adalah $p=0,000 < 0,05$, artinya model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi IDWG sesudah. Maka dapat disimpulkan bahwa rasa haus, mengunyah permen karet, usia,jenis kelamin, secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap IDWG setelah intervensi . Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,322, atau sebanyak 32,2% sedangkan sisanya sebanyak 67,8 % ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Tabel 7. Pengaruh Simultan rasa haus, mengunyah permen karet, usia, jenis kelamin terhadap IDWG kedatangan (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	52.960		
Rasa Haus	3.613	0,288	0,000
Mengunyah permen karet	-.022		

Usia	-.126
Jenis kelamin	12.860

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa nilai signifikan uji simultan regresi linier berganda adalah $p=0,000 < 0,05$, artinya model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi IDWG kedatangan . Maka dapat disimpulkan bahwa rasa haus, mengunyah permen karet, usia,jenis kelamin, secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap IDWG kedatangan . Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,288, atau sebanyak 28,82% sedangkan sisanya sebanyak 71,2 % ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Tabel 8 Pengaruh Simultan rasa haus, mengunyah permen karet,usia, jenis kelamin terhadap jumlah Urine 2 (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	-1.839		
Rasa Haus	.172	0,135	0,002
Mengunyah permen karet	.104		
Usia	.022		
Jenis kelamin	.360		

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa nilai signifikan uji simultan regresi linier berganda adalah $p=0,002 < 0,05$, artinya model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi jumlah urine setelah intervensi. Maka dapat disimpulkan bahwa rasa haus, mengunyah permen karet, usia, jenis kelamin, secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap jumlah

urine setelah intervensi (urine 2). Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,135, atau sebanyak 13,5 % sedangkan sisanya sebanyak 86,5 % ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Tabel 9 Pengaruh Simultan rasa haus, mengunyah permen karet, usia, jenis kelamin terhadap jumlah urine 3 (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	-1.654		
Rasa Haus	.175	0,102	0,013
Mengunyah permen karet	.168		
Usia	.018		
Jenis kelamin	.342		

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa nilai signifikan uji simultan regresi linier berganda adalah $p=0,013 < 0,05$, artinya model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi jumlah urine 3 . Maka dapat disimpulkan bahwa rasa haus, mengunyah permen karet, usia,jenis kelamin, secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap jumlah urine 3 . Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,102, atau sebanyak 10,2 % sedangkan sisanya sebanyak 89,8 % ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Tabel 10 Pengaruh Simultan rasa haus, mengunyah permen karet, usia, jenis kelamin terhadap jumlah minum 2 (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	-1.254		

Rasa Haus	.185	0,109	0,009
Mengunyah permen karet	-.083		
Usia	-.001		
Jenis kelamin	.605		

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa nilai signifikan uji simultan regresi linier berganda adalah $p=0,009 < 0,05$, artinya model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi jumlah minum setelah intervensi . Maka dapat disimpulkan bahwa rasa haus, mengunyah permen karet, usia,jenis kelamin, secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap jumlah minum setelah intervensi (urine 2) . Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,109, atau sebanyak 10,9 % sedangkan sisanya sebanyak 81,1 % ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Tabel 11. Pengaruh Simultan Rasa Haus, Mengunyah Permen Karet, Usia, Jenis Kelamin Terhadap Jumlah Minum 3 (N=121)

Variabel	β koefisien	Besar Pengaruh (R Square)	P Value
(Constant)	-.713		
Rasa Haus	.185	0,105	0,011
Mengunyah permen karet	-.083		
Usia	-.001		
Jenis kelamin	.605		

(Sumber: Data primer)

Berdasarkan Tabel diatas, diketahui bahwa nilai signifikan uji simultan regresi linier berganda adalah $p=0,011 < 0,05$, artinya model regresi ini dapat

digunakan untuk memprediksi jumlah minum 3 . Maka dapat disimpulkan bahwa rasa haus, mengunyah permen karet, usia, jenis kelamin, secara bersama-sama (simultan) berpengaruh terhadap jumlah minum 3. Besar pengaruh simultan pada model ini adalah 0,105, atau sebanyak 10,5 % sedangkan sisanya sebanyak 89,5 % ditentukan oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.

Simpulan dan Saran

1. Simpulan

- a. Ada perbedaan rasa haus P value = 0,000 < 0,05. Tidak ada perbedaan IDWG P value = 0,652 > 0,05. Tidak ada perbedaan jumlah urine P value = 0,698 > 0,05. Tidak ada perbedaan jumlah minum P value = 0,451 > 0,05. Pada pasien hemodialisa kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah mengunyah permen karet .
- b. Ada perbedaan rasa haus pada pasien hemodialisa sebelum dan setelah mengunyah permen karet kelompok intervensi P Value = 0,000 < 0,05.
- c. Ada perbedaan IDWG pada pasien hemodialisa sebelum dan setelah mengunyah permen karet kelompok intervensi P Value = 0,000 < 0,05.
- d. Tidak ada perbedaan jumlah urine pada pasien hemodialisa sebelum dan setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi P value = 0,531 > 0,05.
- e. Tidak ada perbedaan jumlah minum pada pasien hemodialisa

sebelum dan setelah mengunyah permen karet pada kelompok intervensi P value = 0,665 > 0,05.

- f. Tidak ada pengaruh mengunyah permen karet terhadap rasa haus P Value = 0,460 > 0,05.
- g. Tidak ada pengaruh usia terhadap rasa haus pasien hemodialisa P Value = 0,902 > 0,05.
- h. Tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap rasa haus P Value = 0,741 > 0,05.
- i. Ada pengaruh secara simultan mengunyah permen karet rendah gula, terhadap rasa haus sebesar 0,212 kali dibandingkan tidak mengunyah permen karet walaupun tidak signifikan P Value = 0,460 > 0,05, berpengaruh terhadap IDWG P Value = 0,000 < 0,05, Berpengaruh terhadap jumlah urine P Value = 0,013 < 0,05, berpengaruh terhadap jumlah minum p Value = 0,011 < 0,05
- j. Ada pengaruh simultan rasa haus terhadap IDWG, jumlah urine dan jumlah minum P Value = 0,015 < 0,05

2. Saran

- a. Mengunyah permen karet rendah gula berpengaruh terhadap rasa haus sebanyak 0,212 kali dibandingkan dengan tidak mengunyah permen karet, dengan mengunyah permen karet terbukti menurunkan IDWG, oleh karena itu sebaiknya institusi rumah sakit khususnya perawat dapat melakukan tindakan mandiri dalam pemberian edukasi kepada

pasien yang menjalankan terapi hemodialisa dengan manajemen rasa haus dengan cara mengunyah permen karet rendah gula untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan.

- b. Disarankan melakukan penelitian lanjut tentang mengunyah permen karet dengan melibatkan faktor-faktor yang belum dikendalikan dalam penelitian ini yaitu lama waktu penelitian 2 minggu setiap responden, jumlah urine < 200 ml, riwayat merokok, riwayat penyakit terdahulu.

Daftar Pustaka

- Baradera Mary.dkk.(2008). Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Ginjal (Monica, Penerjemah) Jakarta :EGC
- Bayhakki. (2012). Klien Gagal Ginjal Kronik. Jakarta :EGC
- Black, J.M. & Hawaks, Jane Hokanson. (2009). Medical Surgical Nursing Clinic Management for Positive Outcame. Eight Edition. Volume I. USA : Elseiver Saunder Company.
- Bots, Casper, at.al (2004) Chewing Gum and a Saliva Substitute Alleviate Thirst and Xerostomia in Patients on Haemodialysis.
- Bots, Casper, at. Al (2004) Interdialytic Weight Gain in Patients on Hemodialysis is Associated Tith Dry Mounth and Thirst.
- deWit, Susan C., Kumagai, Candice K. (2013). Medical-Surgical nursing : concepts & practice. 2 ed. USA : Elsevier Saunders Inc.
- Esther, Chang.(2009). Patofisiologi, Aplikasi Pada Praktek Keperawatan. (Septoan, Penerjemah). Jakarta :EGC
- Gemini Nyoman (2011) Permen Karet Xylitol yang di Kunyah Selama 5 Menit Meningkatkan dan Mempertahankan pH Saliva Perokok Selam 3 Menit http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf_thesis/unud-297-1674913399-tesis%20ni%20nyoman%20gemi%20sari.pdf.
- Ignatovicus, D.D., Workman, M.L. (2010). Medical Surgical Nursing : Patient Centered Collaborative Care. Sixth Edition.USA : Elseiver.
- Jacob S, Locking-Cusolito H. (2004). Hirs Distress and Interdialytic Wight Gain . ACITN Journal
- Kamalia Barorotul (2013) Pengaruh Mengunyah Permen Karet Xylitol Terhadap Perubahan Rasa Haus Pada Pasien Chronic Kidney Disiase (CKD) Dengan Hemodialisis di Unit Hemodialisa RSUD Ungaran.
- Kozier. B., Glenora, Berman. A., Snyder. S.J.(2004).Fundamental of Nursing : Concept, Process, and Practice. Seventh Edition. USA : Person Education, Inc
- Lewis, Sharon L., Dirksen, Shannon R., Heitkemper, Margareth M., Bucher, L., Camera, Ian M. (2011); Medical Surgical Nursing : Assessment and Managemant of Clinical Problems.USA : Elseiver, Mosby.
- Millard Mindy, at.al (2012) Thirst and Hydration Status in Everyday Life
- Pagano, M., Gauvreau, K (1992). Principels of Biostatistics. Boston : Massachusetts.
- Peterson, Sandra J., Bredow, Timothy S. (2004). Middle Range Theories : Aplication to Nursing Research, Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Polit, Denise F., Hungler, Bernadette P. (2002). *Nursing Research : Principles and Methods*. Sixth Edition. Philadelphia : Lippincott.
- Price, Sylvia A., Wilson, Lorraine M. (2012). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi ke-6, Jakarta : EGC
- Said, H., Mohammed, H (2013). Effect of Chewing Gum on Xerostomia, Thirst and Interdialytic Weight Gain in Patients on Hemodialysis. *Life Science Journal*
- Sherwood Lauralee (2012) *Fisiologi Manusia*. Edisi Keenam : EGC
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H.(2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 12 th ed. Philadelphia : By Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Willkins.
- Susilo, W.H. (2011). *Statistika & Aplikasi untuk Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Trans Info Media.
- Susilo, W.H. Limakrisna, N. (2012), *Biostatistika Lanjut*. Jakarta : Trans Info Media.
- Susilo, W.H. Aima, Suprapti. (2014), *Biostatistika Lanjut dan Aplikasi Riset* .Jakarta : Trans Info Media.
- Tabane.L.(2004). *Sample Siza Determination in Clinical Trial*. Hamilton : Faculty of Health Sciences Mc Master University.
- Watson, R., McKenna, H., Cowman, S., Keady,J.(2008). *Nursing Research : Desain and Methods*.USA : Elseiver.
- Ganong, W.(2002) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi Kedua Puluh : EGC
- Yahrini (2009) *Pengaruh Mengunyah Permen Karet Rendah Gula Terhadap Peningkatan Sekresi Saliva pada Pasien Yang Menjalankan Hemodialisa di RSUD Kota Langsa*.
- _____ (2007). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi ketiga. Jakarta : Balai Pustaka.

Implementasi Fungsi Manajemen Dalam Pelaksanaan Discharge Planning

Wiwin Sulistyawati¹

¹ Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri,
Kampus FIK UNIK. Jl. Selomangleng no 1 Kota Kediri, Jawa Timur

E-mail: tya_nersunair@yahoo.com

Abstract: Discharge planning can reduce patient readmission. This study aimed to identify relationship of implementation management function to the implementation of discharge planning. Design research was descriptive correlation with cross sectional approach. Data were collected through primary data as much as 121 nurses and also secondary data from patient medical records related to discharge planning documentation. The sampling technique was simple random sampling and proportional sampling. Data were analyzed by spearman correlation. The result showed a significant correlation between implementation of management function ($p=0,001$) and the implementation of discharge planning. It is recommended the need for understanding the function of good management by the head nurse to improve implementation of nursing care in particular discharge planning.

Key words: Management Function, Discharge Planning, Nurses

Abstrak: Discharge planning dapat menurunkan angka rawatan ulang. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi hubungan implementasi fungsi manajemen dengan pelaksanaan discharge planning. Desain penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Sampel penelitian adalah perawat dan dokumen discharge planning masing-masing sebanyak 121. Cara pengambilan data menggunakan simple random sampling dan proportional sampling. Analisis data menggunakan korelasi Spearman. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan implementasi fungsi manajemen dengan dengan pelaksanaan discharge planning ($p =0,001$). Hasil penelitian ini merekomendasikan perlunya pemahaman fungsi manajemen yang baik oleh kepala ruangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya discharge planning.

Kata Kunci: Fungsi Manajemen, Discharge Planning. Perawat Pelaksana.

Pendahuluan

Discharge planning yang belum optimal menimbulkan dampak bagi pasien. Dampak tersebut adalah meningkatnya angka rawatan ulang dan pada akhirnya pasien akan menanggung pembiayaan untuk biaya rawat inap di rumah sakit (Perry & Potter, 2008). Kondisi kekambuhan pasien ini tentunya sangat merugikan pasien dan keluarga dan juga RS. RS yang mengalami kondisi ini lambat laun akan ditinggalkan oleh pelanggan (Hariyati, 2014).

Beberapa penelitian dilakukan untuk meneliti dampak pelaksanaan discharge planning yang kurang optimal. Penelitian yang dilakukan oleh Moore, Ligget & Pierson (2003) menunjukkan 49% pasien kembali ke klinik setelah pulang dari RS karena mempunyai masalah dengan kesehatan. Data di Indonesia, pada tahun 2010 di tiga RS di Kota Bukittinggi didapatkan bahwa terdapat 10% pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) mengalami rawatan ulang. Diperkirakan bahwa salah satu penyebab terjadinya rawatan ulang yaitu kemungkinan ketidaksiapan pasien pulang ke rumah dengan rata-rata rentang pasien yang mengalami rawatan ulang dari rawatan sebelumnya tiga sampai enam bulan (Wahyuni, Nurachmah & Gayatri, 2012).

Pelaksanaan discharge planning yang tepat bermanfaat bagi pasien. Cherlin, Curry, Thompson, Greysen, Spatz, Krumholz, & Bradley (2012) menyatakan

discharge planning mengurangi resiko kematian pasien Infark Miocardial Acute (IMA) pasca 30 hari keluar dari RS. Hal senada juga diungkapkan oleh Fox, Persaud, Maimets, Broks, O'Briens, & Trenggono (2013) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara discharge planning dengan penurunan angka rawatan ulang dalam satu sampai 12 bulan indeks pemulangan pasien.

Keberhasilan discharge planning dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor tersebut antara lain keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus serta personil discharge planning (Poglitich, Emery & Darragh, 2011). Faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan discharge planning dari rumah sakit ke rumah yaitu fungsi manajemen kepala ruangan (Azies, Nurachmah, & Notoadmojo, 2012).

Fungsi manajemen kepala ruangan berdampak terhadap keberhasilan pelaksanaan discharge planning. Menurut Sitorus & Panjaitan (2011) manajemen keperawatan merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui staf di bawah tanggung jawabnya dalam bentuk asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarganya. Kegiatan keperawatan yang berkaitan dengan fungsi manajemen diantaranya pada perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Azies, Nurachmah &

Notoatmojo (2002) tentang persepsi kepala ruangan dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan didapatkan data pada variabel fungsi manajemen, fungsi perencanaan diperoleh sumber belum optimal, fungsi pengorganisasian diperoleh uraian tugas belum jelas, fungsi pengarahan diperoleh tema pendelegasian, dan dari fungsi pengawasan diperoleh penampilan kinerja belum terlaksana secara berkesinambungan, standar praktik belum difungsikan secara optimal, pendidikan kepala ruangan belum selesai, dan tema aspek psikososial.

Discharge planning merupakan salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan. Beberapa RS belum melakukan penilaian pelaksanaan discharge planning di RS dengan instrumen yang objektif, dan terstruktur mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Metode Penelitian

Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan rancangan penelitian cross sectional untuk mengidentifikasi hubungan implementasi fungsi manajemen dengan pelaksanaan discharge planning. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap RS tipe B di Jakarta Barat. Sampel diambil dengan teknik simple random sampling dengan melakukan undian nomor urut perawat sesuai dalam daftar perawat di ruang tersebut. Kriteria inklusi

adalah perawat di ruang rawat inap yang tidak sedang tugas belajar. Jumlah sampel sebanyak 121 orang.

Data dikumpulkan menggunakan kuesioner implementasi fungsi manajemen untuk perawat pelaksana dan panduan observasi discharge planning untuk dokumen discharge planning. Kuesioner implementasi tentang fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian yang berfokus pada pelaksanaan perencanaan pulang berisi 24 pernyataan yang dibuat peneliti berdasarkan fungsi manajemen menurut Marquis & Huston (2010). Pedoman observasi dokumen mengacu pada pedoman observasi pelaksanaan discharge planning National Council of Social Services (NCSS) dan Rofi'i (2011).

Hasil uji validitas menggunakan Pearson product moment didapatkan nilai validitas antara 0,461-0,805. Hasil uji reliabilitas instrumen dengan alpha cronbach didapatkan $r = 0,861$. Penelitian ini mempertimbangkan prinsip dasar etik penelitian keperawatan yaitu menghormati harkat dan martabat manusia, menghormati privasi dan kerahasiaan subjek, menghormati keadilan dan inklusivitas, serta memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan. Penelitian ini sudah lolos uji etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

nomor
0323/UN2F2.D/HKP.02.04/2015.

tahun dengan umur termuda 21 tahun dan tertua 45 tahun, dan rerata lama kerja 5 tahun dengan lama kerja tersingkat 2 tahun dan terlama 13 tahun. Tingkat pendidikan dan Unit Kerja dijelaskan secara rinci pada tabel berikut.

Hasil Penelitian.

Karakteristik Responden

Sebagian besar jenis kelamin responden adalah perempuan (90,1%), rerata umur responden 27

Tabel 1 Karakteristik perawat di RSUD C di Jakarta Barat Juni 2015 (n=121)

Variabel	Frekuensi (n=121)	Persentase (%)
Pendidikan n (%)		
DIII Keperawatan	109	90,9
S1 Keperawatan/ Ners	12	9,1
Unit kerja		
Penyakit Dalam dan Bedah	89	73,5
Isolasi	15	12,4
Anak	17	14,1

Tabel 2 Hubungan implementasi fungsi manajemen dengan pelaksanaan discharge planning di RSUD C Jakarta Barat Juni 2015 (n=121).

Variabel	Pelaksanaan Discharge Planning	
	r	Nilai p
Implementasi fungsi manajemen	0,587	0,001*
a. Perencanaan	0,528	0,001*
b. Pengorganisasian	0,516	0,001*
c. Ketenagaan	0,372	0,001*
d. Pengarahan	0,439	0,001*
e. Pengendalian	0,470	0,001*

* Bermakna pada α 0,05.

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan implementasi fungsi manajemen dengan pelaksanaan discharge planning ($p=0,001$) dengan tingkat hubungan sedang dan berpola positif ($r=587$). Terdapat hubungan subvariabel perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian dengan pelaksanaan discharge planning dengan kekuatan hubungan sedang kecuali ketenagaan yang mempunyai kekuatan hubungan rendah, pola hubungan positif. Hal ini menunjukkan semakin tinggi persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajemen maka semakin meningkat pelaksanaan discharge planning di ruang rawat inap RS.

Pembahasan

Sebagian besar perawat yang menjadi responden di tempat penelitian adalah perempuan. Banyaknya perawat dalam penelitian ini tidak mempengaruhi hasil penelitian karena jenis kelamin tidak berpengaruh pada kinerja, dalam penelitian ini pelaksanaan discharge planning. Robbins dan Judge (2013) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam kinerja, kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, motivasi dan dorongan kompetitif.

Mayoritas perawat yang menjadi responden berpendidikan D3 Keperawatan. Faktor pendidikan penting dalam implementasi sistem jenjang karir karena kualifikasi jenjang karir yang diakui oleh

Depkes (2006) adalah perawat dengan minimal pendidikan keperawatan D3 Keperawatan. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan discharge planning. Hal senada juga disampaikan Hariyati, Afifah & Handiyani (2010) mengatakan bahwa tidak ada korelasi antara tingkat pendidikan dan persepsi tentang pelaksanaan discharge planning sebelum dan sesudah penjelasan discharge planning yang terstruktur dan terencana.

Rerata umur perawat di tempat penelitian berada pada umur produktif yaitu 27 tahun. Apabila RS bisa mengelola sumber daya ini dengan baik sesuai dengan potensinya bisa menjadi aset yang potensial bagi RS. Hal ini sesuai dengan Robbins dan Judge (2013) yang menyatakan bahwa produktivitas seseorang dipengaruhi oleh umur. Rerata lama kerja perawat di RSUD C adalah 5 tahun. Hal ini bisa dijelaskan karena RS tersebut baru berumur 13 tahun dengan status kepegawaian mayoritas pegawai RS bukan PNS. Hal ini bisa mempengaruhi produktivitas kerja perawat sesuai dengan Siagian (2009) yang menyatakan lama kerja mempengaruhi pengalaman dan produktivitas, semakin lama kerja semakin banyak pengalaman dan produktivitas meningkat.

Sebagian besar persepsi perawat tentang fungsi manajemen dalam pelaksanaan discharge

planning mempunyai poin 41 (97,6%). Pelaksanaan fungsi manajemen sudah berjalan. Kepala Ruangan dan Ketua Tim melakukan controlling dan monitoring terhadap pelaksanaan discharge planning. Perawat melakukan discharge planning sesuai dengan SOP dan alur discharge planning di RS. Kolaborasi antar tim discharge planning sudah dilakukan akan tetapi pendokumentasian edukasi belum terintegrasi.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara fungsi manajemen dengan pelaksanaan discharge planning di ruang rawat inap RSUD C dengan kekuatan hubungan sedang dan berpola positif. Hal ini sejalan dengan penelitian Poglits, Emery & Darach (2011) yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan discharge planning antara lain keterlibatan dan partisipasi, komunikasi perjanjian dan konsensus serta personil perencanaan pulang.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara subvarabel perencanaan dengan pelaksanaan discharge planning. Hal ini terjadi karena di RSUD C sudah memiliki kebijakan, SOP dan alur perencanaan pulang. Marquis & Huston (2010) menjelaskan aktivitas dalam perencanaan adalah menyusun hierarki perencanaan yang dimulai dari visi, misi, filosofi, sasaran, tujuan, kebijakan, prosedur, dan peraturan RS.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Cherie (2005) yang menjelaskan tujuan perencanaan antara lain untuk member arah organisasi, meningkatkan efisiensi, menghilangkan kesalahan yang berulang, memfokuskan pada sumber daya untuk pelayanan yang penting, mengurangi pekerjaan yang akan datang dan meningkatkan aktivitas koordinasi.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengorganisasian dengan pelaksanaan discharge planning. Hal ini dikarenakan di RSUD C sudah menggunakan metode tim, dan sudah ada uraian tugas perawat. Metode tim memungkinkan perawat saling berkoordinasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan Sitorus & Panjaitan (2011) yang menyatakan pengorganisasian pemberian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh dua faktor yaitu metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan dan ketenagaan keperawatan.

Ketenagaan mempunyai hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan discharge planning. Berdasarkan hasil kuesioner jumlah perawat di RSUD C dirasakan cukup untuk melaksanakan discharge planning. Ketenagaan berperan terhadap pelaksanaan discharge planning. Swansburg (2010) menyatakan bahwa penempatan staf yang kompeten akan memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Ketenagaan yang baik akan membuat pasien

mendapatkan asuhan keperawatan dari staf yang kompeten. Fungsi ketenagaan meliputi proses rekrutmen, orientasi, sosialisasi pegawai, perhitungan tenaga, dan pengembangan.

Pengarahan mempunyai hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan discharge planning. Kepala Ruangan melakukan supervisi berkala terhadap kompetensi perawat dalam melakukan discharge planning. Ketua Tim membantu menyelesaikan masalah yang timbul pada saat perencanaan pulang. Swansburg (2010) menyatakan bahwa pengarahan meliputi kegiatan supervise, komunikasi antara atasan, sejawat dan staf, kolaborasi dan koordinasi, manajemen konflik dan motivasi terhadap staf.

Pengendalian mempunyai hubungan yang bermakna dengan pelaksanaan discharge planning. Pengendalian pelaksanaan discharge planning dilakukan dengan melaporkan hasil pelaksanaan discharge planning secara berkala, dan setiap pasien pulang diberikan kuesioner kepuasan pasien. Pengendalian merupakan cara belajar untuk lebih baik. Marquis & Huston (2010) menyatakan bahwa pengendalian meliputi pengukuran kinerja, program pengendalian mutu, dan audit keperawatan.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Putra, Hamid, & Mustikasari (2007) yang menyatakan bahwa ada pengaruh signifikan antara fungsi manajemen

dengan pelaksanaan praktek keperawatan dengan pola hubungan yang positif artinya semakin baik fungsi manajemen dilakukan akan berdampak pada terwujudnya praktek keperawatan dan peningkatan asuhan keperawatan yang akan diterima klien. Discharge planning sebagai bagian dari asuhan keperawatan akan optimal pelaksanaannya apabila didukung oleh pelaksanaan fungsi manajemen yang baik oleh pimpinan.

Simpulan Dan Saran

Hasil penelitian ini yaitu (1) karakteristik perawat di ruang rawat inap RSUD C rerata umur 27 tahun dengan rentang umur 21 sampai dengan 45 tahun. Mayoritas berjenis kelamin perempuan, berpendidikan D3 Keperawatan, dan sebagian besar perawat pada unit kerja penyakit dalam dan bedah, (2) implementasi fungsi manajemen di ruang rawat inap RSUD C mempunyai rerata 41 (97,6%), nilai persepsi terendah 21 dan tertinggi 42, 95% persepsi perawat tentang pelaksanaan fungsi manajemen mempunyai nilai 38,81-40,40, (3) tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik perawat pelaksana (jenis kelamin, tingkat pendidikan, umur, dan lama kerja) dengan pelaksanaan discharge planning, (4) ada hubungan yang bermakna antara implementasi fungsi manajemen dengan pelaksanaan discharge planning, dan implementasi fungsi manajemen

baik diperlukan untuk pelaksanaan discharge planning, selain itu pelaksanaan discharge planning perlu melibatkan tim kesehatan lain secara terintegrasi.

Daftar Pustaka

- Azies., Nurachmah, E., & Notoatmojo. (2012). Persepsi kepala ruangan dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. eISSN:2354-9203.
- Caroll, A & Dowling. (2007). Discharge planning: Communication, education, and patient participation. *British Journal of Nursing*. 16. 15-21.
- Coleman, E & Chalmers, S. (2006). The care transition intervention: Results of randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 166. 1822-1828. <http://www.archintermed.com/>.
- Cherlin, E., Curry, L., Thompson, J., Greysen, S., Spatz, E., Krumholz, H., & Bradley, E. (2012). Features of high quality discharge planning for patients following acute myocardial infarction. *Journal general internal medicine*. 28(3):436-443. Doi:10.1007/s11.606-012-2234-y.
- Cherie, A. (2005). Nursing leadership and management. USAID Cooperative Agreement.
- Fox, M., Persaud, M., Maimets, I., Broks, D., O'Briens, K., & Trenggono, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta analysis. *BMC Geriatrics*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/70>.
- Hariyati, R. T. S. (2004). Correlation of stress management with preparing and adaptive response of stroke patient. *Nursing Journal Indonesia*. Vol 8.
- Hariyati, R. T. S., Afifah, E., & Handiyani, H. (2010). Developing prototype model of discharge planning with CD learning media in Indonesia. *Scientifics Research and Essays*. Vol 5 (12), pp 1463-1469. ISSN 1992-2248. <http://www.academicjournals.org/SRE>.
- Marquis, B. & Huston, C. (2010). Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Teori dan Aplikasi. Edisi 4. Terjemahan oleh: Widyati, WE, Handayani & Fruriolina Handayani. Jakarta: EGC. (Buku Asli diterbitkan tahun 2003).
- Moore., Ligget., & Pierson. (2003). Medical errors related to discontinuity of care from an patient to an outpatient setting. *Journal General Internal Medicine*. 18:646-65.
- Putra., Hamid, A.Y., Mustikasari. (2007). Pengaruh lingkungan

- kerja perawat terhadap pelaksanaan praktek keperawatan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Jurnal Kedokteran Brawijaya. Vol XXIII. <http://jkb.ub.ac.id>
- Perry A. G., & Potter P. A. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, & praktik. (Volume 1, Edisi 4). (Alih bahasa: Yasmin Asih, et al: Editor edisi bahasa Indonesia Devi Yulianti, Monica Ester). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Poglitsch, L. A., Emery, M., & Darragh, A. (2011). A qualitative study of determinant of successful discharge for older adult inpatient. Journal of American Physical Therapy Association. (ISSN 1538-6724).
- Rofi'i., Hariyati., & Pujasari. (2012). Perjanjian dan konsensus dalam pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di rumah sakit. Jurnal Keperawatan Indonesia. Volume 15 (3), 207-214. <http://jki.ui.ac.id>.
- Siagian, S.P. (2006). Teori dan praktek kepemimpinan. Cetakan kelima. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Swanburg, R. C. (2010). Management and leadership for nurse administration. Boston: Jones & Bartlet Pub.
- Wahyuni., Nurachmah, E., & Gayatri. (2012). Kesiapan pulang pasien penyakit jantung koroner melalui penerapan discharge planning. Jurnal Keperawatan Indonesia. Vol 15(3):151-58. <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/3>

Faktor Rendahnya Kesadaran Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi

Nurul Aini ¹

¹ Prodi Ilmu Keperawatan FIKES Universitas Muhammadiyah Malang
Jl. Bendungan Sutami 188A
e-mail : nurulaini_56@yahoo.co.id

Abstract: Globalization and technological developments have brought a tremendous impact in the association adolescents. Ease of access and copying unhealthy sexual behavior is one example of the negative impact of developments in technology. Adolescent sexual behavior that does not conform to religious norms, societal norms, norms immoral and stage of development of adolescence tends to be high occurs not only in the metropolis but also in tourism and Education City. Knowledge of reproductive health has been owned by teenagers, was not accompanied by the development of awareness to foster a sense of belonging to the reproductive health status. Dangers of the most feared due to low awareness of reproductive health is sex behavior that can result in unwanted pregnancy, abortion, early marriage, and the farthest is the HIV/AIDS ready-threatening. Adolescent reproductive health conditions of today tend to worry, because the attitude of teenagers who have a low awareness on reproductive health is actually being sick. Long-term goal of this research is to find the root of the problem from various angles deviant behavior of adolescent reproductive health. The study design was observational with cross sectional study approach and using ordinal logistic regression analysis to infer data. The study population is adolescents aged 13-18 years in Malang. The result showed the fact that biological and psychological factors have the greatest impact with value odds ratio of 0.29. Results of this research into materials essential for the world of health information and education to determine policies in the prevention and control behaviors in adolescent reproductive health irregularities.

Keywords: factor, adolecense, reproductive health.

Abstrak: Globalisasi dan perkembangan teknologi telah membawa dampak yang luar biasa dalam pergaulan remaja. Kemudahan mengakses dan mencontoh perilaku seks tidak sehat merupakan salah satu contoh dampak negatif dari perkembangan tehnologi. Perilaku seksual remaja yang tidak sesuai dengan norma agama, norma masyarakat, norma asusila dan tahap perkembangan usia remaja cenderung tinggi terjadi tidak hanya di kota metropolitan tetapi juga di Kota pariwisata dan Kota Pendidikan. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sudah dimiliki oleh remaja, ternyata tidak diiringi dengan perkembangan kesadaran untuk menumbuhkan sense of belonging terhadap status kesehatan reproduksinya. Bahaya yang paling ditakutkan akibat rendahnya kesadaran terhadap kesehatan reproduksi adalah perilaku seks bebas yang dapat berakibat pada kehamilan tak diinginkan, abortus, pernikahan dini, dan yang paling ujung adalah HIV/AIDS siap mengancam. Kondisi kesehatan reproduksi remaja saat ini cenderung mengkhawatirkan, karena remaja yang memiliki kesadaran sikap yang rendah terhadap kesehatan reproduksinya sejatinya sedang sakit. Tujuan jangka panjang

penelitian ini adalah menemukan akar masalah dari berbagai sudut penyimpangan perilaku kesehatan reproduksi remaja. Desain penelitian observasional dengan pendekatan study cross sectional serta memakai analisis regresi logistik ordinal untuk menyimpulkan data. Populasi penelitian adalah remaja yang berusia 13-18 tahun di Malang Raya. Hasil penelitian didapatkan fakta bahwa faktor biologis dan psikologis mempunyai pengaruh yang paling besar dengan nilai odd ratio sebesar 0,29. Hasil penelitian ini menjadi bahan informasi penting bagi dunia kesehatan dan dunia pendidikan untuk menentukan kebijakan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan perilaku penyimpangan kesehatan reproduksi pada remaja.

Kata Kunci : Faktor, Remaja, Kesehatan Reproduksi

Pendahuluan

Masa remaja merupakan jembatan antara masa kanak-kanak yang bebas menuju masa dewasa yang menuntut tanggung jawab. Seiring bertambahnya usia, para remaja juga ingin menambah pengalaman dengan cara mencoba-coba apa yang mereka tidak lakukan di masa kanak-kanak. Remaja mulai meninggalkan nilai-nilai yang dianutnya dan menuju nilai-nilai yang dianut orang dewasa, kemudian mulai meragukan nilai-nilai yang diterima pada waktu anak-anak dan mulai mencari nilai sendiri (Kusmiran, 2011).

Remaja menghabiskan banyak waktu bersama teman sebaya dan lebih sedikit dengan keluarga. Remaja cenderung memilih teman yang serupa dengan mereka dalam gender, suku bangsa, kesukaan dan kegemaran serta dalam hal lain. Teman juga memengaruhi satu sama lain, terutama dalam masalah yang beresiko (Papalia, dkk, 2009).

Globalisasi dan perkembangan teknologi telah membawa dampak yang luar biasa dalam pergaulan

remaja. Kemudahan mengakses dan mencontoh perilaku seks tidak sehat merupakan salah satu contoh dampak negatif dari perkembangan teknologi. Hal ini terlihat dari gaya berpacaran remaja diselingi dengan perilaku seksual yang tidak sesuai dengan norma agama, norma masyarakat, norma asusila dan tahap perkembangan usia remaja.

Perilaku seksual remaja yang tidak sesuai dengan norma agama, norma masyarakat, norma asusila dan tahap perkembangan usia remaja cenderung tinggi terjadi tidak hanya di kota metropolitan tetapi juga di Kota pariwisata dan Kota Pendidikan. Hasil laporan media massa Jawa Timur menyatakan bahwa kehidupan seksual di Kota Surabaya memprihatinkan, karena 50% remaja mengaku telah melakukan hubungan seksual pranikah. Data ini didukung dengan hasil penelitian yang melibatkan 900 ribu jiwa remaja yang menjadi responden bahwa sebesar 60% remaja mengaku telah melakukan aborsi.

Salah satu data perilaku seksual yang tinggi di Kota Pariwisata ditunjukkan oleh hasil penelitian Roy

(2011) di Kota Padang yang merupakan ikon pariwisata Sumatra Barat. Hasil penelitian tersebut terdapat 80% remaja Kota Padang melakukan hubungan seksual pranikah, 72.3% melakukan aborsi 33.3% remaja membaca buku porno, 23.3% menonton film porno, dan 16.7% melihat gambar porno. Fenomena perilaku seksual pada remaja juga terjadi di Malang Raya. Sebagai kawasan pusat pendidikan sekaligus pusat pariwisata, yang meliputi Kota dan Kabupaten Malang serta Kota Batu sangat rentan dengan masalah perilaku seksual remaja yang berisiko yang dapat merupakan cerminan dari kesehatan reproduksi yang menyimpang.

Hasil wawancara dengan beberapa guru SMP dan SMK di Malang Raya memaparkan bahwa ada siswa/siswi di sekolahnya sebagai pelaku seks. Perilaku seksual di usia dini tersebut dilakukan oleh beberapa siswa SMP ataupun SMK dengan alasan sebagai bukti cinta dan rasa sayang kepada pacar. Penelitian yang dilakukan oleh Riva Carlina pada tahun 2013 dengan melibatkan 8 SMP di Kota Batu yang memilih responden 191 menunjukkan hasil yang mengarah pada remaja beresiko tinggi untuk melakukan hubungan seks pranikah. Sebanyak 26.1% kadang-kadang mengakses situs porno, dan 4.3% sering mengakses situs porno. Sebesar 35.9% remaja kadang-kadang menonton film khusus untuk orang dewasa, dan 14.1% mengaku sering menonton video porno. Remaja

yang mengaku melakukan ciuman bibir dan pipi sebesar 33.7%, melakukan sentuhan melebihi pegangan tangan ketika berpacaran 33.7%, dan remaja yang mengaku melakukan hubungan seksual pranikah sebesar 3.3%.

Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sudah dimiliki oleh remaja, melalui media informasi sangat mudah mendapatkannya. Namun dengan banyaknya pengetahuan yang dimiliki oleh remaja ternyata belum mampu untuk menumbuhkan sense of belonging terhadap status kesehatan reproduksinya. Keadaan ini tidak bisa dibiarkan mengalir dan terus mengalir tanpa ada penyelesaian yang nyata. Masa depan anak bangsa harus diselamatkan. Bahaya yang paling ditakutkan akibat rendahnya kesadaran terhadap kesehatan reproduksi adalah perilaku seks bebas yang dapat berakibat pada kehamilan tak diinginkan, abortus, pernikahan dini, dan yang paling ujung adalah HIV/Aids siap mengancam. Data pada tahun 2011 menunjukkan makin meningkatnya kasus intercourse pranikah, meningkatnya kehamilan tak diinginkan, serta meningkatnya penyakit menular seksual yang dialami remaja usia 12 sampai 21 tahun di Indonesia khususnya di Jawa Timur. Profinsi ini juga pernah berada pada urutan tertinggi jumlah penderita HIV/AIDS (Tempo, 20 november 2011). Dinas kesehatan kota Malang menyebutkan bahwa jumlah orang hidup dengan HIV/Aids di Kota Malang hingga Maret 2014

mencapai 2.929 orang. Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan kesehatan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya (WHO, 2008).

Remaja yang memiliki kesadaran sikap yang rendah terhadap kesehatan reproduksinya sejatinya sedang sakit. Oleh karena sedang sakit, maka perlu diberikan pertolongan, bukan dihakimi atau dihukum saat mengalami penyimpangan perilaku kesehatan reproduksi. Rendahnya kesadaran sikap tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal. Kedua faktor tersebut sama-sama kuat. Untuk mengatasi permasalahan yang ada, maka akar masalah harus ditemukan sehingga dapat ditentukan intervensi yang tepat. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dalam penelitian ini akan menganalisa faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya kesadaran remaja tentang kesehatan reproduksi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya kesadaran remaja tentang kesehatan reproduksi.

Metode Penelitian

Penelitian dilakukan dengan desain penelitian observasional dengan desain penelitian study cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa SMP dan SMU di

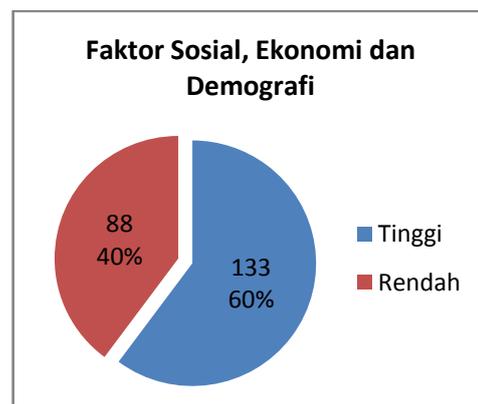
Malang Raya. Teknik pengambilan sample yang digunakan adalah tehnik purposive sampling dengan sample sebanyak 221 responden.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner yang terdiri dari kuesioner tentang faktor Hormonal, faktor pengetahuan, faktor orangtua, faktor teman, faktor iklan, faktor demografis, faktor psikologis, faktor kelas sosial. Perhitungan statistik dengan uji chi square untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel. Kemudian uji regresi logistic ganda dilakukan untuk menguji signifikansi hubungan variabel-variabelin dependen secara simultan dengan variable dependen dan mengetahui faktor yang paling berpengaruh.

Hasil dan Pembahasan

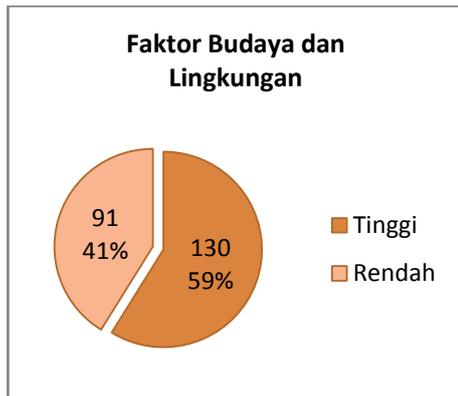
Hasil

1. Karakteristik Responden



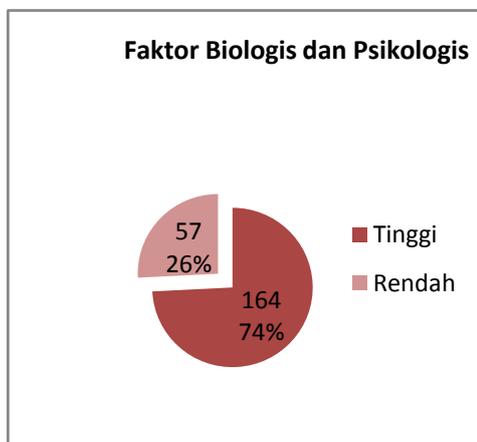
Gambar .1 Distribusi Frekuensi Faktor Sosial, ekonomi dan Geografi pada Remaja di Malang

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Faktor Budaya dan Lingkungan



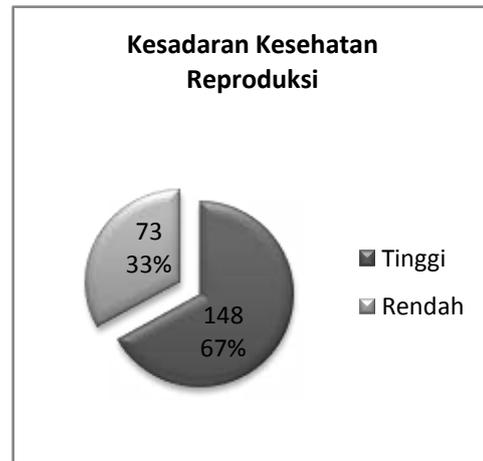
Gambar 2. Distribusi Frekuensi Faktor Budaya dan Lingkungan pada Remaja di Kota Malang

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Faktor Biologis dan Psikologis



Gambar .3 Distribusi Frekuensi Faktor Biologis dan Psikologis pada Remaja di Kota Malang

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Kesadaran Kesehatan Reproduksi



Gambar 4 Distribusi Frekuensi Kesadaran Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Kota Malang

Analisis Data

Analisis data bivariat dengan menggunakan chi square dengan derajat kemaknaan sebesar 5 % dilakukan untuk mengetahui pengaruh tiap variabel.

Analisis Data Multivariat

Analisa data multi variat dengan menggunakan uji regresi logistic ganda dengan derajat kemaknaan sebesar 5 % dilakukan untuk menguji signifikansi hubungan variabel-variabelin dependen secara simultan dengan variabel dependen dan mengetahui faktor yang paling mempengaruhi antara X1 (factor social ekonomi dan demografi), X2 (factor budaya dan lingkungan), dan X3 (factor biologis dan psikologis). Adapun table hasil uji analisa data dalam regresi logistic ganda yaitu :

Tabel 1 Hasil uji Analisa Regresi Logistik Ganda

No	Faktor	C	Sign	OR
1	Sosial, ekonomi demografi	-2.676	0,000	0,069
2	Budaya dan lingkungan	-.592	0,122	0,553
3	Biologis dan Psikologis	-1.525	0,009	0,218

Nilai dari hasil uji regresi logistik ganda yang dilakukan secara bersamaan pada ketiga variable didapatkan hasil nilai signifikan adalah sebagai berikut, X1 (0,000), X2 (0,122) dan X3 (0,009). Dari hasil tersebut maka dapat dikatakan bahwa ketika diuji secara bersamaan (simultan) X2 dikatakan tidak signifikan karena nilai sig. X2 > 0,005. Sehingga untuk menentukan faktor manakah yang paling berpengaruh, hanya membandingkan nilai odds ratio (OR) dari X1 dan X3 saja, yaitu 0,069 dan 0,218. Dimana dari nilai kedua variable tersebut yang memiliki odds ratio paling besar adalah pada faktor biologis dan psikologis.

Pembahasan

- 1) Hubungan Faktor Sosial, Ekonomi Dan Demografi Terhadap Kesadaran Kesahata Reproduksi Remaja

Hasil uji chi square didapatkan nilai besaran probabilitas (sig.) $0.000 < 0.05$ dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara faktor sosial, ekonomi dan geografi dengan kesadaran kesehatan reproduksi remaja. Dari hasil penelitian

didapatkan bahwa mayoritas responden berada pada tingkat sosial, ekonomi dan demografi yang tinggi, hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh survei demografi dan kesehatan indonesia (SDKI) pada tahun 2012. Dalam penelitiannya menyatakan bahwa variasi provinsi dan kabupaten secara signifikan mempengaruhi peluang terjadinya hubungan seksual pranikah baik dengan atau tanpa mempertimbangkan kesehatan reproduksi. Zahan (2014), mengemukakan bahwa faktor demografi memiliki hubungan dengan tingkat kesadaran remaja terhadap kesehatan reproduksi remaja. Pertumbuhan penduduk secara bertahap terus meningkat namun dalam hal sanitasi, makanan, air dan pendidikan tidak terjadi peningkatan seperti halnya dengan peningkatan populasi penduduk yang akhirnya menyebabkan ketidakseimbangan. Pendidikan dan pekerjaan menjadi salah satu penentuan penting dalam kesadaran remaja mengenai kesehatan reproduksi. Tafoya, 1989; Thomas & Quinn, 1991; Wyatt, 1997 dalam Zahan (2014), mengungkapkan bahwa dalam lingkungan

masyarakat terdapat kaum mayoritas dan minoritas, anggota masyarakat yang merupakan obyek bias potensial ekonomi atau sosial. Ketidakseimbangan ekonomi dapat menyebabkan terjadinya perbedaan dalam hal pendidikan dan pekerjaan, anggota masyarakat dengan ekonomi ke bawah memiliki tingkat kesadaran yang lebih rendah mengenai kesehatan reproduksi, hal tersebut dikarenakan remaja dengan ekonomi kebawah lebih jarang mendapatkan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi.

2) Hubungan Faktor Budaya Dan Lingkungan Terhadap Kesadaran Kesehatan Reproduksi Remaja

Hasil uji chi square yaitu didapatkan nilai besaran probabilitas (sig.) sebesar $0,000 < 0,005$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara faktor budaya dan lingkungan dengan kesadaran kesehatan reproduksi remaja, hal tersebut sesuai dengan pernyataan Komala (2013), mengungkapkan bahwa lingkungan keluarga, struktur keluarga dan komunikasi dalam keluarga memiliki nilai-nilai dan norma-norma yang berbeda dengan keluarga yang lain yang dapat mempengaruhi pola perilaku seksual remaja karena adanya beberapa hal seperti beberapa keluarga lebih protektif terhadap pergaulan dari anggota keluarga lainnya dan terganggunya komunikasi antara

anak remaja dan orang tua, akibat anggapan tabu untuk memperbincangkan soal-soal sistem, fungsi dan alat reproduksi. Ketidaktahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi akan membawa akibat yang serius, seperti remaja akan mengalami kehamilan tidak dikehendaki (unwanted pregnancy), yang dalam sistem dan nilai di Indonesia, berarti petaka berkepanjangan. Selain lingkungan keluarga, lingkungan antar teman sebaya juga dapat mempengaruhi pola perilaku seksual remaja karena pada masa remaja, interaksi dan keberadaan remaja dengan orang tua mereka cenderung berkurang karena adanya kebutuhan yang besar untuk bersama dengan kelompok sebayanya. Hal ini mengakibatkan kontrol orang tua menjadi berkurang dan pengaruh teman sebaya menjadi meningkat dan tidak jarang persepsi orang tua dianggap kuno oleh para remaja. Remaja cenderung mengikuti pendapat kelompoknya dan berperilaku sesuai kesepakatan. Sehingga seringkali para remaja berperilaku yang dimana perilaku tersebut mengandung resiko yang besar salah satunya yaitu perilaku seksual yang dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Ahmadian et all (2005). Lingkungan masyarakat juga menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seksual dan kesadaran mengenai kesehatan reproduksi remaja. Dilingkungan pedesaan seks cenderung dianggap sebagai hal yang tabu sedangkan di

kota besar pergaulan bebas antara jenis kelamin di kalangan remaja terus meningkat. Hal ini disebabkan karena kematangan seksual remaja datang lebih cepat dan perkembangan tuntutan masyarakat yang menuntut usia perkawinan yang meningkat, sehingga untuk menyalurkan dorongan seksualnya tersebut remaja mencari solusi yang membenarkan dirinya dalam mengambil setiap keputusan untuk meresponnya dan mengabaikan perkembangan organ reproduksi. Zahan (2014), mengungkapkan bahwa dalam setiap lingkungan masyarakat memiliki perbedaan budaya, dari perbedaan budaya tersebut masih ada budaya yang menerapkan norma-norma dan nilai-nilai yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi dan perilaku seksual anggota masyarakatnya, seperti masih terdapat kuatnya larangan terhadap perilaku seks diluarnikah, larangan tersebut dibuat untuk mencegah terjadinya infeksi STD atau HIV dan kehamilan remaja usia dini.

Perilaku berpacaran atau menjalin hubungan romantis dengan pasangan dalam era globalisasi ini cenderung mengadopsi budaya barat, sehingga perilaku yang diwujudkan lebih bersifat permisif. Memiliki pasangan atau dalam kata lain memiliki pacar dapat menjadi hal yang mempengaruhi kesadaran tentang kesehatan reproduksi, hal ini disebabkan oleh nafsu, nafsu yang timbul ketika sedang bersama pasangan. Pasangan yang sedang

berpacaran, lebih memungkinkan untuk melakukan kontak fisik berupa sentuhan kepada pasangannya. Sensasi yang timbul dapat berlebihan dan apabila tidak terkontrol dapat mengakibatkan tindakan-tindakan perilaku seksual pranikah (Sarwono, 2008).

3) Hubungan Faktor Biologis Dan Psikologis Terhadap Kesadaran Kesehatan Reproduksi Remaja

Hasil uji chi square yaitu didapatkan nilai besaran probabilitas (sig.) sebesar $0,000 < 0,005$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara faktor biologis dan psikologis dengan kesadaran kesehatan reproduksi remaja, hal tersebut sesuai dengan pernyataan Neema, musisi & Kibombo (2004) menjelaskan bahwa masa remaja merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak sampai dewasa. Masa remaja ditandai dengan terjadinya peningkatan pada emosional, perubahan biologis dan psikologis, perubahan itulah yang menyebabkan remaja lebih rentan pada perilaku seks bebas, terjadinya pernikahan dini, kehamilan diluar nikah dan aborsi yang tidak aman. Sehingga pada masa remaja pengetahuan dan kesadaran mengenai kesehatan reproduksi harus ditingkatkan. Memiliki pasangan (pacar) sering dianggap sebagai suatu proses untuk mencurahkan isi hati antar pasangan yang berlawanan jenis yang saling mengasihi, menyayangi dan

mencintai. Orientasi berpacaran pada remaja masa kini telah mengarah pada perilaku diluar batas seperti perilaku seks untuk mengisi waktu senggang dan tidak menutup kemungkinan untuk melakukan perilaku seks yang tidak semestinya mereka lakukan. Perubahan organ-organ reproduksi yang makin matang pada remaja menyebabkan dorongan seksual remaja makin kuat dalam dirinya. Sehingga besar kemungkinan akan terjadinya kehamilan diluar nikah dan aborsi yang tidak aman (Admasari, dkk, 2013).

Masa remaja dapat disebut sebagai masa dimana rasa keingintahuan seseorang mulai meningkat dalam berbagai hal tidak terkecuali dibidang seks. Pada saat masa remaja organ reproduksi sudah mulai mengalami perkembangan, hormon-hormon mulai berfungsi, perubahan bentuk fisik dan meningkatnya dorongan seks pada remaja. Perkembangan psikologis remaja ditunjukkan dengan munculnya ketertarikan dengan lawan jenis dan dorongan keinginan untuk mendapatkan kepuasan seksual. salah satu masalah yang sering timbul dikalangan remaja pada saat awal kematangan organ reproduksi adalah perilaku seks bebas. Perilaku seks bebas beresiko besar terhadap terjadinya kehamilan diluar nikah, sedangkan pada usia remaja organ reproduksi seperti rahim belum cukup siap untuk memelihara hasil pembuahan dan pengembangan janin dan secara

mental pada usia remaja belum cukup matang dan dewasa. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran remaja mengenai kesehatan reproduksi menjadi salah satu penyebab remaja melakukan hubungan seksual (Pertwi, 2012).

4) Faktor Yang Paling Berpengaruh Terhadap Kesadaran Kesehatan Reproduksi Remaja

Setelah dilakukan analisis data dengan menggunakan analisi regresi logistik dapat dilihat dari nilai odds ratio yang terbesar yaitu faktor biologis dan psikologis (X3) sebagai faktor yang dominan dengan nilai odds ratio sebesar 0,218. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan dalam hubungannya dengan kesadaran kesehatan reproduksi adalah faktor biologis dan psikologis. Geldard (2000) dalam Naga (2005), mengemukakan bahwa remaja merupakan tahap peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pada periode ini, remaja mengalami beberapa perubahan dalam dirinya antara lain perubahan biologis, psikologis, sosial, moral dan spiritual. Perubahan biologis meliputi perubahan fisiologis, perubahan hormon dan perilaku seksual serta perubahan emosional. Perubahan psikologis meliputi pembentukan identitas baru, perubahan fungsi identitas diri, awal proses individuasi, pemahaman pengalaman baru dalam hidup dan upaya penyesuaian diri. Remaja

pada tahap ini belum mencapai kematangan mental dan sosial sehingga pada periode ini remaja menghadapi banyak tekanan emosi dan sosial yang saling bertentangan. Pada periode ini, remaja akan mengalami perubahan fisik yang cepat ketika remaja memasuki masa puber. Salah satu dari perubahan fisik tersebut adalah kemampuan untuk melakukan proses reproduksi. Masalah yang sering terjadi dikalangan remaja mengenai kesehatan reproduksi antara lain yang berkaitan dengan seks bebas (unprotected sexuality), penyebaran penyakit kelamin (sexual transmitted disease), kehamilan di luar nikah atau kehamilan yang tidak dikehendaki (adolescent unwanted pregnancy) di kalangan remaja. Masalah-masalah yang disebut terakhir ini dapat menimbulkan masalah-masalah serta masalah lainnya yaitu unsafe aborsi dan pernikahan usia muda. Semua masalah ini oleh WHO disebut sebagai masalah kesehatan reproduksi remaja. Permasalahan tersebut dapat muncul diakibatkan karena sebagian besar remaja belum mengetahui dan memahami tentang kesehatan reproduksi yaitu tentang masa subur dan bagaimana terjadinya kehamilan dan remaja belum mencapai kematangan mental dan sosial (Komala,2013).

5) Implikasi Keperawatan

Kesehatan reproduksi remaja didefinisikan oleh ICDP sebagai keadaan sehat jasmani, psikologis

dan sosial yang berhubungan dengan fungsi, proses dan sistem reproduksi. Diperlukan pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk remaja agar mereka bisa menjaga kesehatan reproduksinya dengan baik, disinilah dibutuhkan peran perawat sebagai edukator, dimana perawat dituntut untuk dapat memberikan berbagai edukasi antara lain mengenai anatomi dan fisiologi reproduksi, jensi-jenis dan dampak permasalahan reproduksi yang dapat timbul serta pengembangan perilaku reproduksi sehat untuk menyiapkan diri melaksanakan fungsi reproduksi yang sehat (fisik, mental, ekonomi dan spiritual). Pendidikan kesehatan reproduksi dapat diwujudkan melalui penyuluhan, bimbingan dan konseling, pencegahan, serta penanganan masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

1. Berbagai faktor yang menjadi variabel dalam penelitian ini yaitu faktor sosial, ekonomi dan demografi, faktor budaya dan lingkungan serta faktor biologis dan psikologis mempengaruhi tingkat kesadaran remaja terhadap kesehatan mereka dalam hal reproduksi.
2. Dari ketiga komponen faktor tersebut diatas, faktor biologis dan psikologis mempunyai pengaruh yang paling besar

dengan nilai odd rasio sebesar 0,29.

Saran

1. Bagi Masyarakat.

Melalui hasil penelitian ini, maka masyarakat dapat mengetahui fakta tentang faktor yang paling mempengaruhi kesadaran remaja terhadap kesehatan reproduksinya, sehingga masyarakat dapat berperan dengan memberikan dukungan menciptakan generasi muda yang berkualitas.

2. Bagi peneliti Lain

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi mendasar tentang remaja dan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga dapat dilanjutkan dengan pemberian intervensi kesehatan yang tepat untuk mengatasi masalah yang ada.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi dunia kesehatan dan dunia pendidikan dalam menentukan kebijakan khususnya dalam upaya pencegahan dan penanggulangan perilaku penyimpangan kesehatan reproduksi pada remaja.

Daftar Pustaka

- Ali, M & M. Asrori. (2009). Psikologi Remaja. Jakarta: Bumi Aksara
Andreas, Soeroso. (2008). Sosiologi 2. Jakarta: Quadra
Baran, S.J & D.K. Davis. (2000). Mass Communication Theory:

Foundations, Ferment, and Future. 2nd edition. Belmont, CA: Wadsworth.

Baron, R.A., Byrne, B. (2003). Social psychology 10th ed. New York: Allyn and Bacon, Inc.

Chaplin, J.P. (2005). Kamus Lengkap Psikologi. Jakarta. Rajawali Pers.

Davison, Gerald C.; Neale, John M. and Kring, Ann M. (2006). Psikologi Abnormal (Edisi ke-9). Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.

Depari, Riva T . Charlina BR. (2013). Pengaruh Behavior Modification terhadap Perubahan Perilaku Seksual pada Remaja di Kota Batu. Skripsi tidak diterbitkan. Malang: UMM.

Desmita, (2008). Psikologi Perkembangan. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Fatimah, Enung. (2008). Psikologi Perkembangan (Perkembangan Peserta Didik). Bandung: Pustaka Setia.

Gunarsa, Singgih. (2008). Psikologi Keperawatan. Jakarta: Gunung Mulia.

Hurlock, E.B. (2003). Perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan. Alih Bahasa : Istiwidiyanti. Jakarta: Erlangga.

Jahja, Yudrik. (2011). Psikologi Perkembangan. Jakarta: Kencana.

Kartono, Kartini. (2013). Kenakalan Remaja. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

Kusmiran, Eny. (2011). Kesehatan Reproduksi Remaja dan

- Wanita. Jakarta: Salemba Medika.
- Nagiga dan Dian Ibung. (2009). Ketika Remaja Bertingkah. Jakarta: Alex Media Komputindo.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). Pendidikan dan Ilmu Kesehatan, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Papalia, dkk. (2009). Human Development. Jakarta: Salemba Humanika.
- Sarwono, Sarlito W. (2011). Psikologi Remaja. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Soetjiningsih, (2004). Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Jakarta: Sagung Seto.
- Syamsu, Yusuf. (2009). Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: Remaja Rosdakarya

**EVALUASI PELAKSANAAN PENANGGULANGAN
KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DIFTERI
DI KOTA SURABAYA TAHUN 2012**

Ika Mardiyanti¹

¹ UNUSA- Jl. SMEA No. 57 Surabaya

Email : ika_mardiyanti@unusa.ac.id

Abstrak: Development of diphtheria cases is likely to increase as well as expanding its distribution is one of the issues of concern to Indonesia. Especially in East Java during 2008 and 2013 the number of cases of diphtheria is likely to increase the problem, especially Surabaya. The government has made efforts to control an outbreak of diphtheria among epidemiological investigation, identification and contact management, early case detection, patient care, prophylaxis, mass immunization, surveilans intensive, and sub-National Immunization Week (sub PIN). But seeing the trend of an increasing number of cases to date can be said that the program's objectives have not been successful. The purpose of this study is to explain how the implementation of Epidemic diphtheria in the city of Surabaya. This research is a qualitative descriptive cross-sectional approach. Head of research informants is penanggulangan health issues, and disasters Plague Section Chief, Surveillance and Immunization Team Surabaya City Health Office, Provincial Health Office Surveillance Team East Java, Head of Puskesmas, and Immunization Surveillance Team Health Center. While the informant triangulation is Assistant Welfare Surabaya city government, Chairman of Commission D (welfare of the people) in Surabaya District Chief, Head of Village, Mrs. Kader, foster families and family welfare patients. Data were collected by in-depth interviews (in-depth interview) and subsequent data processing using content analysis method (content analysis). Implementation Epidemic diphtheria in Surabaya shows that shortly before the outbreak occurred in both the legislation and the strengthening of institutional capacity, planning, education, training and research, prevention and mitigation, early warning and preparedness is not optimal. While the emergency response in the event of an outbreak and the health center is still dependent healthcare rely on instructions from the Department of the city of Surabaya. And recovery after an outbreak when there is no supervision and repeated visits by the community health center patients. The study recommends some suggestions that the Health Department in order to improve collaboration across sectors and across programs, undertake an assessment of the Rapid Response Team, and ensure the distribution of standard operating procedures diphtheria epidemic in the health center to the executor level. As for the health center is expected to coordinate and intensive communication between diphtheria outbreak response team in training for midwives posyandu Trustees.

Keywords: Diphtheria outbreak, Surveillance, Immunization, Evaluation

Abstrak: Perkembangan penyakit difteri yang kasusnya cenderung meningkat serta penyebarannya semakin meluas merupakan salah satu masalah yang menjadi perhatian Indonesia. Terutama di Jawa Timur selama tahun 2008 hingga 2013 jumlah kasus difteri cenderung meningkat masalah, khususnya wilayah Surabaya.

Melihat kecenderungan jumlah kasus yang terus meningkat hingga saat ini dapat dikatakan tujuan program tersebut belum berhasil. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan bagaimana pelaksanaan penanggulangan KLB difteri di Kota Surabaya. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan cross sectional. Informan penelitian adalah Ka. Bidang PMK, Ka. Seksi Wabah dan bencana, Tim Surveilans dan Imunisasi Dinkes Kota Surabaya, Tim Surveilans Dinkes Propinsi Jawa Timur, Ka. Puskesmas, Tim Surveilans dan Imunisasi Puskesmas. Sedangkan informan triangulasi adalah Asisten Kesra Pemkot Surabaya, Ketua Komisi D (Kesra) Kota Surabaya Ka. Kecamatan, Ka. Kelurahan, Ibu Kader, PKK dan Keluarga Penderita. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam (indepth interview) dan selanjutnya dilakukan pengolahan data menggunakan metode analisis isi (content analysis). Pelaksanaan penanggulangan KLB difteri di Kota Surabaya menunjukkan bahwa saat sebelum terjadi KLB baik dalam penguatan perundangan dan kapasitas kelembagaan, perencanaan, pendidikan pelatihan dan penelitian, pencegahan dan mitigasi, peringatan dini serta kesiapsiagaan belum dilakukan secara optimal. Sedangkan tanggap darurat pada saat terjadi KLB Puskesmas masih bergantung dan mengandalkan instruksi dari Dinkes Kota Surabaya. Dan pemulihan pada saat setelah terjadi KLB tidak adanya pengawasan dan kunjungan ulang oleh Puskesmas pada penderita. Penelitian ini merekomendasikan beberapa saran yaitu bagi Dinas Kesehatan agar meningkatkan kerjasama lintas sektor maupun lintas program, mengadakan penilaian secara independen pada Tim Gerak Cepat, dan memastikan pendistribusian SOP KLB difteri hingga tingkat pelaksana di Puskesmas. Sedangkan bagi Puskesmas diharapkan melakukan koordinasi dan komunikasi secara intensif antar tim dalam penanggulangan KLB difteri pelatihan terhadap bidan Pembina posyandu.

Kata Kunci: Kejadian Luar Biasa Difteri, Surveilans, Imunisasi, Evaluasi

Pendahuluan

Indonesia saat ini masih mempunyai beban ganda atau double burden dalam penanganan masalah kesehatan, dimana penyakit tidak menular mengalami peningkatan yang signifikan sementara penyakit infeksi masih menjadi penyebab penyakit yang utama. Berbagai upaya pencegahan telah dilakukan, salah satunya dengan pemberian imunisasi untuk menurunkan angka kejadian penyakit infeksi. Beberapa penyakit infeksi mengalami peningkatan kembali setelah sebelumnya mengalami penurunan

angka kejadian yang bermakna (re-emerging disease), salah satunya adalah penyakit difteri. (Depkes RI, 2006)

Difteri adalah infeksi bakteri yang disebabkan oleh *Corynebacterium diphtheriae*, yang menyebabkan infeksi pada nasofaring dan di sekitar saluran pernafasan atas lain sehingga menyebabkan kesulitan bernafas bahkan kematian. Penyakit difteri tergolong dalam Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) melalui pemberian imunisasi DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus)

(PAHO, 2009). Pencapaian program imunisasi yang masih rendah perlu diwaspadai munculnya kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) serta penyebaran kasus difteri akan terus meluas dapat menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB).

Keseriusan masalah penyakit difteri dapat dilihat dari data Surveilans Nasional bahwa KLB Difteri telah menyebar di beberapa provinsi di Indonesia salah satunya Jawa Timur yang merupakan penyumbang terbesar yakni sekitar 83 % (Dinkes Provinsi Jatim, 2012). Salah satu daerah di Jawa Timur dengan angka kejadian difteri yang selalu tinggi adalah kota Surabaya. Kasus difteri di Kota Surabaya muncul sejak tahun 2000 dan peningkatannya cukup signifikan dimulai dari tahun 2008-2011. (Dinkes Kota Surabaya, 2011).

Tabel 1 Kasus Difteri di Kota Surabaya tahun 2008 sampai dengan tahun 2011

No.	Tahun	Jumlah Kasus	Jumlah Korban Meninggal
1	2008	17	2
2	2009	29	0
3	2010	50	7
4	2011	77	1

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Hasil pelacakan di Surabaya menemukan sebesar 9% penderita difteri mendapatkan imunisasi di Posyandu, 20% di Rumah Sakit

Swasta, 22% di Dokter dan 31% di Bidan Praktik Swasta (Dinkes Jatim, 2012). Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak sedikit penderita difteri yang mendapatkan imunisasi dari Unit Pelayanan Swasta (UPS). Selama ini pemantauan dan pengawasan tentang penyimpanan vaksin oleh pihak Dinas Kesehatan Kota Surabaya lebih fokus pada Puskesmas, sedangkan terhadap unit pelayanan swasta masih sangat terbatas dan belum terlaksana sepenuhnya. Berdasarkan pemetaan wilayah, kasus difteri cenderung tinggi di daerah Surabaya Timur. Kecamatan Tambak Sari dan Mulyorejo adalah wilayah Surabaya Timur yang pemukiman penduduknya padat dan juga tergolong kumuh sehingga memudahkan penularan difteri. Selain itu masih rendahnya pencapaian imunisasi di wilayah tersebut sehingga rentan terkena penyakit difteri. (Dinkes Kota Surabaya, 2012)

Adapun penanggulangan KLB Difteri yang dilakukan saat ini oleh Dinkes Kota Surabaya adalah dengan melakukan penyelidikan epidemiologi, identifikasi dan manajemen kontak, penemuan kasus secara dini, perawatan penderita yang standar, pemberian profilaksis terhadap kontak erat penderita, surveilans intensive dengan sosialisasi ke semua unit pelayanan, pemberian imunisasi massal/Outbreak Response Immunization (ORI) secara terbatas di wilayah KLB (unit dusun/RW)

dan diselenggarakannya sub Pekan Imunisasi Nasional (sub PIN). (Dinkes Provinsi Jatim, 2012)

Namun upaya-upaya tersebut masih dianggap belum berhasil dalam menekan jumlah kasus difteri yang masih tinggi saat ini. Berdasarkan survey oleh tim surveilans Dinas Kesehatan Kota Surabaya didapatkan data bahwa terjadi peningkatan kasus pada bulan Januari-November 2013 sejumlah 76 kasus dengan 4 orang meninggal dunia. Padahal salah satu penderita yang telah meninggal tersebut telah mendapatkan imunisasi pada sub PIN bulan November 2012. (Dinkes Kota Surabaya, 2012)

Setelah dilakukan wawancara pada tanggal 10-13 Mei 2013 dengan 1 orang petugas surveilans Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 1 orang petugas surveilans dan 1 bidan Puskesmas wilayah kota Surabaya yang tinggi kasus difteri yaitu Puskesmas Gading didapatkan informasi bahwa pelaksanaan penanggulangan KLB difteri belum berjalan sesuai harapan, diantaranya :

1. Koordinasi dan kerjasama Dinas Kesehatan dengan Pemerintah Daerah setempat kurang
2. Prosedur penanganan dan pelaporan KLB difteri belum dipahami seluruhnya oleh petugas
3. Belum adanya pelatihan bagi petugas yang menangani KLB difteri di Surabaya
4. Keterlambatan hasil hasil swab hidung/tenggorokan di laboratorium sehingga tidak

dapat segera dilakukan analisis penyebab KLB.

5. Tidak adanya pengawasan pada kontak erat yang harus mengkonsumsi profilaktik
6. Supervisi untuk kegiatan imunisasi tidak rutin dilakukan di Puskesmas karena keterbatasan SDM di Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Berdasarkan gambaran peningkatan jumlah kasus selama beberapa tahun dianggap pelaksanaan program penanggulangan KLB difteri belum dilakukan secara optimal. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Evaluasi pelaksanaan penanggulangan KLB difteri di Kota Surabaya selama tahun 2012”.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif dengan pendekatan waktu cross sectional yaitu pengumpulan semua variabel dilakukan pada satu saat yang sama. Metode sampling yang digunakan adalah purposive sampling. Informan utama terdiri dari 9 orang diantaranya adalah Kepala Dinas Kesehatan Surabaya, Ka. Bidang Penanggulangan Masalah Kesehatan, Ka. Seksi Wabah dan Bencana, Petugas surveilans, Petugas imunisasi Dinas Kesehatan Surabaya, Ka. Puskesmas, Petugas imunisasi, Petugas surveilans Puskesmas Pacar Keling dan Petugas Laboratorium. Sedangkan informan triangulasi

terdiri dari 7 orang adalah petugas surveilans Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Asisten Kesra Pemerintah Kota Surabaya, Ketua DPRD Komisi D Kota Surabaya, Ka.Kecamatan Tambak Sari, Ka.Kelurahan Pacar Keling, ibu kader/PKK, penderita difteri/keluarganya. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (indepth interview) dan telaah dokumen. Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan metode content analysis.

Hasil dan Pembahasan

1. Aspek Penguatan Peraturan Perundangan dan Kapasitas Kelembagaan

Penguatan peraturan perundangan dan kapasitas kelembagaan adalah perumusan dan penetapan kebijakan serta pengkoordinasian pelaksanaan kegiatan penanggulangan KLB oleh sektor terkait secara terencana, terpadu dan menyeluruh (Ditjen P2PL, 2007). Untuk mendukung keberhasilan penanggulangan KLB difteri saat ini hanya sampai undang-undang saja belum sampai hingga Permenkes, Perda atau Perwali. Belum memadainya aturan perundangan dan regulasi sehingga menyulitkan petugas di lapangan dalam menjalankan tugasnya. Adapun yang terlibat dalam perencanaan dan penyusunan kebijakan serta sinkronisasi pelaksanaan kebijakan adalah semua Satuan Kerja Perangkat Daerah yang ada, seperti

yang disampaikan oleh semua informan utama berikut ini :

“Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang ada misal : Dinas Kesehatan, Dinas Pertanian, Dinas Pendidikan, Bakesbangpol dan Linmas, Satpol PP maupun lintas sektor yang lain misal Kepolisian, TNI, Kantor Kesehatan Pelabuhan”

Pada tingkat dinas kesehatan kota, komposisi jenis tenaga yang bertugas dalam penanggulangan KLB difteri adalah, dokter umum, lulusan S1 dan S2 Epidemiologi sementara di Puskesmas rata-rata lulusan D3 dengan profesi perawat. Jumlah SDM dirasakan masih kurang, seperti yang terjadi di Puskesmas Pacar Keling. Selain menjalankan tugas profesi keperawatan yakni membantu pemberian pelayanan pengobatan di Puskesmas, petugas surveilans juga harus menjadi tenaga penyelidikan epidemiologi (PE), dan melakukan kegiatan surveilans intensif. Sehingga bebannya bertambah, seperti yang ada pada pernyataan dibawah ini :

“Ada, masih kurang karena tidak hanya mengerjakan program ini tapi juga tugas profesi sehingga multifungsi”

petugas tersebut overlapping dalam menjalankan tugasnya. Seperti pada saat penentuan kelompok risiko tinggi dimana diperlukan data anak-anak yang tidak diimunisasi yang kontak dengan penderita difteri, daerah dengan cakupan imunisasi (DPT3/HB3, DT) rendah (non UCI) dan cakupan DT (anak sekolah kelas 1 SD/MI atau yang sederajat) yang

rendah pada saat pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Yang sebenarnya kelompok risiko ini bisa didapat dari petugas imunisasi.

Pada tingkat dinkes propinsi maupun dinkes kab/kota keberadaan SOP dalam bentuk peraturan dan pedoman cukup baik. Sedangkan di tingkat puskesmas dan RS masih sangat rendah. Sehingga seringkali petugas di puskesmas dan RS bekerja sesuai alur kebiasaan bukan seperti yang seharusnya ada di pedoman. Seperti pernyataan di bawah ini :

“Protap tidak seberapa dipakai, karena bukan kasus yang rutin “

“Kalau kita belum punya, aslinya ada ...”

Penganggaran untuk penanggulangan KLB Difteri di kota Surabaya untuk saat ini masih mencukupi mengingat masih adanya bantuan dana dari APBD Tk. I dan APBN. Selain itu, bila dalam KLB Difteri ini masih diperlukan penambahan anggaran maka masih bisa dilakukan penambahan melalui Perubahan Anggaran Keuangan (PAK). Namun ada salah satu informan triangulasi yang mengatakan bahwa anggaran tersebut sebenarnya masih kurang, seperti pada pernyataan berikut :

“Kalau anggaran khusus untuk menangani KLB sebenarnya masih kurang..... “

Hal tersebut diungkapkan dengan alasan bahwa sebenarnya untuk pemberian imunisasi sub PIN yang awalnya akan diberikan pada

semua kelompok umur baik bayi, anak, maupun dewasa, akhirnya hanya pada kelompok umur tertentu yakni < 15 tahun. Kondisi ini sebenarnya justru membuat angka kejadian difteri dimasa mendatang akan banyak terjadi pada kelompok umur dewasa dengan komplikasi yang lebih berat dan sulit untuk dideteksi. Selain itu untuk Depo logistik, pusat pelatihan dan pengembangan sarana/prasarana sementara masih bergantung pada anggaran APBD Tk.I dan APBN meskipun APBD Kota Surabaya sudah dianggarkan. Adanya perubahan pada petunjuk teknis penanggulangan yang menuntut adanya pembaruan juga harus menunggu adanya anggaran, padahal ada yang kurang sesuai dengan kondisi dan perkembangan kasus difteri saat ini.

2. Perencanaan Penanggulangan KLB yang terpadu

Perencanaan penanggulangan KLB yang terpadu merupakan penyusunan strategi untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya KLB. (Djohanputro, 2006). Dalam penelitian ini, untuk memperoleh gambaran tentang perencanaan penanggulangan KLB dilakukan wawancara mendalam mengenai penyusunan rencana penanggulangan KLB difteri dan pengarusutamaan rencana tersebut. Perencanaan meliputi anggaran, SDM, logistik meliputi obat, jumlah vaksin, ADS, sarana, pedoman teknis, aspek legal, cara

pengawasan profilaksis serta tata laksana di RS.

Dalam kaitannya dengan pertanyaan mengenai perencanaan penanggulangan KLB dari hasil wawancara mendalam dengan informan utama sebagaimana terungkap bahwa semua sudah direncanakan dengan baik, namun ada hal-hal yang perlu direvisi seperti anggaran, sehingga yang awalnya semua kelompok umur dan semua kabupaten/kota dilakukan imunisasi, sehingga hanya kelompok umur <15 tahun dan terbatas pada wilayah yang ada kasus difteri yakni sekitar 19 kabupaten/Kota. Padahal semua berisiko tertular dan terkena difteri. Hal ini berisiko dimasa mendatang angka kejadian difteri tinggi pada kelompok dewasa, karena kelompok umur < 15 tahun sudah mendapatkan perlindungan.

Tersusunnya rencana penanggulangan KLB difteri dan sudah dimasukkan oleh Asisten Kesra Pemeintah Kota Surabaya ke dalam RPJMD dan pengarusutamaan rencana penanggulangan KLB ke dalam rencana pembangunan merupakan salah satu bentuk upaya untuk meminimalkan angka kejadian dan kasus difteri dimasa mendatang. Perlunya kesadaran akan pentingnya penanggulangan merupakan kunci keberhasilan suatu program. Hal ini perlu didukung adanya komitmen untuk tetap koordinasi dan komunikasi antar SKPD terkait dan pemangku kepentingan.

3. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Untuk mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan KLB difteri, maka aspek pendidikan, pelatihan dan penelitian merupakan komponen yang juga penting untuk mengetahui adanya peningkatan pengetahuan dan kompetensi untuk menurunkan angka kejadian difteri (Robert, 2006). Sebagian besar pendidikan mereka sudah sesuai dengan bidang dan tugas yang dijalani saat ini. Namun masih ada beberapa diantara mereka yang belum sesuai misalnya petugas imunisasi yang ada di Dinas Kesehatan Surabaya maupun petugas surveilans di Puskesmas. Petugas imunisasi yang di Dinas Kesehatan Surabaya adalah lulusan kesehatan masyarakat yang tidak mempunyai basic bidan/perawat/dokter. Sebaliknya petugas surveilans di Puskesmas adalah lulusan D3 perawat sehingga terkadang kesulitan saat melakukan pengolahan maupun analisis data. Sehingga diperlukan pendidikan formal maupun informal contohnya pelatihan, work shop, lokakarya maupun seminar.

Adapun pelatihan yang pernah diikuti semua petugas kesehatan yang berhubungan dengan penanggulangan difteri adalah pelatihan tentang tatalaksana vaksin, cold chain, pemberian imunisasi bagi petugas imunisasi, sedangkan cara diagnosis, pelacakan hingga pengambilan spesimen bagi petugas surveilans.

Adanya pergantian personel membuat kesulitan dari tim, karena harus mengikuti pelatihan dulu hal ini menghambat kinerja dari tim. Serta bagi PNS ada sebagian yang belum mendapatkan pelatihan dikarenakan Dinas perlu mengadakan kerjasama dengan Badan Kepegawaian Daerah untuk melaksanakan pelatihan tersebut dan hingga sampai saat ini belum terselenggara.

Penyuluhan yang juga merupakan langkah untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang KLB difteri (Euis, 2009). Untuk meningkatkan pengetahuan maupun informasi tentang difteri selama ini sudah dilakukan upaya-upaya oleh pihak kecamatan, kelurahan setempat, misalnya dengan mengadakan penyuluhan maupun sosialisasi pada kader dan masyarakat agar mengetahui secara dini tanda dan gejala apabila mengalami difteri dan manfaat serta dampak dari kegiatan imunisasi. Namun masih ada yang mengungkapkan bahwa penyuluhan tersebut belum terlaksana seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan triangulasi berikut ini :

“...belum pernah ada penyuluhan tentang difteri, kalau imunisasi ada di posyandu...”

Hingga saat ini juga belum ada lokakarya tentang penanggulangan difteri, pernah diselenggarakan hanya khusus oleh dokter spesialis dalam pertemuan klinisi di tingkat propinsi. Selain itu penelitian juga belum

dilakukan pada seluruh daerah terutama untuk deteksi tingkat imunitas mulai bayi hingga dewasa guna menguji kekebalan terhadap penyakit. Pernah dilakukan namun hanya pada daerah endemis saja. Seperti diungkapkan informan berikut:

“...Sudah pernah dilakukan penelitian, tapi pada daerah endemis saja untuk daerah lain belum...”

Dengan demikian untuk upaya peningkatan pengetahuan baik dalam pendidikan, pelatihan sudah pernah dilakukan namun untuk penelitian dari pihak Dinas Kesehatan maupun Puskesmas belum pernah melakukannya terutama dalam hal menguji tingkat imunitasnya mulai dari bayi hingga dewasa.

4. Peningkatan Kapasitas dan Partisipasi Masyarakat dan Para Pemangku Kepentingan dalam Penanggulangan KLB Difteri

Peningkatan kapasitas dan partisipasi masyarakat dan para pemangku kepentingan dalam penanggulangan KLB difteri dapat berupa adanya forum diskusi di tingkat masyarakat serta dialog yang melibatkan multistakeholder dalam pengurangan resiko KLB difteri. Berkaitan implementasi penanggulangan dampak dan pengurangan risiko KLB dalam manajemen risiko KLB, maka arah penanganannya dilaksanakan dengan memadukan upaya-upaya penanganan dan pengurangan risiko

secara komprehensif dan sistematis dengan didukung oleh suatu komitmen yang kuat dari stakeholders. (Nath Benu, 2010)

Selain itu diharapkan pula mampu mensinergikan kapasitas penanganan dan pengurangan risiko bencana baik di tingkat pemerintah pusat, daerah, hingga lapisan-lapisan pada masyarakat. Sehingga secara substansial merupakan perwujudan upaya yang sistematis dalam meananggulangi dampak dan mengurangi risiko KLB secara komprehensif melalui rencana strategis yang tersusun sistemik dalam menampung kebijakan, strategi, program dan kegiatan yang komprehensif serta terpadu guna menjadi patokan pelaksanaan kegiatan penanggulangan KLB selama 5 (lima) tahun ke depan secara bertahap. (BNPB RI, 2010)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dalam kaitannya dengan forum diskusi serta dialog yang melibatkan multistakeholder dalam pengurangan risiko KLB difteri sudah dilakukan dalam bentuk koordinasi, pertemuan atau rapat. Hal ini senada dengan pernyataan dari informan triangulasi yakni Asisten Kesra dan Ketua Komisi D DPRD kota Surabaya. Hal ini juga seiring dengan yang diungkapkan oleh informan triangulasi petugas surveilans propinsi Jawa Timur di bawah ini

“...kita punya tim nya dari sutomo, dari saiful anwar dari BBLK trus dari UNAIR, biasanya 3 bulan sekali. Setiap wilayah juga melakukan pertemuan sendiri, kadang manggil kita untuk jadi nara sumber, lintas sektor juga diundang...”

Kendala yang dihadapi adalah terkadang kurang koordinasi antar pemangku kepentingan dikarenakan

kesibukan dari masing-masing bagian, adanya penolakan dari masyarakat yang menganggap bahwa imunisasi itu haram dan kualitas nya tidak begitu bagus di Puskesmas, sehingga banyak yang melakukan di pelayanan swasta, sedangkan dari swasta sendiri tidak dilakukan supervisi mengenai cold chainnya. Dan adanya sikap cenderung menutupi jika ada terjadi kasus, hal ini karena ketakutan dan ketidakmauan masyarakat untuk harus diperiksa dan mendapat suntikan lagi dari petugas kesehatan.

5. Pencegahan dan Mitigasi

Pencegahan dan mitigasi merupakan segala upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi kemungkinan jatuhnya korban jiwa yang lebih banyak (Carter, 1991). Hal ini terkait dengan identifikasi dan pemantauan kelompok resiko tinggi KLB, penguatan imunisasi rutin pada bayi, survei cakupan imunisasi dan pemantauan serta supervisi kegiatan imunisasi.

Populasi risiko tinggi adalah populasi tertentu yang mempunyai risiko tinggi untuk tertular (menjadi sakit) bila terjadi KLB difteri. Populasi risiko tinggi inilah yang sangat penting untuk diketahui dan diberikan perlindungan agar tidak menjadi sakit. Populasi ini biasanya terjadi pada anak-anak yang tidak diimunisasi yang kontak/mungkin kontak dengan penderita difteri, daerah dengan cakupan imunisasi (DPT3, DT) rendah (non UCI). Bila terjadi KLB difteri, harus bisa diketahui siapa (kelompok/populasi) yang berisiko tinggi menjadi sakit

(tertular) yang akan secepatnya diberikan perlindungan. (Dinkes Provinsi Jatim, 2011). Dalam kaitannya dengan identifikasi kelompok risiko tinggi telah dilakukan oleh tim surveilans maupun imunisasi dari hasil wawancara mendalam pada informan utama.

Hal tersebut senada dengan yang disampaikan oleh informan triangulasi tim surveilans dinas kesehatan propinsi Jawa Timur berikut ini :

“...selain ORI, sub PIN, kita juga melakukan RCA (Rapid Convenience Assesmen) untuk menilai bagaimana cakupan imunisasi, termasuk rantai dingin, cold chain, kualitas vaksin dan juga kemampuan petugasnya

Beberapa upaya telah dilakukan diantaranya adalah Out Break Respons Immunizations (ORI) seringkali dilakukan pada daerah yang terdapat kasus, Sub PIN difteri, kegiatan Rapid Convenience Assessment (RCA) merupakan upaya untuk mengetahui validitas cakupan, tanggapan masyarakat tentang imunisasi, termasuk memantau kualitas dan manajemen rantai vaksin. Dan Backlog fighting yaitu memberikan imunisasi DPT/Hb pada kelompok umur 1-3 tahun yang belum lengkap status imunisasinya saat bayi dan mengulang dosis yang tidak valid yaitu tidak sesuai umur atau interval. (Satgas Imunisasi IDAI, 2008) Petugas surveilans biasanya juga melakukan survei cakupan imunisasi DPT3 pada 20-30 balita disekitar kasus. Serta penguatan imunisasi rutin pada bayi

atau yang disebut Backlog fighting (penyulaman kembali) pada bayi yang belum lengkap status imunisasinya pada 5 titik (lokasi) disekitar kasus baik sekolah, tempat mengaji, tempat les, tempat bermain, tetangga, dll.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama menyatakan bahwa kegiatan pengawasan yang dilaksanakan selama ini tidak terjadual dan belum dilaksanakan secara rutin oleh pengurus Dinas Kesehatan. Petugas yang ada di Puskesmas membutuhkan bimbingan dalam melaksanakan kegiatan imunisasi maupun surveilans secara langsung dan rutin, sehingga dapat memotivasi dalam melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Sebagaimana ungkapan informan utama. Tanggapan petugas imunisasi maupun surveilans Puskesmas supervisi yang dilakukan oleh dinas kesehatan mengatakan bahwa supervisi yang dilakukan sangat bermanfaat, petugas merasa senang karena diperhatikan, sehingga dapat meningkatkan semangat bekerja dan menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.

Berdasarkan pendapat Gobel (2011) yang mengemukakan bahwa supervisi yang efektif diperlukan suatu rencana yang rinci dan koordinasi serta terarah dan sistimatis. Supervisi perlu direncanakan dengan baik sesuai jadual dan dilakukan rutin, ada umpan balik hasil supervisi kepada petugas di lapangan agar dapat membantu sesuai kebutuhan

misalnya bila ada kekurangan dan masalah dalam pelayanan imunisasi maupun surveilans dalam penanggulangan difteri.

6. Peringatan Dini

Peringatan dini merupakan suatu pengambilan tindakan cepat dan tepat dalam rangka mengurangi risiko KLB. Hal ini dapat dilakukan dalam bentuk surveilans intensif dan sosialisasi. Surveilans intensif difteri bertujuan untuk kewaspadaan dini dengan menemukan kasus awal dengan gejala mirip difteri di wilayah yang dicurigai telah terjadi penyebaran. Dengan penemuan kasus secara dini diharapkan bisa dilakukan penanggulangan lebih awal sehingga penyebaran kasus secepatnya dicegah (diminimalisir) (PAHO, 2009). Surveilans intensif tidak hanya terbatas pada kegiatan pemantauan penyakitnya tetapi juga termasuk kegiatan imunisasi sehingga diharapkan adanya kewaspadaan petugas imunisasi dalam pelaksanaan imunisasi. Kegiatan ini bisa dilakukan dengan sosialisasi tentang KLB yang sedang berlangsung dan kewaspadaan terhadap penyakit difteri dengan gejala klinis tertentu untuk secepatnya melaporkan (Dittmann, 2000).

Sosialisasi ini memang sangat perlu dilakukan tidak hanya pada masyarakat tapi juga pada petugas yang menangani langsung kasus difteri ini. Sosialisasi bisa menggunakan surat edaran Kepala Dinas Kesehatan kepada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan atau

pertemuan dengan pimpinan pelayanan kesehatan, masyarakat, tokoh masyarakat maupun tokoh agama, termasuk kerjasama dengan Dinas Pendidikan untuk penyelenggaraan imunisasi di sekolah dan Kementerian Agama untuk penyelenggaraan imunisasi di pesantren. Hal tersebut didukung dengan hasil wawancara mendalam dengan informan triangulasi Asisten Kesra Pemerintah Kota Surabaya, Bagian Kesra Kecamatan Tambak Sari dan Kepala Kelurahan Pacar Kembang yang juga melakukan sosialisasi di pemkot, pendopo kecamatan dan kelurahan.

Adanya alat bantu untuk memantau, mengarsip dan menyebarkan data mengenai bahaya utama dan kerentanan KLB juga sudah ada yaitu Early Warning and Alert Response System (EWARS) namun belum tersosialisasi dan terdistribusi dengan baik termasuk bagaimana menggunakannya sampai ke tingkat pelaksana di Puskesmas. Dan seringnya mengalami gangguan sehingga perlu diadakan perbaikan untuk sistemnya yang menggunakan software dari Kemenkes. Sehingga banyak petugas yang memilih untuk menggunakan Hp/telp.

7. Kesiapsiagaan

Kesiapsiagaan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi KLB melalui pengorganisasian serta langkah yang tepat guna. Kegiatan ini meliputi penguatan tim gerak cepat, penyediaan dan penyiapan kebutuhan dasar kesehatan, penyediaan tempat/

ruang isolasi di Rumah Sakit serta peningkatan penyuluhan, pelatihan dan gladi mekanisme tanggap darurat. Penguatan tim gerak cepat dapat dilakukan dengan meningkatkan pelatihan serta gladi bersih mekanisme penanggulangan difteri (Wagner, 2010). Sejauh ini pelatihan yang intensif atau dalam bentuk gladi bersih untuk menghadapi KLB tidak pernah dilakukan, yang ada hanya pelatihan untuk program surveilans serta imunisasi pada umumnya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan utama. Adapun penyediaan kebutuhan dasar untuk penanggulangan difteri ini misalnya vaksin, ADS, maupun eritromicin beserta peralatan pendukungnya seperti lemari es, vaksin carier sejauh ini sudah dipenuhi oleh Dinas Kesehatan Propinsi maupun Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Untuk proses mendapatkannya pun juga tergolong mudah. Ketersediaan obat-obatan ini memang digratiskan bagi mereka yang kurang mampu, karena harganya cukup mahal sehingga bagi yang mampu bisa menggantinya, tidak dalam bentuk uang tapi barang yang obat yang digunakan. Hal ini sesuai dengan informan triangulasi baik penderita atau keluarganya bahwa selama ini untuk pengobatan dan perawatan semuanya tidak dipungut biaya.

Saat ini apabila ada kasus di Surabaya hanya ada satu rumah sakit saja yang mempunyai ruang isolasi standar untuk perawatan kasus difteri. Pernyataan ini diungkapkan

oleh semua informan utama pada kotak dibawah ini :

“...Kalo di surabaya ada di graha amerta (Griyu) atau dr.sutomo...”

Fasilitas yang lengkap dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Standart of personals and facilities) diharapkan dapat meningkatkan kualitas mutu layanan. Sumber daya merupakan faktor yang perlu ada untuk terlaksananya suatu perilaku. Fasilitas yang tersedia hendaknya dalam jumlah serta jenis yang memadai dan selalu dalam keadaan siap pakai. Untuk melakukan tindakan harus ditunjang fasilitas yang lengkap, dan sebelumnya harus sudah disiapkan.

8. Tanggap Darurat

Tanggap darurat merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat KLB terjadi untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain mengkaji secara cepat KLB dengan melakukan penyelidikan epidemiologi, melakukan tata laksana kasus dan identifikasi manajemen kontak. (United Nation, 2009)

Puskesmas sendiri tampak kurang aktif dalam penanggulangan difteri, terlihat bahwa kasus yang diketahui tidak dari petugas puskesmas langsung tetapi dari Dinas Kesehatan. Seperti pernyataan dari informan utama sebagai berikut :

“...Kalau ada kasus yang pasti kita bukan menemukan sendiri tapi informasi dari dinas sedangkan dinas dari Rumah Sakit. Hal ini terbalik seharusnya dari kita di Puskesmas.”

Untuk meminimalisir penularan memang diperlukan tempat khusus untuk perawatan penderita difteri agar tidak menular ke orang yang lain. Atau paling tidak untuk mengurangi penyebaran sebaiknya tidak melakukan mobilisasi setelah dinyatakan tertular difteri. Hal ini sependapat dengan Informan triangulasi yakni penderita atau keluarga yang anaknya pernah mengalami kasus difteri:

“...setelah saya dinyatakan positif terkena (karier), saya tidak diperbolehkan masuk dulu...untuk mengajar di PAUD setelah 10 hari saya diliburkan saya dinyatakan sembuh baru boleh masuk...”

“...Waktu di Sutomo anak saya saja satu ruangan....”

Seringkali hasil dari tes laboratorium untuk mengetahui diagnosisnya di dapatkan lebih dari 1 minggu sehingga hal ini menjadi kendala bagi petugas yang menangani kasus untuk melakukan tindakan segera. Untuk pengambilan swab sebagai sampel untuk diagnosis adanya positif difteri seringkali dilakukan oleh petugas dinas kesehatan sedangkan dari puskesmas hanya melakukan pendampingan meskipun sudah dilakukan pelatihan. Adapun bentuk kerja sama sudah dilakukan dengan BBLK, Dinkes, Puskesmas, pemda, kelurahan, kecamatan, pemda, dan Bakesbangpol & Linmas, kader, PKK, P2PL untuk ijin tenaga ahli dari Inggris dalam membantu melakukan uji elec (toxigenecity), RS dan UNAIR untuk melakukan RCA.

9. Pemulihan

Pemulihan adalah serangkaian kegiatan untuk mengembalikan kondisi penderita atau keluarga yang terkena KLB difteri. Bentuk kegiatannya berupa pengembalian kondisi fisik dan kondisi psikologis, maupun follow up pola konsumsi profilaksis. (Euis, 2009)

Pengawasan selama pemberian pengobatan profilaksis perlu dilakukan dikarenakan dosisnya tinggi dan frekuensi pemberiannya 4 kali/hari sehingga kemungkinan bisa menyebabkan lupa. Eritromisin merupakan antibiotika golongan ”Makrolide” yang mempunyai sifat iritasi lambung sehingga efek sampingnya perih, mual bahkan diare sehingga banyak yang drop out atau bahkan tidak mau minum. Seperti pernyataan yang disampaikan informan utama bahwa memang asih mengalami kesulitan untuk menemukan metode yang tepat dalam melakukan pengawasan konsumsi profilaksis seperti pada pernyataan informan utama. Hal ini senada dengan yang disampaikan oleh informan triangulasi yang merupakan kontak erat maupun yang positif difteri berikut ini :

“...saya dan keluarga disuruh minum obat sampai habis....”

“...anak saya disuruh minum obat setelah dinyatakan positif oleh dokter, dan obatnya harus habis....saya juga disuruh minum obat sampai habis...”

Banyaknya kejadian DO (Drop Out) atau tidak mau minum antibiotik yang diberikan oleh

petugas medis hal ini membutuhkan informasi yang jelas kepada orang tua serta pengawasan minum obat yang secara teknis baik dari Puskesmas maupun kerjasama dengan Bidan kelurahan, Guru, Kader, dll. Pengawasan memang sudah dilakukan, namun masih kurang optimal. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan triangulasi berikut :

“...Waktu setelah sakit saya dilihat kondisi saya sama petugas dari dinas...”

“...iya, waktu pulang dari rumah sakit kita dikunjungi ke rumah sama dinas kesehatan, kalo puskesmas ga...puskesmas datang cuma pas awal kena aja...”

Pada saat pemulihan karena status imunisasinya kembali nol sehingga perlu adanya imunisasi ulang minimal 3x. Suntikan pertama dilakukan saat dia masih dirawat di rumah sakit, suntikan kedua saat kunjungan ulang 1 bulan berikutnya kemudian saat suntikan yang ketiga seringkali tidak dilakukan. Masa pemulihan sebenarnya membutuhkan pemeriksaan serta pengawasan yang intensif dari petugas kesehatan baik dari dinas maupun puskesmas. Namun dari data diatas menunjukkan bahwa tidak adanya pemantauan yang dilakukan oleh pihak puskesmas setempat, kunjungan hanya dilakukan pada saat awal kasus terjadi.

Kesimpulan dan Saran

1. Kesimpulan

- a. Penguatan peraturan perundangan dan kapasitas kelembagaan

Peraturan untuk mendukung terlaksananya penanggulangan difteri masih belum optimal, diantaranya hanya terdapat undang-undang sedangkan untuk operasional dilapangan membutuhkan peraturan dalam bentuk bentuk permenkes, perda hingga perwali. Tidak adanya payung hukum untuk kegiatan imunisasi. Kurangnya SDM di Dinas kesehatan Kota menyebabkan kurang optimal dan intensifnya kegiatan supervisi dan evaluasi kegiatan imunisasi maupun sureilans di seluruh Puskesmas kota Surabaya, sehingga dilakukan hanya di beberapa Puskesmas dengan cara diacak.

Adanya Tim Gerak Cepat di tingkat Puskesmas yang terdiri dari petugas imunisasi dan surveilans yang masih belum memahami tupoksi serta wewenang dari masing-masing personil. Kurangnya pendistribusian dan sosialisasi pedoman atau SOP hingga tingkat Puskesmas, sehingga membuat petugas di lapangan kesulitan dan seringkali mengandalkan perintah/instruksi dari dinas kesehatan. Padahal untuk memberikan pelayanan yang baik dan benar harus dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pedoman bukan berdasarkan kebiasaan atau rutinitas.

- b. Perencanaan penanggulangan KLB yang terpadu

Perencanaan untuk penanggulangan KLB difteri belum optimal. Hal ini disebabkan kurangnya komunikasi dan

koordinasi dari antar anggota tim. dapat dilihat dari beberapa personil masih mengalami kesulitan saat menghitung perencanaan sasaran yang akan diimunisasi saat sub PIN dengan pola mobilitas penduduk yang tidak menentu serta keterbatasan kemampuan dari petugas surveilans di Puskesmas yang lulusan D-III Keperawatan untuk melakukan pengolahan data hingga analisis situasi guna penetapan perencanaan kedepan. Belum adanya keterpaduan program-program pengurangan KLB difteri dari tingkat pusat dan daerah sehingga kegiatan pengurangan risiko KLB tidak berdiri sendiri tetapi terpadu ke dalam program pembangunan reguler. Perencanaan anggaran yang terbatas di tingkat Profinsi membuat adanya kelompok umur yang tidak mendapatkan imunisasi yakni > 15 tahun dan daerah yang kasusnya tergolong kecil.

c. Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Upaya peningkatan pengetahuan baik dalam pendidikan maupun pelatihan sudah pernah dilakukan. Namun karena sering bergantinya personil di Puskesmas sehingga ada beberapa orang yang belum terampil dan menguasai apa yang menjadi tugasnya. Belum adanya penelitian efektifitas vaksin untuk mengatasi difteri di tingkat Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kota Surabaya, maupun Puskesmas, Polindes hingga Posyandu. Saat ini hanya dilakukan penelitian pada daerah endemis saja, sedangkan

daerah lain yang mungkin juga berpotensi KLB tidak di uji tingkat imunitasnya pada bayi sampai dewasa.

d. Peningkatan kapasitas dan partisipasi masyarakat dan para pemangku kepentingan

Masih kurangnya partisipasi masyarakat untuk dapat segera melaporkan jika ada kasus, dengan alasan malu kalau ketahuan, takut karena akan disuntik pada semua anggota keluarganya. Adanya suku Madura yang enggan untuk diimunisasi karena tingkat pengetahuan dan pendidikannya yang tergolong rendah. Serta adanya Sekolah serta Pesantren yang tidak mau kalau siswanya diimunisasi. Serta belum optimalnya keikutsertaan tokoh masyarakat, tokoh agama dalam mensosialisasikan pentingnya imunisasi pada bayi dan balita serta dampak yang ditimbulkan. Sedangkan untuk koordinasi dari para pemangku kepentingan baik di Pemerintah Kota Surabaya maupun di DPRD Komisi D (Kesra) seringkali terhambat karena kesibukan dari masing2 bidang untuk meminimalkan kasus difteri kurnag optimal.

e. Pencegahan dan Mitigasi

Tindakan yang dilakukan saat pencegahan dan mitigasi diantaranya adalah identifikasi dan pemantauan kelompok risiko tinggi dan penguatan imunisasi rutin bagi bayi serta survei cakupan imunisasi sudah dilakukan oleh petugas di Puskesmas maupun Dinas Kesehatan.

Sedangkan pemantauan dan supervisi kegiatan imunisasi sudah dilakukan oleh Dinas Kesehatan kota Surabaya, namun karena keterbatasan SDM sehingga ada beberapa kegiatan baik di Posyandu maupun di Puskesmas yang tidak dilakukan supervisi secara rutin.

f. Peringatan dini

Kegiatan yang dilakukan pada saat peringatan dini adalah dengan surveilans intensif dan sosialisasi. Surveilans intensif sudah dilakukan untuk menemukan kasus secara awal dengan gejala mirip difteri. Sedangkan sosialisasi dilakukan melalui surat edaran Kepala Dinas Kesehatan kepada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan atau pertemuan dengan pimpinan kesehatan, masyarakat, namun masih kurang melibatkan tokoh masyarakat maupun tokoh agama. Adanya alat untuk mendeteksi adanya potensial KLB yakni Early Warning and Alert Response System (EWARS) yang belum dapat dimaksimalkan penggunaannya karena keterbatasan SDM dan software sering mengalami gangguan saat pelaporan

g. Kesiapsiagaan

Kegiatan yang dilakukan diantaranya adalah penguatan tim gerak cepat, penyediaan tempat/ruang isolasi di Rumah Sakit, peningkatan penyuluhan, pelatihan dan gladi mekanisme tanggap darurat. Penguatan tim gerak cepat untuk menghadapi ancaman KLB tidak dilakukan contohnya dengan melakukan gladi bersih dan penilaian kinerja tim. Sehingga saat terjadi

KLB seringkali Puskesmas bergantung sepenuhnya pada Dinas Kesehatan mulai dari informasi adanya kasus, pengambilan swab hingga fase pemulihan penderita. Masih minimnya ketersediaan ruang isolasi di Rumah Sakit sehingga pelayanan kasus tidak dapat dilakukan di sembarang Rumah Sakit.

h. Tanggap darurat

Penanganan saat terjadi KLB dilakukan dengan mengkaji cepat KLB dengan melakukan penyelidikan epidemiologi, melakukan tata laksana kasus dan identifikasi manajemen kontak. Saat terjadi KLB tidak hanya diserahkan sepenuhnya kepada tim dari dinas kesehatan yang memegang komando, tetapi justru keterlibatan Puskesmas sangatlah penting karena yang memiliki wilayah kerja. Seperti pada saat penyelidikan epidemiologi laporan diph w-1 yang seharusnya diberikan Puskesmas ke Dinas Kesehatan untuk memberitahu bahwa ada kasus, tapi kenyataannya Dinas Kesehatan memberitahu Puskesmas bahwa di wilayahnya ada kasus untuk dilakukan penyelidikan lebih lanjut, sedangkan form diph w-1 hanya untuk formalitas saja. Tata laksana kasus dilakukan sepenuhnya di Rumah Sakit sedangkan untuk identifikasi dan manajemen kontak dilakukan oleh petugas surveilans Puskesmas untuk memastikan kontak erat penderita maupun karier guna diberikan profilaksis maupun imunisasi ORI (Outbreak respons Immunization).

i. Pemulihan

Kurangnya pengawasan konsumsi profilaksis maupun kelengkapan imunisasi bagi penderita yang dianggap status imunisasinya kembali nol. Pada saat pemulihan penderita di rumah yang seharusnya mendapatkan pengawasan dari Puskesmas, ternyata tidak dilakukan. Yang melakukan justru tim dari Dinas Kesehatan. Begitu juga untuk pola konsumsi profilaksis maupun penderita yang harus imunisasi ulang juga tidak terpantau. Sehingga banyak terjadi DO (Drop Out).

2. Saran

a. Bagi Dinas Kesehatan

- 1) Mengoptimalkan supervisi, monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan imunisasi serta kegiatan surveilans rutin untuk meningkatkan kualitas, kuantitas pelayanan
- 2) Mengadakan penilaian independen tim gerak cepat secara obyektif oleh dinas kesehatan dalam setiap tahunnya dan memberikan reward pada tim yang berprestasi
- 3) Meningkatkan kerja sama lintas sektor terkait dalam penanggulangan KLB difteri misalnya dengan Dinas Pendidikan setempat untuk memastikan program BIAS maupun sub PIN mencakup semua sasaran terutama di sekolah-sekolah swasta.
- 4) Pendistribusian dan penjelasan SOP penanggulangan difteri dari

Dinkes seharusnya hingga sampai Puskesmas dan seluruh tempat pelayanan kesehatan

- 5) Segera dilakukan pembenahan pengelolaan vaksin (manajemen coldchain, pengimpangan vaksin) terutama di pelayanan kesehatan swasta seperti dokter swasta, Bidan praktek mandiri dan RS swasta
- b. Bagi Puskesmas
 - 1) Meningkatkan cakupan imunisasi sehingga menjadi daerah yang memenuhi standar UCI di wilayah kerja Puskesmas untuk meminimalkan faktor risiko terjadinya KLB difteri
 - 2) Perlu dilakukan surveilans ketat selama 10 (sepuluh) hari di lokasi oleh Puskesmas di wilayah kerjanya, mengingat ada anak balita yang sakit di lokasi (tetangga) penderita sakit.
 - 3) Perlu adanya kejelasan tugas dan wewenang masing-masing tim imunisasi maupun surveilans oleh Kepala Puskesmas sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh dinas kesehatan.
 - 4) Melakukan penyuluhan secara rutin tidak hanya pada saat ada kasus saja serta memberikan kemudahan akses apabila ada yang menderita/terkena kasus.
 - 5) Perlu keikutsertaan tokoh masyarakat, tokoh agama dalam mensosialisasikan pentingnya imunisasi pada bayi dan balita serta dampak yang ditimbulkan dan melibatkan masyarakat dalam melaporkan adanya kasus penyakit diwilayahnya, dengan

melakukan peningkatan kemampuan kader dalam bidang surveilans penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). 2010. Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2010-2014. Jakarta :BNPB RI
- Carter, Nick. 1991. Manajemen Penanggulangan bencana. Manila, Philipina : Perpustakaan nasional CIP
- Depkes RI. 2006. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Difteri di Indonesia. Jakarta : Ditjen DD & PL
- Dinkes Kota Surabaya. 2012. Data surveilans Seksi Wabah dan Bencana, Surabaya : Dinkes Kota Surabaya
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2011. Pedoman penanggulangan difteri di Jawa Timur. Surabaya : Dinkes Provinsi Jatim
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2011. Profil Kesehatan Jawa Timur. Surabaya : Dinkes Provinsi Jatim
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2012. Profil Kesehatan Jawa Timur. Surabaya : Dinkes Prov. Jatim
- Ditjen P2PL. 2007. Revisi Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (Pedoman Epidemiologi Penyakit), Jakarta : Depkes RI
- Dittmann, Sieghart. 2000. Successful control of epidemic diphtheria in the states of the former union of soviet socialist republics : Lessons Learned. J Infect Dis. 181 (Supplement 1): S10-S22. doi: 10.1086/315534
- Djohanputro, Bramantyo. 2006. Manajemen Bencana (Disaster Management). Jakarta : Majalah Eksekutif.
- Euis. 2009. Evaluasi penanggulangan bencana di Indonesia (Lesson Learned 2006-2007). IPB : Pusat Studi Bencana Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat.
- Gobel, Afriyanti Fatmah. 2011. Provinsi Jatim status KLB Penyakit Difteri. Surabaya : Wordpress.com
- Nath Benu. 2010. Investigation of an Outbreak of Diphtheria in Borborooah Block of Dibrugarh District, Assam. Indian J Community Med. 2010 July; 35(3): 436-438
- PAHO. 2009. Safe Hospitals: A Collective Responsibility, A Global Measure of Disaster Reduction. PAHO/WHO.www.paho.org/english/dd/ped/Safe Hospitals Booklet.pdf, diakses tanggal 1 Nopember 2013.
- Patel UV, Patel BH, Bhavsar BS, Dabhi HM, Doshi SK. 2004. A retrospective study of diphtheria cases, Rajkot, Gujarat : IJCM
- Robert J. Kodoatie dan Roestam Sjarief. 2006. Pengelolaan

Bencana Terpadu. Jakarta :
Yarsif Watampoe

Satgas Imunisasi IDAI. 2008.
Pedoman Imunisasi. Jakarta:
IDAI

United Nation. 2009. The Kerangka
Kerja Hyogo untuk Tindakan
2005-2015 : Building the
Resillence of Nations and
Communities to Disasters.
International Strategy for
Disaster Reduction. Geneva :
United Nation.

Wagner, K.S. 2010. Diphtheria in
the United Kingdom, 1986–
2008: the increasing role of
Corynebacterium ulcerans.
Epidemiology and Infection /
Volume 138 / Issue 11 /
November 2010, pp 1519-1530
Copyright © Cambridge
University Press

**Pengaruh Modern Dressing Kombinasi Mendengarkan Bacaan Al Quran
Terhadap Percepatan Penyembuhan Ulkus Diabetik Di Laboratorium
Biomedik FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**

Imroatul Farida¹

¹ STIKES Hang Tuah Surabaya

Abstract: Diabetic ulcers is open wound on the skin surface. Diabetic ulcers complication will be a major cause of morbidity, hospitalization, amputation and greater economic cost. The action to prevent more severe complications is required wound treatment effectively and efficiently. Modern dressing treatment by modifying the respondents listening to Al Quran is one of the treatment action choicesthat the researcher wants to do to research. The reasearch purpose to analyze the effect of modern dressing of listening to Al Quran combination to the acceleration of diabetic ulcers healing. The research design is true experimental laboratoric with post test only control group design approach. The total samples are 24 Sprague Dawley rats which are chosen using simple random sampling and divided into 3 groups: modern dressingof Al Quran combination as treatment group, modern dressingof musical combination, and modern dressingas control group. The measurement of wound healing is using Bates Jansen Wound Assessment Tool instrument for 21 days. The analyzing test is using one way anovawhich the result shows that there is effect of modern dressingof listening to Al Quran combination to the acceleration of diabetic ulcers healingwhich shows $p < 0,05$. The researcher continues the dannetanalyzing test that the result shows that there is modern dressingeffect to Al Quran combination. It is shows by the value of lower to upper, without passing zero value, so as modern dressingof musical combination. Modern dressingof Al Quran combination and musical combination give positive effect in the diabetic ulcers healing process, however, modern dressingof Al Quran combination is better in wound healing process. The nurses can apply the modern dressingof Al Quran combinationin diabetic ulcers treatment.

Keywords: Diabetic Ulcers, Modern Dressing, Al Quran, Wound Healing

Abstrak: Ulkus diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit. Komplikasi ulkus diabetik akan menjadi penyebab utama morbiditas, perawatan di Rumah Sakit, amputasi dan biaya ekonomi yang lebih besar. Tindakan mencegah komplikasi yang lebih berat diperlukan perawatan luka efektif dan efisien. Perawatan modern dressing dengan memodifikasi responden mendengarkan bacaan Al Quran salah satu pilihan tindakan keperawatan yang ingin peneliti lakukan penelitian. Tujuan penelitian menganalisa pengaruh modern dressing kombinasi bacaan Al Quran terhadap percepatan penyembuhan ulkus diabetik. Desain penelitian ini adalah true eksperimental laboratoric dengan pendekatan post test only control group desaign. Jumlah Sampel 24 ekor tikus Sprague Dawley yang dipilih secara simple random sampling yang terbagi menjadi 3 kelompok yaitu modern dressing kombinasi Al Quran sebagai kelompok perlakuan, modern dressing kombinasi musik dan modern dressing sebagai kelompok kontrol . Pengukuran penyembuhan luka menggunakan

instrument Bates Jansen Wound Assesment Tool selama 21 hari. Uji analisis menggunakan one way anova yang hasilnya terdapat pengaruh modern dressing kombinasi mendengarkan bacaan Al Quran terhadap percepatan penyembuhan ulkus diabetic ditunjukkan dengan $p < 0,05$. Peneliti melanjutkan uji Analisa dannet dengan hasil terdapat pengaruh modern dressing kombinasi Al Quran dengan modern dressing, hal ini ditunjukkan dengan nilai lower ke upper tidak melewati angka nol begitu juga modern dressing kombinasi musik dengan modern dressing. Modern dressing kombinasi Al Quran dan kombinasi musik memberikan pengaruh yang baik pada proses penyembuhan ulkus diabetik, akan tetapi modern dressing kombinasi Al Quran lebih baik terhadap proses penyembuhan luka. Perawat dapat mengaplikasikan modern dressing kombinasi Al Quran dalam perawatan ulkus diabetik

Kata Kunci: Ulkus Diabetik, Modern Dressing, Al Quran, Penyembuhan Luka.

Pendahuluan

Penderita diabetes melitus berisiko mengalami komplikasi, baik yang bersifat akut maupun kronik. Infeksi ulkus diabetik jika tidak segera diatasi dapat berkembang menembus jaringan di bawah kulit seperti otot, tendon, sendi dan tulang, atau bahkan kematian apabila berkembang menjadi infeksi sistemik. Ulkus sudah berlangsung lebih dari 2 minggu harus dicurigai adanya osteomyelitis (Hastuti, 2008).¹ Komplikasi ulkus diabetik akan menjadi penyebab utama morbiditas, meningkatkan perawatan di rumah sakit, amputasi dan mendatangkan beban ekonomi yang besar pada penderita diabetes mellitus (Fryberg, Zgonis, Armstrong, Driver, Giurini, Kravitz., 2006; Hastuti, 2008).^{2,1} Angka kematian karena luka diabetik mencapai 17 - 23% karena tindakan amputasi, angka kematian satu tahun pasca amputasi berkisar 14,8 % dan meningkat tiga tahun pasca amputasi 37% dengan rerata umur pasien hanya 23, 8 bulan pasca amputasi

(Perkeni, 2011).³

Perawatan ulkus diabetik saat ini cukup mengalami perkembangan yang sangat pesat. Penggunaan teknik perawatan modern mulai memasyarakat di Indonesia namun disisi lain masih banyak yang menggunakan tehnik konvensional (Nurachmah, 2011).⁴ Rumah sakit di Indonesia masih banyak menggunakan balutan konvensional yaitu penggunaan kasa steril sebagai bahan utama balutan (Ismail, Irawaty, Haryati, 2009).⁵ Hasil riset mengatakan dari beberapa jenis balutan modern memberikan hasil yang signifikan dalam perbaikan luka diabetes (Sharp, 2002).⁶ Hasil riset yang lain mengatakan balutan modern mempunyai tingkat perkembangan perbaikan luka diabetik yang lebih baik dibandingkan dengan menggunakan balutan konvensional (Ismail, Irawaty, Haryati.,2009).⁵

AL Quran juga mempunyai potensi untuk menyembuhkan penyakit baik jasmani maupun rohani. Al Quran sebagai obat

penyakit rohani sudah banyak yang meyakini tetapi obat penyakit jasmani belum banyak yang di singgung (Mustamir, 2008).⁷ Pengobatan dengan ayat-ayat Al Quran dan sunnah nabi sholallahu alaihi wa sallam terbukti secara medis dapat menyembuhkan berbagai penyakit, apakah itu penyakit fisik maupun psikis (Wahdah, 2012).⁸

Eksperimen oleh Ahmad Al Qadi di klims besar, florida, Amerika Serikat membuktikan bahwa dengan sekedar mendengarkan bacaan Al Quran seorang muslim baik yang mengerti bahasa arab maupun yang tidak, dapat merasakan perubahan psikologis yang besar seperti depresi, kesedihan, bahkan dapat memperoleh ketenangan dan menolak berbagai macam penyakit. Penemuan ini juga menunjukkan bahwa Al Quran berpengaruh besar hingga 97 % dalam memberikan ketenangan dan menyembuhkan penyakit (Samahah, 2007; Anwar, 2010).^{9,10}

Penderita diabetes miletus semakin meningkat, diperkirakan prevalensi ulkus diabetik juga akan meningkat (Yunir, Purnamasari, Ilyas , Widyahening, Mardani dan Sukardi, 2009).¹¹ Perawatan luka terkini adalah modern dressing tetapi hampir semua rumah sakit belum melakukannya dan dengan mengkombinasikan responden mendengarkan bacaan Al Quran, peneliti tertarik melakukan penelitian bagaimanakah pengaruh modern dressing kombinasi mendengarkan

bacaan Al Quran terhadap percepatan penyembuhan ulkus diabetik. Tujuan penelitian ini untuk menganalisa pengaruh modern dressing kombinasi bacaan Al Quran terhadap percepatan penyembuhan ulkus diabetik.

Bahan dan Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan desain penelitian true experimental laboratorik dengan pendekatan post test only control group design. Lokasi penelitian dilakukan di laboratorium Biomedik FKIK Universitas Muhamadiyah Yogyakarta pada bulan Februari 2015 dengan menggunakan sampel tikus putih (*rattus norvegikus*) yang dilakukan homogenisasi sesuai dengan kriteria inklusi yaitu tikus putih (*rattus norvegikus*) Sprague Dawley, jenis kelamin jantan, Berusia 10 – 12 minggu, berat badan 200-250 gram, tidak ada kelainan anatomi atau genetik dan kriteria eksklusi adalah tikus mati saat proses penelitian dan dilakukan induksi lagi untuk memenuhi jumlah sampel, gula darah kurang dari 200 mg/DL.

Pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik probability sampling random sampling dengan membagi sampel menjadi 3 kelompok yaitu kelompok modern dressing kombinasi Al Quran sebagai kelompok perlakuan, modern dressing mendengarkan musik dan modern dressing sebagai kelompok control, yang masing-masing kelompok terdiri dari 8 sampel.

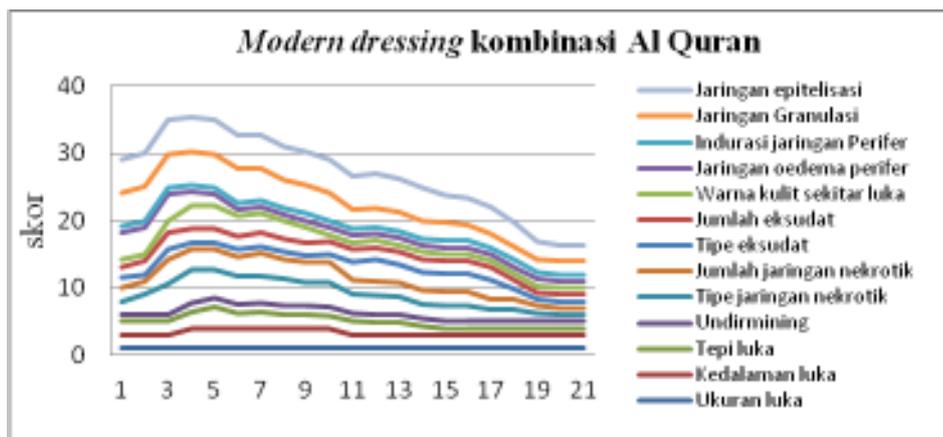
Sampel (tikus) diadaptasikan selama 1 minggu. Tikus di induksi DM dengan injeksi aloksan intraperitoneal dengan dosis 195 mg/kg BB (Rees dan Alcolado, 2005).¹² Tiga hari setelah injeksi aloksan, glukosa darah diukur melalui vena ekor dengan menggunakan glukometer dan tikus dengan glukosa darah diatas 200mg/DL dinyatakan sebagai diabetik (Zangiabadi, Nasser, 2011), kemudian tikus ditunggu selama satu bulan setelah diinduksi Diabetes melitus untuk proses neuropati (Keppelle,1993; Mardiaty, Yunitasari, Astikasari, Saraswasta, Negeo, Kritianto H, 2010).^{13,14} Pembuatan luka dengan cara tikus dianestesi ketamine intraperitoneal dengan dosis 25mg/kgBB, Pembuatan ulkus diabetik melalui luka eksisi berukuran 1,5 x 1,5 cm

pada kulit dengan menggunakan pisau bedah pada epidermis hingga hypodermis atau lapisan subkutan (ulkus derajat 2) (Li, Kun, 2011).¹⁴ Perawatan luka dengan menggunakan modern dressing hidrokoloid dan pengamatan luka dilakukan 1x sehari selama 21 hari. (Juranek, Judyta, 2013).¹⁵ Pengamatan atau pengukuran luka menggunakan bates jansen wound assesment tools (Jansen,2001).¹⁶

Uji statistik yang peneliti gunakan One Way ANOVA untuk mengetahui pengaruh antara kelompok perlakuan dan kelompok control selanjutnya peneliti lakukan uji dunnet untuk mengetahui manakah kelompok yang berpengaruh pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

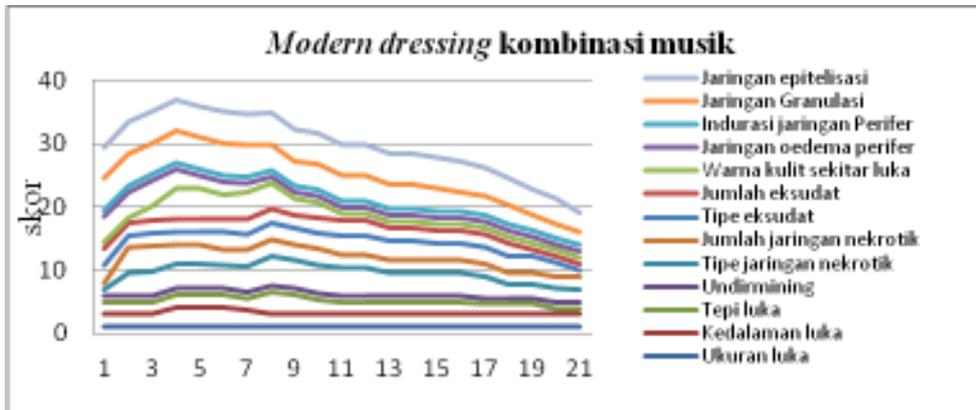
Hasil Penelitian

1. Grafik modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran antara waktu dengan skor pada penyembuhan ulkus diabetic



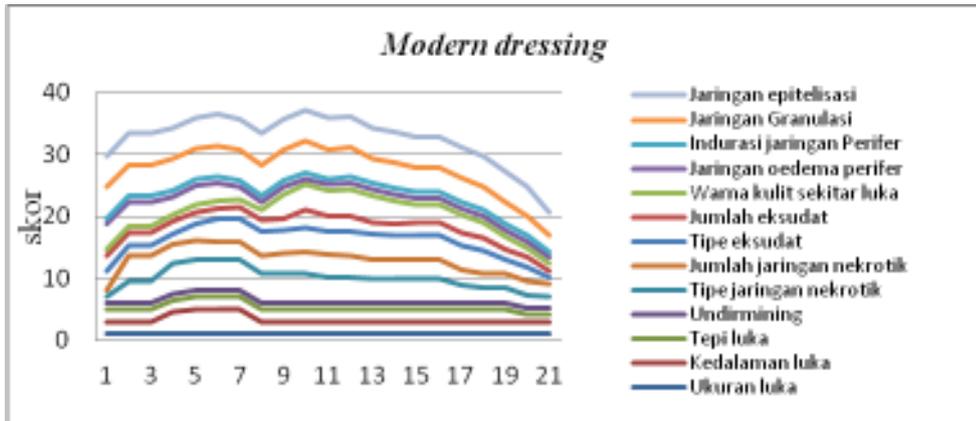
Grafik diatas menunjukkan bahwa perawatan luka modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran sampai hari ke 21 perawatan mengalami perbaikan akan tetapi ulkus diabetik belum mengalami penyembuhan terlihat skor mayoritas diatas satu.

2. Grafik modern dressing kombinasi mendengarkan musik antara waktu dengan skor pada penyembuhan ulkus diabetik



Grafik diatas menunjukkan bahwa perawatan luka modern dressing kombinasi mendengarkan musik sampai hari ke 21 perawatan mengalami perbaikan akan tetapi ulkus diabetik belum mengalami penyembuhan terlihat skor mayoritas diatas satu.

3. Grafik modern dressing antara waktu dengan skor pada penyembuhan ulkus diabetik



Grafik diatas menunjukkan bahwa perawatan luka modern dressing sampai hari ke 21 perawatan mengalami perbaikan akan tetapi ulkus diabetik belum mengalami penyembuhan terlihat skor mayoritas diatas satu.

Tabel 4.1 Hasil rerata status kondisi luka (Bates Jansen Wound Assesment Tool) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di laboratorium biomedik FKIK UMY Februari 2015

Status Kondisi Luka	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol			
	n	Skor rerata modren dressing Al Quran	n	Skor rerata modern dressing musik	Skor rerata modern dressing	
					n	
Tissue Health	0	0	0	0	0	0
Wound Regeneration	8	27	8	30	8	33
Wound Degeneration	0	0	0	0	0	0
Total	8	27	8	30	8	33

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa status kondisi luka ke tiga kelompok dalam kategori wound regeneration, akan tetapi skor rerata pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran) lebih kecil dari pada kelompok

kontrol (kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing), yang artinya kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) lebih baik dari pada kelompok yang lainnya.

1. Hasil Analisa Bivariat

Tabel 4.2 Hasil analisa one way anova penyembuhan luka (Bates Jansen Wound Assesment Tool) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di laboratorium biomedik FKIK UMY Februari 2015

No	Indikator	Jmlh hari	Rerata			P
			Klpk Perlakuan	Klpk kontrol		
				Modern dressing Al Quran	Modern dressing musik	
1	Ukuran luka	21	1	1	1	p=*
2	Kedalaman luka	21	2.4	2.2	2.3	p= 0.626
3	Tepi luka	21	1.7	2.04	2	p=0.105
4	Undermining	21	1.2	1	1	p=0.000
5	Tipe jar nekrotik	21	3.8	3.5	3.7	p=0.035
6	Jmlh jar nekrotik	21	2.2	2.4	2.9	p=0.012
7	Tipe eksudat	21	1.7	2.6	3.1	p=0.000
8	Jumlah eksudat	21	1.8	2.1	1.9	p=0.009
9	Warna kulit sekitar luka	21	2.3	2	2.3	p=0.153
10	Jaringan oedema	21	1.5	1.6	1.5	p=0.898
11	Indurasi jaringan	21	1	1	1	p=*
12	Jaringan	21	3.5	4	4.4	p=0.014

13	granulasi Jaringan epitelisasi	21	4.4	4.8	4.9	p=0.041
----	--------------------------------	----	-----	-----	-----	---------

Table 4.2 menunjukkan hasil one way anova penyembuhan luka pada indikator undermining, tipe jaringan nekrotik, jumlah jaringan nekrotik, tipe eksudat, jumlah eksudat, jaringan granulasi dan jaringan epitelisasi terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0.05$)

pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sedangkan indikator ukuran luka, kedalaman luka, tepi luka, warna kulit sekitar luka, jaringan oedem, indurasi jaringan tidak ada perbedaan yang bermakna ($p > 0.05$) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 4.3 Hasil analisa dunnet penyembuhan luka (Bates Jansen Wound Assesment Tool) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di laboratorium biomedik FKIK UMY Februari 2015

No	Indikator	Modern dressing Al Quran vs Modern dressing			Modern dressing musik vs modern dressing			Modern dressing Al Quran vs Modern dressing musik		
		Beda Rerata	Min	max	Beda Rerata	min	max	Beda Rerata	min	Max
1	Ukuran luka	0.20	-0.22	0.44	-0.11	-0.54	0.13	0	-0.00	0.00
2	Kedalaman luka	0.03	-0.43	0.37	-0.11	-0.56	0.24	-0.75	-0.50	0.25
3	Tepi luka	0.20	-0.54	0.13	-0.11	-0.22	0.45	-0.75	-0.50	0.25
4	Undermining	-0.17	0.11	0.22	0	-0.06	0.06	0.24	0.00	0.24
5	Tipe jar nekrotik	0.9	-1.69	-0.10	0.2	-1.02	0.06	-18	-1.20	0.60
6	Jmlh jar nekrotik	-0.7	-1.21	-0.16	0.5	-1.06	0.00	-1.05	-1.05	0.00
7	Tipe eksudat	1.5	-2.03	-0.95	1.5	-0.61	-0.08	-2.00	-2.00	0.00
8	Jumlah eksudat	0.8	-0.35	0.13	0.3	-0.01	0.47	-3.6	-0.25	0.50
9	Warna kulit sekitar luka	0.75	-1.62	0.12	0.16	-1.19	0.55	-5.4	-1.20	0.60
10	Jaringan oedema	-0.006	-0.75	0.76	-0.14	-0.62	0.89	-6.9	-0.50	1
11	Indurasi jaringan	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Jaringan granulasi	0.9	-1.5	-0.22	0.4	-0.11	0.26	-0.50	-0.50	0.00
13	Jaringan epitelisasi	0.8	-0.93	-0.04	0.3	-0.58	-0.3	-1.05	-0.70	0.35

Table 4.3 hasil analisa dannet menunjukkan terdapat pengaruh percepatan penyembuhan ulkus diabetik pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing) pada indikator

undermining, tipe jaringan nekrotik, jumlah jaringan nekrotik, tipe eksudat, jaringan granulasi dan jaringan epitelisasi. Hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper tidak melewati angka nol. Hasil dannet menunjukkan tidak ada

pengaruh percepatan penyembuhan ulkus diabetik pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing) pada indikator ukuran luka, kedalaman luka, tepi luka, jumlah eksudat, warna kulit sekitar luka, jaringan oedem, indurasi jaringan, hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper melewati angka nol.

Hasil dannet menunjukkan terdapat pengaruh percepatan penyembuhan ulkus diabetik kelompok modern dressing kombinasi musik dengan modern dressing pada indikator jumlah jaringan nekrotik, tipe eksudat dan jumlah eksudat. Hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper tidak melewati angka nol. Hasil dannet menunjukkan tidak ada pengaruh percepatan penyembuhan ulkus diabetik pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing) pada indikator ukuran luka, kedalaman luka, tepi luka, undermining, tipe jaringan nekrotik, warna kulit sekitar luka, jaringan oedem, indurasi jaringan, jaringan granulasi, hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper melewati angka nol. Hasil dannet menunjukkan tidak ada pengaruh percepatan penyembuhan ulkus diabetik pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing musik) pada semua indikator, hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai

upper melewati angka nol.

A. Pembahasan

1. Grafik 4.1 modern dressing kombinasi Al Quran, Grafik 4.2 modern dressing kombinasi musik, Grafik 4.3 modern dressing antara waktu dengan skor pada penyembuhan ulkus diabetik,

Grafik 4.1 modern dressing kombinasi Al Quran, Grafik 4.2 modern dressing kombinasi musik, Grafik 4.3 modern dressing antara waktu dengan skor pada penyembuhan ulkus diabetik, menunjukkan bahwa semua kelompok sampai hari ke 21 mengalami perbaikan akan tetapi ulkus diabetik belum mengalami penyembuhan terlihat skor mayoritas diatas satu.

Menurut Maryunani (2013), dalam penelitian klinik, kurang dari 25% ulkus diabetes sembuh setelah 2 minggu dilakukan penatalaksanaan luka yang agresif.¹⁷ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti lebih dari 21 hari atau 2 minggu ulkus diabetik tidak sesuai dengan waktu penyembuhan luka karena sel basal keratinosit pada luka kronik sulit di aktivasi oleh tubuh (Abidin, Suriadi, Adiningsih 2013).¹⁸ Penderita diabetes mengalami penurunan jumlah growth factor akibatnya migrasi dan proliferasi seluler tidak terstimulasi. Growth factor berkurang juga mempengaruhi pertumbuhan, reproduksi, gerakan atau fungsi sel (Maryunani, 2013).¹⁷ Penyembuhan luka memerlukan darah yang adekuat mengalir keluka

sehingga oksigen dan zat nutrisi tersedia untuk pertumbuhan seluler. Diabetes mempunyai insiden lebih tinggi terhadap penyakit vaskuler perifer yang menyebabkan perfusi yang tidak adekuat ke kaki bawah dan telapak kaki (distal) (Maryunani, 2013; Caliano dkk., 2014).^{17,19} Oksigenasi luka buruk akibat penambahan kapiler yang rapuh dan pengurangan vaskularisasi pada kulit (Caliano dkk., 2014).¹⁹

Proses penyembuhan luka yang tidak sesuai dengan waktu penyembuhan luka juga dipengaruhi oleh tehnik penanganan luka yang tidak tepat, umur, kondisi kesehatan buruk, adanya penyakit lain misalnya diabetes melitus, keadaan luka buruk (lokasi, ukuran, bentuk, kondisi, lokasi luka sering bergerak), sirkulasi darah tidak lancar (Maryunani, 2013).¹⁷ Faktor yang menghambat penyembuhan luka antara lain: 1) Gangguan sirkulasi, mengurangi suplai nutrisi pada area luka dan menghambat respon inflamasi dan pengangkatan debris dari area luka. 2) Benda asing dapat menghambat penutupan luka dan meningkatkan respon inflamasi. 3) Gesekan mekanik dapat merusak atau memusnahkan jaringan granulasi. 4) Penyakit diabetes melitus dapat menghambat sintesis kolagen dan mengganggu sirkulasi serta pertumbuhan kapilaria. Hiperglikemia mengganggu fagositosis yang artinya dapat menghambat sekresi insulin yang mengakibatkan peningkatan gula darah, sehingga nutrisi tidak dapat

masuk ke dalam sel (Wong Donna, 1995; Maryunani, 2013).^{20,17}

B. Tabel 4.1 Hasil skor rerata status kondisi luka (Bates Jansen Wound Assesment Tool) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Status kondisi luka ke tiga kelompok dalam kategori Wound regeneration. Hal ini karena tubuh secara fisiologi dapat memperbaiki kerusakan jaringan kulit (luka) secara mandiri atau sendiri yang dikenal dengan penyembuhan luka. Penyembuhan luka secara alami menurut Carville (2007), akan mengalami dua tahapan besar, yaitu hemostasis dan perbaikan jaringan, yang terdiri dari fase inflamasi, proliferasi, maturasi.²¹ Maryunani (2013) mengatakan setiap kejadian luka, mekanisme tubuh akan mengupayakan mengembalikan komponen – komponen jaringan yang rusak tersebut dengan membentuk struktur baru dan fungsional sama dengan keadaan sebelumnya.¹⁷ Teori ini pun sesuai dengan Al Quran surat Al Infithaar (82) : 7 yang berbunyi:

الَّذِي خَلَقَكَ فَسَوَّاكَ فَعَدَلَكَ

Artinya:

Yang telah menciptakan kamu lalu menyempurnakan kejadianmu dan menjadikan (susunan tubuh) mu seimbang, walaupun begitu kita tetap berusaha dan berupaya agar kesembuhan bisa lebih cepat dan lebih sempurna sehingga peneliti juga memberikan modern dressing berbasis suasana lembab (moist).

Darwis (1998) cit Maryunani (2013) menjelaskan bahwa perawatan luka tertutup (oklusif) dapat mencapai keadaan yang lembab dan penyembuhan luka lembab lebih cepat dari pada penyembuhan luka kering, sedangkan Kannon & Garret (1995) cit Megawati (2014) menjelaskan bahwa modern dressing menggunakan prinsip mempertahankan lingkungan luka agar tetap lembab. Luka dalam kondisi lembab, dressing yang digunakan idealnya tertutup atau occlusive, bila kondisi luka kurang lembab atau kering akan mengakibatkan kematian sel dan tidak akan terjadi perpindahan epitel serta jaringan matrik, sebaliknya jika kondisi luka terlalu basah juga dapat menyebabkan timbulnya eksudat yang akan menghambat proses proliferasi.^{17,22} Menurut Dealey (2007) mekanisme kerja utama modern dressing adalah menjaga kelembapan pada luka.²³ Mekanisme kondisi lembab dapat membantu proses penyembuhan luka melalui jalur fibrinolisis, angiogenesis, pembentukan growth factor dan stimulasi sel-sel aktif ketika terjadi proses penghancuran fibrin yang dipengaruhi oleh produksi platelet, sel endotel, dan fibroblast (Bryan, 2004).²⁴ Penelitian Zhai dan Maibach (2007) bahwa dengan moist wound healing occlusive dressing memberikan keuntungan antara lain mengurangi permukaan luka yang nekrotik, mencegah luka menjadi kering, mengurangi nyeri,

mengurangi perawatan luka, menstimulasi growth factor, mengaktifasi enzim yang dibutuhkan untuk debridement serta menyiapkan perlindungan pada luka.²⁵

C. Tabel 4.2 Hasil analisa one way anova pada status indikator penyembuhan luka (Bates Jansen Wound Assesment) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Hasil uji statistik menggunakan one way anova pada semua indikator Bates Jansen Wound Assessment Tool pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing adalah:

a. Ukuran Luka

Ukuran luka pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna $p > 0.05$ yang artinya $p > 0.05$. Hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari) mempunyai ukuran yang sama yaitu luka < 4 cm, karena selama perawatan luka selalu kurang dari 4 cm sedangkan bates jansen wound assesment tools untuk penilaian ukuran luka nilai paling baik adalah 1 yang artinya luka kurang dari 4 cm. Pembuatan ulkus ukuran luka hanya $1,5 \times 1,5$ cm = 2 cm dan tidak ada perubahan ukuran luka sampai

melebihi 4 cm sehingga jika ukuran luka kurang dari 4 cm peneliti tidak bisa mengamati perubahan pengurangan atau penambahan luka secara spesifik setiap harinya.

Pengurangan ukuran atau penutupan luka secara normal jika ukuran luka 0,5 mm/ hari (Gurtner, 2007), yang artinya selama 21 hari luka akan mengalami penutupan luka 10,5 mm sedangkan hasil dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sampai hari ke 21 penutupan luka 1 cm atau 1,05 mm.²⁶ Hal ini tidak sesuai dengan penutupan luka normal karena sampel yang peneliti gunakan sampel yang mengalami diabetik mellitus sehingga dapat menghambat sintesis kolagen dan mengganggu sirkulasi serta pertumbuhan kapilaria. Hiperglikemia mengganggu fagositosis yang artinya dapat menghambat sekresi insulin yang mengakibatkan peningkatan gula darah, sehingga nutrisi tidak dapat masuk kedalam sel (Wong Donna, 1995; Maryunani, 2013).^{20,17}

Peneliti bisa mengamati secara klinik bahwa semua kelompok semakin lama perawatan ukuran luka semakin kecil yang artinya semua kelompok mengalami perbaikan pada ukuran luka. Penelitian ini sejalan dengan yang disampaikan Arisanty (2013) bahwa ukuran luka dapat mempengaruhi lamanya luka sembuh, semakin besar luka semakin lama penyembuhannya.²⁷

b. Kedalaman Luka

Kedalaman luka pada ke tiga kelompok (kelompok modern

dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna $p = 0.626$ yang artinya $p > 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari) mempunyai kedalaman luka yang sama untuk semua kelompok yaitu kehilangan ketebalan kulit sebagian meliputi epidermis dan atau dermis. Peneliti membuat ulkus atau luka pada sampel yaitu epidermis hingga hypodermis atau lapisan subkutan (ulkus derajat 2) (Li, Kun, 2011).¹⁴ Jika peneliti amati tidak ada perubahan kedalaman luka antara awal peneliti membuat ulkus sampai perawatan luka ke 21 hari atau kedalaman luka tetap pada awal perawatan sampai akhir perawatan.

Uji statistik tidak menunjukkan pengaruh antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, akan tetapi pada kelompok perlakuan (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran) kedalaman luka mempunyai skor yang tinggi dibandingkan kelompok kontrol (kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) yang artinya kelompok perlakuan lukanya lebih dalam dari pada kelompok kontrol dikarenakan peneliti tidak bisa mengendalikan aktifitas sampel sehingga secondary dressing banyak yang lepas. Hal ini dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka karena kelembapan yang

dibutuhkan berkurang dan tingkat kontaminasi bakteri meningkat disebabkan luka tidak dalam keadaan tertutup.

c. Tepi Luka

Tepi luka pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna $p=0.105$ yang artinya $p>0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terahir perawatan (21 hari) yang awalnya mayoritas tepi luka jelas, garis luar terlihat jelas, menyatu dengan dasar luka dan juga tepi luka halus, tipis, bersih pada semua kelompok, sekarang tepi luka pada semua kelompok tidak terlihat jelas dan menyebar. Peneliti mengamati secara klinik luka mulai mengalami perbaikan. Penelitian ini sejalan dengan yang disampaikan Arisanty (2013) bahwa tepi luka yang baik jika tepi luka halus, tipis, bersih, lunak dan menyatu dengan dasar luka.²⁷

d. Undirmining

Undirmining pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.000$ yang artinya $p<0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai

dengan hari terahir perawatan (21 hari) terdapat undermining pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran tetapi tidak ada pada kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing. Undirmining terjadi pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran karena gula darah pada sampel paling tinggi (250 ml/dl) sehingga penurunan imunitas menyebabkan penurunan kemampuan leukosit dalam menghancurkan bakteri (Morison, 2003 cit Astiana, Komariah, Adiningsih, 2008).²⁸ Undermining pada tepi luka juga dapat mengindikasikan adanya imbalance bakteri yang dapat menghalangi penutupan luka (Handayani, 2010).²⁹ Walaupun pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran terdapat undermining akan tetapi pada terahir perawatan undermining tidak ada, hal ini menunjukkan ada perbaikan luka pada indikator undermining.

e. Tipe jaringan nekrotik

Tipe jaringan nekrotik pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.035$ yang artinya $p<0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terahir perawatan (21 hari), kelompok modern dressing kombinasi Al Quran tidak tampak

jaringan nekrotik sedangkan modern dressing kombinasi musik dan modern dressing terdapat jaringan nekrotik berwarna putih atau jaringan abu-abu nonaktif dan atau slough kuning yang tidak melekat. Peneliti mengamati semua kelompok mengalami perbaikan tipe jaringan nekrotik tetapi kelompok modern dressing lebih cepat mengalami perbaikan dibandingkan dengan kelompok yang lainnya. Hal ini karena modern dressing kombinasi musik dan modern dressing pada pembuluh darah arteri terhambat sehingga dapat menurunkan asupan nutrisi dan oksigen ke sel untuk mendukung penyembuhan luka akibatnya luka cenderung nekrosis. Vaskularisasi yang baik dapat menghantarkan oksigen dan nutrisi ke bagian sel terujung (Arisanty, 2013).²⁷ Oksigenasi dan perfusi jaringan yang buruk selain menimbulkan jaringan nekrotik, dapat pula menyebabkan terjadinya hipoksia yang dapat menghalangi mitosis dalam sel-sel epitel dan fibroblast yang bermigrasi, sintesa kolagen dan makrofag untuk menghancurkan bakteri. Penurunan daya imunitas yang biasa diderita pasien diabetes menyebabkan penurunan kemampuan leukosit dalam menghancurkan bakteri (Morison, 2003 cit Astiana, Komariah, Adiningsih, 2008).²⁸

Uji statistik tidak menunjukkan pengaruh antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, akan tetapi pada kelompok perlakuan (kelompok modern dressing kombinasi

mendengarkan Al Quran) tipe jaringan nekrotik mempunyai skor yang tinggi dibandingkan kelompok kontrol (kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing). Hal ini karena dressing yang peneliti gunakan semua sama menggunakan hidrokoloid sehingga peneliti tidak bisa menyesuaikan dressing yang sesuai dengan dasar luka dan jumlah eksudat pada ulkus diabetik.

f. Jumlah Jaringan nekrotik

Jumlah jaringan nekrotik pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.012$ yang artinya $p < 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari), kelompok modern dressing kombinasi Al Quran tidak tampak jaringan nekrotik sedangkan modern dressing kombinasi musik dan modern dressing jumlah jaringan nekrotik yang menutupi luka $<25\%$.

Peneliti mengamati semua kelompok mengalami perbaikan jumlah jaringan nekrotik tetapi kelompok modern dressing kombinasi Al Quran lebih cepat mengalami perbaikan dibandingkan dengan kelompok yang lainnya. Hal ini karena mendengarkan bacaan Al Quran dapat mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang

ditangkap oleh tubuh melalui pembuluh darah sehingga sirkulasi darah menjadi lebih baik akibatnya nutrisi dan oksigen tersedia untuk pertumbuhan sel (Cambel, 2005; Heru, 2008; Alkahel, 2011 cit Handayani, Fajarsari, Asih, Rohmah, 2014).^{30,31,29}

g. Eksudat

Tipe eksudat pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.000$ yang artinya $p < 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari), tipe eksudat pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran mayoritas berwarna merah menandakan eksudat banyak sekali pembuluh darah. Modern dressing kombinasi musik dan modern dressing mayoritas tipe eksudat serosanguineus menunjukkan bahwa eksudat tersebut banyak mengandung sel darah merah dan kerusakan pembuluh darah. Peneliti mengamati semua kelompok mengalami perbaikan mengarah ke tipe eksudat normal tetapi kelompok modern dressing mendengarkan Al Quran lebih cepat mengalami perbaikan dibandingkan dengan kelompok yang lainnya. Hal ini karena dengan mendengarkan Al Quran (murotal) akan membawa gelombang suara sampai ke otak, maka murotal

diterjemahkan oleh otak sesuai kebutuhan (Al Kahel, 2010).³¹ Otak merangsang untuk mengaktifasi trombosit secara terus menerus menyebabkan penarikan lebih banyak lagi trombosit sehingga terjadi penyumbatan. Sumbatan ini awalnya longgar semakin lama menutupi dinding pembuluh darah (Ganong 2005 : Gayton & Hal, 2007).^{32,33}

h. Jumlah Eksudat

Jumlah eksudat pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.009$ yang artinya $p < 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari), jumlah eksudat cukup lembab pada semua kelompok, akan tetapi kelompok modern dressing kombinasi Al Quran lebih cepat mengalami perbaikan dibandingkan dengan kelompok yang lainnya, terbukti jumlah eksudat mendapatkan skor lebih kecil (1.8) dari pada kelompok modern dressing kombinasi musik (2.1) dan kelompok modern dressing (1.9). Hal ini karena dengan mendengarkan Al Quran (murotal) akan membawa gelombang suara sampai ke otak, maka murotal diterjemahkan oleh otak sesuai kebutuhan (Al Kahel, 2010).³¹ Otak merangsang untuk mengaktifasi trombosit secara terus menerus menyebabkan penarikan lebih

banyak lagi trombosit sehingga terjadi penyumbatan. Sumbatan ini awalnya longgar semakin lama menutupi dinding pembuluh darah (Ganong 2005: Gayton & Hal, 2007).^{32,33}

Hasil pengamatan ke ketiga kelompok mengalami perpanjangan masa produksi eksudat terbukti sampai dengan selesai perawatan (21 hari) masih terdapat eksudat, akibatnya proses penyembuhan luka tidak sesuai dengan waktunya sehingga mengalami perpanjangan pada fase proliferasi hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Seah, Ching, (2005) produksi eksudat yang berlebihan pada luka akan mengganggu proses penyembuhan dan sesuai dengan World Union of Wound Healing Societies, (2007) luka diabetes memproduksi banyak eksudat akibat proses inflamasi dan merupakan manifestasi dari gangren.^{34,35} Peningkatan eksudat tersebut membuat proses penyembuhan semakin lama dan apabila tidak terkontrol dengan baik akan menyebabkan maserasi (Cutting and white, 2002 cit Astiana, Komariah, Adiningsih, 2008).²⁸

Peningkatan eksudat yang berlebih dapat mengganggu aktifitas sel mediator jaringan seperti growth factor dan dapat membuat maserasi serta rusaknya jaringan luka dan kulit sekitar luka (Winter, 1962 cit Dealey, 2007).²³ Luka yang tidak sembuh sesuai waktunya, produksi cairan akan meningkat sesuai dengan fase inflamasi atau

proses lain yang sedang berlangsung. Meskipun lingkungan yang lembab dibutuhkan agar penyembuhan luka terjadi dengan optimal, kondisi yang terlalu lembab atau terlalu kering dapat merugikan fase penyembuhan (Arisanty, 2013; Wourd Union of Wound Healing Society, 2008).^{27,35} Winter 1962 cit Dealey, 2007 mengatakan kelebihan cairan dapat diatasi dengan mempertahankan kelembapan pada evolusi penyembuhan luka.²³ Pemilihan dressing yang tepat diperlukan untuk menciptakan kelembapan yang seimbang

Jumlah eksudat pada ketiga kelompok mengalami pengurangan sampai akhir perawatan hal ini karena semakin kecil luka maka semakin sedikit jumlah eksudat dan semakin lama perawatan semakin berkurang jumlah eksudatnya. Penelitian ini sesuai dengan World Union of Wound Healing Societies, (2008) bahwa jumlah eksudat yang dihasilkan luka sangat tergantung pada luas area luka, jadi semakin luas area luka, jumlah cairan luka semakin banyak dan sesuai dengan Arisanty, (2013); Wourd Union of Wound Healing Society, (2008) produksi cairan atau eksudat akan berkurang sesuai dengan waktunya.^{27,35}

i. Warna Kulit Sekitar Luka

Warna kulit sekitar luka pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan

kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna $p=0.153$ yang artinya $p < 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari) warna kulit sekitar luka sama yaitu berwarna merah muda normal sedangkan hasil pengamatan peneliti secara klinik warna kulit sekitar luka tidak mengeras, kulit utuh, tidak bengkak hal ini sesuai dengan Arisanty, (2013) warna kulit sekitar luka yang baik untuk penyembuhan luka adalah kulit sekitar luka utuh, tidak bengkak, tidak kemerahan, tidak nyeri, tidak mengeras dan tidak berwarna kebiruan (sianosis).²⁷

j. Jaringan Oedem Perifer

Jaringan oedem perifer pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna $p=0.898$ yang artinya $p < 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari) semua kelompok tidak ada oedem. Meskipun secara statistik tidak ada perbedaan namun peneliti mengamati pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran oedem tidak ada pada hari ke 6 lebih cepat dari pada kelompok lainnya akan tetapi semua kelompok mengalami perpanjangan masa inflamasi. Dealey (2007) mengatakan masa inflamasi lebih panjang juga memperpanjang masa penyembuhan karena sel yang tiba

pada luka akan bersaing untuk mendapatkan nutrisi yang memadai sejalan dengan yang disampaikan Maryunani, (2013) bahwa edema atau pembekakan pada daerah luka dapat memperlambat penyembuhan.^{23,17}

k. Indurasi Jaringan Perifer

Indurasi jaringan perifer pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna $p=*$ yang artinya $p < 0.05$. Hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari) semua kelompok tidak ada indurasi pada jaringan perifer, sedangkan peneliti mengamati mulai pembuatan ulkus sampai selesai perawatan, semua kelompok mempunyai skor yang sama dan tetap yaitu 1 yang artinya tidak ada perbedaan skor atau proses penyembuhan luka pada semua kelompok sama sehingga memenuhi persyaratan keseimbangan pada semua kelompok.

l. Jaringan Granulasi

Jaringan granulasi pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.014$ yang artinya $p < 0.05$). Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai

dengan hari terakhir perawatan (21 hari) jaringan granulasi berwarna merah pucat (merah gelap) >20% pada semua kelompok akan tetapi kelompok modern dressing kombinasi Al Quran lebih cepat mengalami perbaikan dibandingkan dengan kelompok yang lainnya, terbukti jaringan granulasi mendapatkan skor lebih kecil (3.5) dari pada kelompok modern dressing kombinasi musik (4) dan kelompok modern dressing (4.4). Mendengarkan bacaan Al Quran dapat mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang ditangkap oleh tubuh melalui pembuluh darah sehingga sirkulasi darah menjadi lebih baik akibatnya nutrisi dan oksigen tersedia untuk pertumbuhan sel epitel (Cambel, 2005; Heru, 2008; Alkahel, 2011 cit Handayani, Fajarsari, Asih, Rohmah, 2014).^{30,31,29}

m. Jaringan Epitelisasi

Jaringan epitelisasi pada ke tiga kelompok (kelompok modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran, kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) berdasarkan uji statistik ada perbedaan yang bermakna $p=0.041$ yang artinya $p < 0.05$. Hal ini karena hasil penelitian mulai hari 1 sampai dengan hari terakhir perawatan (21 hari) pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran jaringan epitelisasi 25% <50% sedangkan kelompok modern

dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing jaringan epitelisasi <25%.

Sifat jaringan epitel mempunyai kemampuan tidak terbatas untuk berproliferasi dan juga membelah menjadi 2 sel yang sama, yang satu tetap sebagai sel induk dan yang lain memulai deferensiasinya menjadi macam-macam sel (Sumbayak, 2013).³⁶ Jaringan epitel tumbuh lebih cepat pada kelompok modern dressing kombinasi Al Quran dibandingkan dengan kelompok yang lainnya karena berdasarkan pengamatan peneliti, epitelisasi tepi luka terdapat sedikit debris yang tumbuh begitu juga terbentuknya keropeng lebih sedikit. Mendengarkan bacaan Al Quran dapat mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang ditangkap oleh tubuh melalui pembuluh darah sehingga sirkulasi darah menjadi lebih baik akibatnya nutrisi dan oksigen tersedia untuk pertumbuhan sel epitel (Cambel, 2005; Heru, 2008; Alkahel, 2011 cit Handayani, Fajarsari, Asih, Rohmah, 2014).^{30,31,29}

Tabel 4.3 Hasil analisa dunnet pada status indikator penyembuhan luka (Bates Jansen Wound Assesment) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 4.3 Hasil dan net menunjukkan bahwa terdapat pengaruh kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing) pada indikator

undermining, tipe jaringan nekrotik, tipe eksudat, jaringan granulasi dan jaringan epitelisasi. Hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper tidak melewati angka nol. Modern dressing kombinasi mendengarkan Al Quran (murrotal) telah terbukti membantu mempercepat penyembuhan ulkus diabetik karena rekaman suara Al Quran yang dilagukan oleh seorang Qori (Sadulloh, 2008), ibarat gelombang suara yang memiliki ketukan dan gelombang tertentu, menyebar dalam organ tubuh menjadi getaran yang bisa mempengaruhi fungsi gerak sel otak dan membuat keseimbangan didalamnya. Sesuatu yang terpengaruh dengan tilawah Al Quran getaran neuronnya akan stabil kembali (Al Kaheel, 2010).^{37,31}

Anwar (2010) menjelaskan bahwa Al Quran memiliki beberapa manfaat karena terkandung beberapa aspek yang berpengaruh terhadap kesehatan salah satunya adalah mengandung unsur autosugesti yaitu ungkapan yang baik atau sering disebut dengan istilah ahsanu al hadits. Ungkapan yang baik akan memberikan efek sugesti yang positif bagi pendengarnya maupun pembacanya sehingga ungkapan tersebut dapat menimbulkan perasaan tenang dan tentram. Perasaan tenang dan tentram dapat membantu pemulihan seseorang yang sedang mengalami gangguan kesehatan.¹⁸ Pusat Studi Kedokteran Islam FK UMY (2008) Al Quran adalah penyembuh yang sempurna

dari seluruh penyakit hati dan jasmani, demikian pula penyakit dunia dan akhirat.³⁸

Table 4.3 Hasil dan net menunjukkan terdapat pengaruh kelompok modern dressing kombinasi musik dengan modern dressing pada indikator jumlah jaringan nekrotik, tipe eksudat dan jumlah eksudat. Hal ini di tunjukkan nilai lower ke nilai upper tidak melewati angka nol. Modern dressing kombinasi mendengarkan musik telah terbukti membantu mempercepat penyembuhan ulkus diabetik karena musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran yang terorganisir yang terdiri atas melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya. Musik klasik seringkali menjadi acuan terapi musik, karena memiliki rentang nada yang luas dan tempo yang dinamis (Nurrahmani, 2012 cit Sarayar, Mulyadi, Palandeng, 2013).³⁹

Modern dressing kombinasi Al Quran dan modern dressing kombinasi musik memberikan pengaruh yang baik pada proses penyembuhan ulkus diabetik. Hal ini menunjukkan tidak hanya modern dressing kombinasi Al Quran yang berpengaruh terhadap proses penyembuhan ulkus diabetik, akan tetapi modern dressing kombinasi musik juga memberikan pengaruh yang baik pada proses penyembuhan ulkus diabetik. Modern dressing kombinasi Al Quran lebih baik terhadap proses penyembuhan ulkus diabetik karena terapi murotal

memiliki irama yang sangat indah dan Al Quran tidak hanya digunakan oleh manusia akan tetapi juga digunakan bagi semesta alam yang salah satunya sampel yang peneliti gunakan yaitu mencit. Al Quran juga mempunyai banyak keistimewaan salah satunya pada demensi bahasanya yaitu pada deskripsi penyusunan yang menakjubkan dan penggunaan kalimat yang unik. Al Quran jika dipedulikan membuat ketakjutan dan kekaguman pada semua makhluk yang mendengarkan dan Al Quran juga sebagai keselamatan dari segala kekurangan (Zuhairi, 2007).⁴⁰ Bukti bahwa Al Quran rahmat bagi seluruh alam juga terdapat pada Surat antara lain :

Surat An Nur : 35

﴿اللَّهُ نُورٌ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ مِثْلُ نُورِ كَيْفَكَوْنُ فِيهَا مِصْبَاحٌ الْمِصْبَاحُ فِي زُجَاجَةٍ الزُّجَاجَةُ كَأَنَّهَا كَوْكَبٌ دُرِّيٌّ يُوقَدُ مِنْ شَجَرَةٍ تُبْرَكٍ كَذَلِكَ لَا تَرَوُهَا عُيُوبٌ وَلَا غُرُوبٌ وَلَا ظُلُمٌ لَيْلٍ وَلَا نَوْمٌ لَمْ تَمْسَسْهُ نَارٌ نُورٌ عَلَى نُورٍ يَهْدِي اللَّهُ لِنُورِهِ مَنْ يَشَاءُ وَيَضْرِبُ اللَّهُ الْأَمْثَالَ لِلنَّاسِ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ ﴿٣٥﴾﴾

Artinya :

Allah cahaya langit dan bumi. Perumpamaan cahaya Allah adalah seperti sebuah lubang yang tembus, yang didalamnya ada pelita besar. Pelita itu didalam kaca dan kaca itu seakan-akan bintang yang bercahaya seperti mutiara, yang dinyatakan dengan minyak dari pohon yang banyak berkahnya, pohon zaitun yang tumbuh tidak disebelah timur dan tidak pula disebelah barat, yang minyaknya hampir-hampir menerangi, walaupun tidak disentuh api. Cahaya di atas

cahaya yang berlapis-lapis, Allah membimbing kepada cahayanya siapa yang Dia kehendaki, dan Allah membuat perumpamaan-perumpamaan bagi manusia dan Allah maha mengetahui segala sesuatu (QS An Nur : 35)

Surah Hasyr : 22

﴿هُوَ اللَّهُ الَّذِي لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ عَالِمُ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ هُوَ الرَّحْمَنُ الرَّحِيمُ﴾

Artinya : Dialah Allah yang tiada Tuhan (yang berhak disembah), selain Dia.yang mengetahui yang goib dan yang nyata, dialah yang maha pemurah dan maha penyayang (QS Al Hasyr :22)

Surah Hasyr : 23

﴿هُوَ اللَّهُ الَّذِي لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَلِيمُ الْقُدُّوسُ السَّلَامُ الْمُؤْمِنُ الْمُهَيْمِنُ

الْعَزِيزُ الْجَبَّارُ الْمُتَكَبِّرُ سُبْحَانَ اللَّهِ عَمَّا يُشْرِكُونَ ﴿٢٣﴾﴾

Artinya: Dialah Allah yang maha Tuhan (yang berhak disembah), selain Dia, raja Yang maha suci, Yang maha sejahtera, Yang mengaruniakan keamanan, Yang maha memelihara, Yang maha perkasa, Yang maha kuasa, yang memiliki segala keagungan, Maha suci Allah dari apa yang mereka persekutukan(QS Al Hasyr :23)

Surah Hasyr : 24

﴿هُوَ اللَّهُ الَّذِي لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَلِيمُ الْقُدُّوسُ السَّلَامُ الْمُؤْمِنُ الْمُهَيْمِنُ

الْعَزِيزُ الْجَبَّارُ الْمُتَكَبِّرُ سُبْحَانَ اللَّهِ عَمَّا يُشْرِكُونَ ﴿٢٤﴾﴾

Artinya : Dialah Allah yang Maha Menciptakan, Yang mengadakan, Yang membentuk rupa, Yang mempunyai nama-nama yang paling baik. Bertasbih kepadanya apa yang ada dilangit dan dibumi. Dan Dialah

Yang Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana(QS Al Hasyr :24)

Table 4.3 Hasil dan net menunjukkan tidak ada pengaruh percepatan penyembuhan ulkus diabetik pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing) pada indikator ukuran luka, kedalaman luka, tepi luka, jumlah eksudat, warna kulit sekitar luka, jaringan oedem, indurasi jaringan, hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper melewati angka nol. Begitu juga kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) dengan kelompok kontrol (modern dressing) pada indikator ukuran luka, kedalaman luka, tepi luka, undermining, tipe jaringan nekrotik, warna kulit sekitar luka, jaringan oedem, indurasi jaringan, jaringan granulasi, hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai upper melewati angka nol. Hal ini karena data yang kurang memadai, jumlah sampel yang terbatas (setiap kelompok hanya 8 sampel) dan juga lama pemberian murottal yang singkat dan tergantung lamanya rawat luka sehingga setiap sampel berbeda-beda lamanya rawat luka akibatnya berbeda juga lamanya mendengarkan murottal.

Tabel 4.3 hasil dan net menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh kelompok modern dressing Al Quran dengan kelompok modern dressing musik pada semua indikator. Hal ini ditunjukkan nilai lower ke nilai

upper melewati angka nol. Mendengarkan bacaan Al Quran (murrotal) dan musik klasik, maka harmonisasi dalam murrotal dan musik klasik yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan ditelinga dalam serta menggetarkan sel-sel rambut didalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri, yang akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena murrotal dan musik klasik dapat menjangkau wilayah kiri kortek cerebri (Mindlin, 2009).⁴¹

Perawatan luka modern dressing mendengarkan bacaan Al Quran dan modern dressing mendengarkan musik tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan ulkus diabetik hal ini karena sama-sama memiliki irama dan nada yang indah pada kedua kelompok (Faradisi, 2012).⁴²

Kelemahan Penelitian

1. Penelitian ini tidak bisa mengamati respon psikologis dan respon religi sampel tetapi hanya bisa mengamati respon fisik dari sampel karena sampel dalam penelitian ini bukan manusia (mencit) sehingga pengukuran atau pengamatan tidak bisa secara holistik
2. Penelitian ini lebih banyak membahas Al Quran sebagai

petunjuk buat manusia bukan Al Quran merupakan rahmat bagi seluruh alam khususnya pada hewan karena terbatasnya peneliti mencari referensi yang membahas Al Quran merupakan rahmat bagi seluruh alam khususnya pada hewan sehingga jika dikaitkan dengan sampel penelitian yang menggunakan mecit kurang memenuhi sasaran akan tetapi mecit gennya relatif mirip dengan manusia.

3. Peneliti tidak mengukur gelombang suara murrotal dan gelombang suara musik sehingga peneliti tidak bisa mengamati pada gelombang mana yang frekuensinya lebih efektif.
4. Peneliti tidak bisa mengendalikan aktifitas sampel sehingga secondary dressing banyak yang terlepas. Hal ini dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka karena kelembapan yang dibutuhkan berkurang dan tingkat kontaminasi bakteri meningkat disebabkan luka tidak dalam keadaan tertutup.
5. Penelitian ini hanya mengukur atau mengamati secara makro dengan menggunakan instrument Bates Jansen Wound Assesment Tools sehingga tidak bisa mengamati perubahan penyembuhan luka ditingkat mikro.
6. Dressing yang peneliti gunakan semua menggunakan hidrokoloid sehingga peneliti tidak bisa menyesuaikan dressing yang

sesuai dengan dasar luka dan jumlah eksudat pada ulkus diabetik.

Simpulan

1. Status kondisi luka pada kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran), dan kelompok kontrol (kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing) dalam kategori wound regeneration, akan tetapi kelompok perlakuan (modern dressing kombinasi Al Quran) kondisi luka lebih baik daripada kelompok kontrol.
2. Terdapat pengaruh antara kelompok modern dressing kombinasi Al Quran dan kelompok modern dressing pada indikator undermining, tipe jaringan nekrotik, jumlah jaringan nekrotik, tipe eksudat, jaringan granulasi, jaringan epitelisasi terhadap percepatan penyembuhan ulkus diabetik.
3. Terdapat pengaruh antara kelompok modern dressing kombinasi musik dan kelompok modern dressing pada indikator jumlah jaringan nekrotik, tipe eksudat, jumlah eksudat terhadap percepatan penyembuhan ulkus diabetik.
4. Tidak terdapat pengaruh modern dressing kombinasi Al Quran dan modern dressing kombinasi musik pada semua indikator
5. Modern dressing kombinasi Al Quran dan modern dressing kombinasi musik memberikan

pengaruh yang baik pada proses penyembuhan ulkus diabetik akan tetapi modern dressing kombinasi Al Quran lebih baik terhadap proses penyembuhan ulkus diabetik.

Saran

1. Perawat luka

Bagi perawat luka dapat mengaplikasikan modern dressing dengan kombinasi mendengarkan bacaan Al Quran sebagai terapi komplementer (pelengkap) dalam perawatan ulkus diabetik sehingga dapat membantu mempercepat penyembuhan luka.

2. Peneliti lain

Sampel penelitian sebaiknya menggunakan manusia supaya perawatan yang holistik bisa diamati atau diukur. Penelitian ini sebaiknya diukur secara mikro supaya perubahan penyembuhan luka di tingkat sel bisa diamati dan melakukan penelitian modern dressing kombinasi Al Quran pada jenis luka yang lain misalnya luka bakar, luka kangker, luka dikubitus dan sebagainya.

Daftar Pustaka

Abidin, Suriadi, Adiningsih (2013). Faktor Penghambat Proses proliferasi Luka Diabetik Foot Ulcer pada Pasien Deabetes tipe II di Klinik Kitamura Pontianak. STIK Muhamadiyah Pontianak. Pontianak.

Al Kaheel, A. (2010). Al Quran The Healing Book. Jogjakarta: Tarbawi Press.

Anwar, S., R. (2010). Sembuh dengan AL Quran. Sabil. Jakarta.

Arisanty Irma P. (2013). Konsep Dasar Managemen Perawatan Luka. EGC. Jakarta.

Astiana D., Komariah M., Adiningsih (2008). Perbedaan tingkat Odor yang diPersepsikan Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran angkatan 2007 saat Merawat 3 jenis Luka Kronik. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran. Jawa Barat.

Bryan (2004). Moist Wound Healing : a Concept that Changed our Practice. Journal of Wound Care. Diakses tanggal 15 April 2015 dari <http://www.woundconsultant.com/file-wound-healing2.pdf>.

Caliano dkk. (2014). Ilustrasi Berwarna Perawatan Luka untuk Perawat, Bidan dan Paramedis. Penerjemah: Dr. Andry Hartono. Tangerang Selatan, Binarupa Aksara Publisher.

Campbell, D. (2005). Efek Mozart bagi Anak-Anak : Meningkatkan Daya Pikir, Kesehatan dan Kreatifitas Anak Melalui Musik. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

Carville (2007). Wound Care Manual. Silver Chain Foundation. Osborne park Western Australia.

Dealey, C (2005). The Care of Wounds : A Guide for Nurses. Victoria : Blackwell Ltd.

Faradisi F., (2012). Efektivitas Terapi Murotal dan Terapi Musik Klasik terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Pekalongan, Jurnal ilmiah

- kesehatan, V.
- Fryberg R.G., Zgonis T., Armstrong D.G., Driver V.R., Giurini J.M., Kravitz S.R., et al., (2006). Diabetic Foot Disorders A Clinical Practice Guideline. *Journal Foot and Ankle Surgery*, 45, 20- 28.
- Ganong, WF., (2005). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. EGC. Jakarta.
- Gayton & Hall (2007). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. EGC. Jakarta.
- Gurtner (2007). *Wound Healing : Normal and Abnormal*. Philadelphia. Lipincott William and Wilkins.
- Handayani (2010). Pengaruh Pengelolaan Depresi Latihan Pernafasan Yoga (Pranayama) Terhadap perkembangan Proses Penyembuhan Ulkus Diabetik di Rumah Sakit Pemerintah Aceh. Tesis. Program Pasca Sarjana FIK UI. Depok.
- Hastuti, R.T. (2008). Faktor- Faktor Resiko Ulkus Diabetika pada Penderita Diabetes Mellitus (Studi Kasus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta). Tesis. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Ismail L., Irawaty D., Haryati T.S., (2009). Penggunaan Balutan Modern Memperbaiki Proses Penyembuhan Luka Diabetik. *Jurnal Kedokteran Brawijaya* 27 (1) , 32-35.
- Jensen, B.B. (2001). *Bates Jansen Wound Assesment Tools ; Instruction for use*.
- Juranek, Judyta K. et al. (2013). RAGE Deficiency Improves Postt injury Sciatic Nerve Regeneration in Type 1 Diabetic Mice. *American Diabetes Association*. 62 : 931-934.
- Li, Kun, (2011). Tannin Extract From Immature Fruit of Terminalia Chebula Fructuz Rets. Promote Cutaneous Wound Healing In Rats. *BMC Complementary & Alternative Medi*. 10 (1): 66-75.
- Mardiati J., Yunitasari, Astikasari D., Saraswasta, Negeo F., Kritianto H.,(2010). Ekstrak Cacing sebagai inovasi Penyembuhan Ulkus Diabetik berbasis Induksi Densitas Akson. *PSIK FK UB*. Malang.
- Maryunani A., (2013). *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Terkini dan Terlengkap sebagai Bentuk Tindakan Keperawatan Mandiri*. In Media. Jakarta.
- Megawati (2014). Efektifitas Modifikasi Modern Dressing dan Terapi Ozon Terhadap Penyembuhan Luka pada Pasien Pressure Ulce. Tesis. Program Studi Megister Keperawatan, Program Pasca Sarjana, UMY. Yogyakarta.
- Mindlin (2009). Pengaruh Al Quran Terhadap Fisiologi dan Psikologi Manusia. Al Quran dan Terjemahannya. Salemba. Jakarta.
- Mustamir (2009). Potensi SQ, EQ, dan IQ dibalik ayat-ayat Al Fatihah Ed. 1. Diva Press. Yogyakarta.
- Nurachmah E.,Kristianto H., Gayatri D.(2011). Aspek Kenyamanan Pasien Luka Kronik Ditinjau dari Transforming Growth Factor B1 dan Kadar Kortisol. *Makara Kesehatan*, 15, 73- 80.
- Perkeni. (2011). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia*. PB Perkeni. Jakarta.
- Pusat Studi Kedokteran Islam (PSKI)

- FK UMY. (2008). Kuliah Kedokteran Islam jilid 3. Yogyakarta.
- Rees, D, A and Alcolado, J.C.,(2005). Animal Model Of Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine*.22: 359-370.
- Sadulloh. (2008). Sembilan Cara Cepat Menghafal Al Quran. Gema Insani. Jakarta.
- Samahah, R., M. (2007). Cara Penyembuhan dengan Al Quran. Mitra Pustaka. Jakarta.
- Sarayar, Mulyadi, Palandeng (2013). Pengaruh Musik Klasik Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Pra Hemodialisa di Ruang Dahlia RSUP Prof.Kanduo Manado. *Journal Keperawatan*, 1 (1) : 1-7.
- Seah, Ching (2005). Chronic Wound Fluid Suppresses Proliferation of Dermal Fibroblasts Through a Ras Mediated Signaling Pathway, Vol 124 : 467.
- Sharp A & Mc Comick.(2002). Alginate dressings and the healing of diabetic foot ulcers - Wound Care. Diakses tanggal 10 Juni 2014 dari <http://www.findartikel.com>
- Sumbayak (2013). Regenerasi Epitel. Diakses 7 Juli 2015 Ejournal. ukrida. ac.id/ ojs/index.php/ked/article/viewFile/870/863.
- Wahdah (2012). Menaklukkan Hipertensi dan Diabetes (Medeteksi, Mencegah, dan Mengobati Dengan Cara Medis dan Herbal).
- Wong, Dona L.(1995). Whaley and Wongs Nursing Care of Infant and Children. Mosby Year Book, Inc.St. Louis.
- Wournd Union of Wound Healing Society. 2008. Wound Eksudate and the choose dressing . Toronto.
- Yunir E., Purnamasari D., Ilyas E., Widyahening I.S., Mardani R. A., dan Sukardi K. (2009). Pedomannya Penatalaksanaan Kaki Diabetik. PERKENI, Jakarta.
- Zhai, H., Maibach H. I. (2007). Effect of Occlusion and Semi Occlusion on Experimental Skin Wound Healing : a revolution. 13 Maret 2014 dari <http://www.Woundresearch.com/article/7894>
- Zuhairi Misrawi. (2007). Al Quran Kitab Toleransi Inklusivisme, Pluralisme, dan multikulturalisme. Penerbit Fitrah, Jakarta Selatan

GAMBARAN PROFIL GAYA HIDUP LANJUT USIA DI WILAYAH SURABAYA

Christina Yulastuti¹, Spto Dwi Anggoro²
Stikes Hang Tuah Surabaya
email : chris.yulia@gmail.com

Abstract : Lifestyle characterized by elderly behavior patterns that interact with the environment will have an impact on individual health conditions. The purpose of this study was to identify the lifestyle profile of the elderly in the city of Surabaya. The research design used was descriptive research. The research variable was elderly lifestyle profile. Samples taken by purposive sampling found 89 elderly in RW 02 Kelurahan Sukolilo Baru Surabaya. The study was conducted on March 2nd to August 18th, 2015. Data were collected using questionnaires regarding demographic data and lifestyle of the elderly. Data were analyzed descriptively. The results showed that 89 elderly, most of whom had poor lifestyle that as much as 65.2%, meanwhile 33.7% of them had fairly good lifestyle and those who were in good lifestyle was accounted as much as 1.1%. Ignorance towards restriction of eating salty foods in the elderly who had a history of hypertension, behavior that does not constrain elderly from eating high fat foods in daily consumption, lacking regular sport and physical exercises, disobeying the required proportion of exercise as much as 20 minutes completed 3 times a week, withdrawing from religious/social activities were indicated as poor lifestyle. A poor lifestyle will have an impact on physical, psychological and spiritual health. families as a major support system should provide assistance, and more attention to the needs of the elderly. Nurses are expected to provide health education regarding good lifestyle for elderly.

Keywords: Elderly, lifestyle, nutrition, physical activity, sleep, religious/social activities, affection, health education

Abstrak : Gaya hidup ditandai dengan pola perilaku orang tua yang berinteraksi dengan lingkungan akan berdampak pada kondisi kesehatan individu. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi profil gaya hidup orang tua di kota Surabaya. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Variabel penelitian adalah profil gaya hidup lansia. Sampel diambil secara purposive sampling ditemukan 89 lansia di RW 02 Kelurahan Sukolilo Baru Surabaya. Penelitian dilakukan pada 2 Maret - 18 Agustus 2015. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner mengenai data demografi dan gaya hidup dari orang tua. Data dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 89 lansia, yang sebagian besar memiliki gaya hidup yang buruk bahwa sebanyak 65,2%, meanwhile 33,7% dari mereka memiliki gaya hidup yang cukup baik dan mereka yang berada di gaya hidup yang baik sebanyak 1,1%. Ketidaktahuan terhadap pembatasan makan makanan asin pada orang tua yang memiliki riwayat hipertensi, perilaku yang tidak membatasi tua dari makan makanan berlemak tinggi di konsumsi sehari-hari, kurang olahraga teratur dan latihan fisik, tidak mematuhi proporsi yang diperlukan latihan sebanyak 20 menit selesai 3 kali seminggu, menarik diri dari kegiatan keagamaan / sosial yang diindikasikan

sebagai gaya hidup yang buruk. Sebuah gaya hidup yang buruk akan berdampak pada kesehatan fisik, psikologis dan spiritual. keluarga sebagai sistem pendukung utama harus memberikan bantuan, dan lebih memperhatikan kebutuhan orang tua. Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang gaya hidup yang baik untuk orang tua.

Kata Kunci: Lansia, Gaya Hidup, Nutrisi, Aktivitas Fisik, Pendidikan Kesehatan

Pendahuluan

Menjadi tua merupakan suatu keadaan yang wajar yang bersifat universal. Proses menua bersifat regresif dan mencakup proses organobiologis, psikologik serta sosiobudaya. Menjadi tua ditentukan secara genetik dan dipengaruhi oleh gaya hidup seseorang. Gaya hidup lanjut usia, yang dicirikan dengan pola perilaku lanjut usia, akan memberi dampak pada kesehatan individu tersebut.

Diperkirakan pada tahun 2020-2025 Indonesia akan berada di peringkat empat dunia di bawah Cina, India, dan Amerika Serikat (Nugroho, 2008). Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2010 jumlah lanjut usia di Indonesia mencapai 23.992.552 jiwa atau (9,77%) dari total penduduk Indonesia. Menurut Data Statistik Indonesia menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia 60 tahun ke atas menurut Kabupaten/ Kota dan keadaan Kesehatan Jawa Timur pada tahun 2013 sebanyak 3.520.927 jiwa, dengan 1.501.482 dalam keadaan kesehatan baik, 1.577.826 jiwa keadaan kesehatan cukup, dan 441.619 jiwa dalam keadaan kesehatan kurang. Gaya hidup yang tidak baik dapat menimbulkan

berbagai penyakit. Perubahan gaya hidup seperti konsumsi makanan cepat saji, pola makan yang tidak baik, kebiasaan merokok dan kurangnya aktivitas fisik, aktivitas fisik yang serba praktis merupakan salah satu pemicu untuk timbulnya penyakit berbahaya seperti Diabetes Mellitus, Tekanan Darah Tinggi (hipertensi), Penyakit Jantung dan Stroke.

Untuk menghasilkan penduduk lanjut usia yang sehat tidaklah mudah dan memerlukan kerja sama para pihak, antara lain: lansia itu sendiri, keluarga, masyarakat, pemerintah, organisasi dan pemerhati kesejahteraan serta profesi dibidang kesehatan yang lebih penting adalah peran aktif dari lansia sendiri dan keluarga dalam melaksanakan gaya hidup sehat.

Bahan Dan Metode Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif. Variabel penelitian adalah profil gaya hidup lanjut usia. Sampel diambil secara purposive sampling didapatkan 89 orang lansia di RW 02 Kelurahan Sukolilo Baru Surabaya. Kriteria sampel penelitian meliputi lansia yang tidak sedang mengalami penyakit akut, tidak depresi mental

dan demensia. Penelitian dilakukan 2 Maret – 18 Agustus 2015. Data dikumpulkan menggunakan lembar observasi mengenai data demografi dan kuesioner gaya hidup lanjut usia. Gaya hidup lansia didefinisikan sebagai kebiasaan dan pola perilaku lansia setiap hari dalam berinteraksi dengan lingkungan, yang meliputi aspek nutrisi, kesehatan, tidur, aktivitas dan olahraga, rekreasi, kasih sayang dan kepedulian, emosional, relaksasi dan istirahat, serta pendidikan kesehatan.

Kuesioner gaya hidup terdiri dari 52 item pernyataan, dengan 4 poin skala likert (tidak pernah, kadang-kadang, sering, rutin). Pengolahan data dilakukan dengan cara memberikan skor 4 untuk rutin, skor 3 untuk sering, skor 2 untuk kadang-kadang dan 1 untuk jawabab tidak pernah. Selanjutnya semua skor untuk tiap pernyataan dijumlahkan, diprosentase dan dikategorikan menjadi baik (76-100 %), cukup (56 - <76%) dan buruk (<56%).

Data penelitian dianalisis secara deskriptif.

HASIL PENELITIAN

Secara keseluruhan, dari 89 responden lansia rata-rata berusia 56-60 tahun (42,7%), rata-rata perempuan (58,4%), dan berpendidikan terakhir sekolah dasar (59,6%). Responden juga sebagian besar berasal dari suku jawa (77,5%) dan rata-rata tidak bekerja (47,2%). Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 1. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar lansia memiliki gaya hidup yang buruk yaitu sebanyak 58 lansia (65,2%). Gaya hidup cukup baik sebanyak 30 lansia (33,7%) dan baik sebanyak 1 (1,1%). Hasil penelitian menunjukkan rata-rata (mean) lansia memiliki gaya hidup yang buruk ($51,072 \pm 11,1574$). Karakteristik gaya hidup lansia dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 1 : Karakteristik Lansia di RW 02 Kelurahan Sukolilo Baru Wilayah Surabaya pada tanggal 30 Maret - 30 April 2015 (n = 89 Lansia)

No	Karakteristik Lanjut usia	Frekuensi		
		Jumlah	Persentase	
1	Umur	50 - 55 tahun	6	6,7%
		56 - 60 tahun	38	42,7%
		61 - 65 tahun	24	27,0%
		66 - 70 tahun	9	10,1%
		71 - 75 tahun	6	6,7%
		>75 tahun	6	6,7%
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	37	41,6%
		Perempuan	52	58,4%
3	Pendidikan terakhir	Tidak sekolah	16	18,0%
		SD	53	59,6%
		SMP	10	11,2%
		SMA	8	9,0%
		Perguruan tinggi	2	2,2%

4	Status Perkawinan	Belum kawin	3	3,4%
		Kawin	64	71,9%
		Janda/duda	22	24,7%
5	Suku	Jawa	69	77,5%
		Madura	20	22,5%
6	Pekerjaan	Tidak bekerja	42	47,2%
		Buruh pabrik	2	2,2%
		Purnawirawan	1	1,1%
		Nelayan	22	24,7%
		Wiraswasta	7	7,9%
		Ibu rumah tangga	11	12,4%
		Swasta	4	4,5%
7	Riwayat penyakit 6 bulan lalu	Tidak ada	6	6,7%
		Katarak	4	4,5%
		Penyakit darah tinggi	34	38,2%
		Kencing manis	7	7,9%
		Asam urat	13	14,6%
		Rematik	3	3,4%
		Kolesterol tinggi	2	2,2%
		Asma	2	2,2%
		TBC	2	2,2%
		Lainnya	5	5,6%
8	Tingkat aktivitas	Ringan	43	48,3%
		Sedang	42	47,2%
		Berat	4	4,5%
9	Pola makan dalam sehari	< 1x sehari	6	6,7%
		1-2x sehari	76	85,4%
		> 3x sehari	7	7,9%
10	Asupan nutrisi lain	Air putih/air mineral	77	86,5%
		Vitamin	5	5,6%
		Susu	1	1,1%
		Lebih dari 1 jenis nutrisi	6	6,7%
11	Makanan pantangan	Tidak ada	59	66,3%
		Makanan tinggi kolesterol	10	11,2%
		Makanan manis	2	2,2%
		Makanan asin	10	11,2%
		Makanan tinggi purin	3	3,4%
		Sayuran	3	3,4%
		Kopi	1	1,1%
Lebih dari 1 pantangan	1	1,1%		
12	Aktivitas keagamaan/sosial	Tidak ada	18	20,2%
		Pengajian	41	46,1%
		Arisan	10	11,2%
		Paguyuban	9	10,1%
		Lain-lain	7	7,9%
13	Lansia tinggal dengan	Lebih dari 1 aktivitas	4	4,5%
		Sendiri	16	18,0%
		Pasangan	38	42,7%
		Keluarga dari anak	34	38,2%
14	Kepemilikan tempat tinggal	Lainnya	1	1,1%
		Milik sendiri	71	79,8%
		Anak/saudara	17	19,1%
		Sewa/kontrak	1	1,1%

15	Ketersediaan sistem pendukung	Tidak ada	18	20,2%
		Anak/saudara	40	44,9%
		Pasangan	17	19,1%
		Saudara	6	6,7%
		Lebih dari 1 pendukung	8	9,0%
16	Kebiasaan paling sering dilakukan	Tidak ada	13	14,6%
		Merokok	14	15,7%
		Olahraga/senam	9	10,1%
		Pekerjaan rumah tangga	10	11,2%
		Bekerja	9	10,1%
		Jalan-jalan	10	11,2%
		Mengasuh cucu	3	3,4%
		Tidur	6	6,7%
		Makan/minum	15	16,9%
17	Kebiasaan dipengaruhi oleh	Diri sendiri	53	59,6%
		Anak/saudara	13	14,6%
		Tetangga/temen	6	6,7%
		Pasangan	11	12,4%
		Saudara	5	5,6%
		Lainnya	1	1,1%
18	Persepsi menjadi lansia	Sudah tidak muda lagi/renta	25	28,1%
		Takdir/proses kehidupan	36	40,4%
		Hidup sendiri	2	2,2%
		Menyenangkan	7	7,9%
		Membosankan	4	4,5%
		Sakit/mudah lelah	12	13,5%
		Harus memperhatikan kesehatan	3	3,4%

Tabel 2 : Karakteristik Gaya Hidup Lansia di RW 02 Kelurahan Sukolilo Baru Wilayah Surabaya pada tanggal 30 Maret - 30 April 2015 (n = 89 Lansia)

Profil gaya hidup lansia	Frekuensi	Persentase (%)
Buruk	58	65,2%
Cukup baik	30	33,7%
Baik	1	1,1%
Total	89	100%
Mean ± SD	51,072 ± 11,1574	
Min-Maks	31,7-76,9	

Pembahasan

Dalam perjalanan hidup manusia, proses menua merupakan hal yang wajar dan akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai umur panjang. Hanya lambat/cepatnya proses tersebut bergantung pada setiap individu yang bersangkutan.

Gaya hidup individu, yang dicirikan dengan pola perilaku individu, akan memberi dampak pada kesehatan individu dan selanjutnya pada kesehatan orang lain. Dalam “kesehatan” gaya hidup seseorang dapat diubah dengan cara memberdayakan individu agar

merubah gaya hidupnya, tetapi merubahnya bukan pada si individu saja, tetapi juga merubah lingkungan sosial dan kondisi kehidupan yang mempengaruhi pola perilakunya. Pola hidup seseorang di dunia diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya. Gaya hidup dapat memberikan pengaruh positif atau negatif bagi yang menjalankannya, tergantung pada bagaimana orang tersebut menjalaninya.

Teori kepribadian berlanjut menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya. Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lanjut usia. Dengan demikian, pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lanjut usia. Hal ini dapat dilihat dari gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang ternyata tidak berubah, walaupun ia telah lanjut usia (Nugroho, 2008; Darmojo, 2014). Beberapa perubahan pada lansia pada umumnya mengarah pada kemunduruan kesehatan fisik dan psikis yang secara umum akan berpengaruh pada aktivitas kehidupan sehari-hari (Watson, 2003; Nugroho, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar lansia memiliki gaya hidup yang buruk dan sebagian kecil lansia memiliki gaya hidup cukup baik. Faktor yang mempengaruhi gaya hidup lansia ini terkait dengan pola perilaku dan kebiasaan

seseorang hingga permasalahan yang dialami ketika menjadi lansia. Nugroho (2008) mengemukakan bahwa permasalahan yang berkaitan dengan lanjut usia antara lain : sebagian lanjut usia dalam keadaan telantar, selain tidak mempunyai bekal hidup, pekerjaan atau penghasilan, mereka sebatang kara. Hal ini dibuktikan bahwa dari 58 orang lansia yang memiliki gaya hidup buruk, rata-rata tidak bekerja (44,8%). Perkembangan pola kehidupan keluarga yang secara fisik mengarah pada bentuk keluarga kecil (nuclear family), terutama di kota besar, menyebabkan nilai kekerabatan dalam kehidupan keluarga besar (extended family) melemah. Penelitian ini menemukan 6 orang lansia yang berusia lebih dari 75 tahun semuanya memiliki gaya hidup yang buruk (100%). Selain itu dari 58 lansia dengan gaya hidup yang buruk, sebagian besar sistem pendukungnya berasal dari anak (50%). Namun dalam hal ini anak yang sudah memiliki keluarga sendiri dimungkinkan kurang memperhatikan pola perilaku lansia, lansia yang sudah renta dengan segala pola pikirnya dapat pula mengambil keputusan sendiri mengatur perilaku hidupnya. Nugroho (2008) menjelaskan lanjut usia tidak saja ditandai dengan kemunduran fisik, tetapi dapat pula mengalami pengaruh kondisi mental. Semakin lanjut usia seseorang, kesibukan sosialnya akan semakin berkurang. Hal ini akan dapat mengakibatkan berkurangnya

integrasi dengan lingkungan. Kondisi ini dapat berdampak pada kebahagiaan seseorang. Lanjut usia juga mengalami ketakutan terutama karena ketergantungan fisik dan ekonomi, sakit yang kronis (misal artritis, hipertensi, kardiovaskuler), kesepian dan kebosanan yang disebabkan oleh rasa tidak diperlukan.

Menurut Stieglitz (1954, dalam Nugroho, 2008) gangguan sirkulasi darah (Hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak, ginjal dan lain-lain) serta gangguan pada persendian (osteo arthritis, gout artitis, ataupun penyakit kolagen lainnya) merupakan dua dari empat penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua. Hampir 8% orang yang berusia 50 tahun ke atas mempunyai keluhan pada sendinya, misalnya linu, pegal dan kadang-kadang terasa seperti nyeri. Bagian yang terkena biasanya ialah persendian pada jari-jari, tulang punggung, sendi panahan berat tubuh (lutut dan panggul). Hal dapat dibuktikan sesuai hasil penelitian bahwa 58 orang lansia yang memiliki gaya hidup buruk, sebanyak 23 orang (39,6%) memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan 9 orang lansia (15,5%) memiliki riwayat penyakit asam urat 6 bulan lalu. Namun pada kenyataannya rata-rata lansia tidak ada makanan pantangan (66,3%), bahkan hanya sekitar 11,2% dari 89 lansia yang berpantang makanan asin. Nugroho (2008) menyatakan bahwa perubahan sistem

kardiovaskuler akibat proses menua meliputi katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding aorta menurun, curah jantung menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah dan tekanan darah meninggi akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat. Peneliti berpendapat bahwa lansia dengan penyakit darah tinggi seharusnya dapat mengatur pola makannya dengan berpantang makanan asin, namun ketidakpatuhan ini mengindikasikan akan gaya hidup yang buruk.

Gaya hidup/pola perilaku lansia juga mencakup pemenuhan kebutuhan akan nutrisi/gizi. Fatmah (2010) menjelaskan bahwa kebutuhan gizi lanjut usia perlu dipenuhi secara adekuat untuk kelangsungan proses pergantian sel dalam tubuh, mengatasi proses menua, dan memperlambat terjadinya usia biologis. Kebutuhan kalori pada lanjut usia berkurang karena berkurangnya kalori dasar akibat kegiatan fisik. Makanan yang mengandung lemak hewani harus dikurangi, misalnya daging sapi, kuning telur, otak, dan lainnya. Lanjut usia disarankan mengonsumsi makanan tambahan yang banyak mengandung kalsium (Ca) atau zat kapur. Zat besi perlu diberikan untuk memperlancar pembentukan darah. Pemberian garam natrium harus dikurangi karena kemungkinan adanya tekanan darah tinggi. Lanjut usia perlu pula diberi buah-buahan untuk mendapatkan vitamin. Fatmah (2010) dan Azizah (2011)

menyebutkan faktor yang mempengaruhi kebutuhan gizi lanjut usia antara lain berkurangnya kemampuan mencerna makanan (akibat kerusakan gigi/ompong), rasa lapar menurun, berkurangnya cita rasa, berkurangnya koordinasi otot, keadaan fisik yang kurang baik, faktor ekonomi dan sosial, dan faktor penyerapan makanan.

Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa perilaku gizi (makanan) merupakan salah satu perilaku pemeliharaan kesehatan. Fatmah (2010) juga menjelaskan karbohidrat digunakan oleh tubuh untuk menjalankan berbagai fungsi-fungsinya seperti bernapas, kontraksi jantung dan otot, serta untuk menjalankan berbagai aktivitas fisik seperti berolahraga atau bekerja. Jenis karbohidrat sederhana dapat ditemukan dalam madu, buah-buahan, susu, sedangkan karbohidrat kompleks banyak terdapat dalam kandungan produk pangan seperti nasi, kentang, jagung, singkong, ubi, pasta, roti. Hasil penelitian menyebutkan dari 89 orang lansia, didapatkan sebanyak 44 orang (49,4%) tidak pernah makan 6-11 sajian roti, sereal, dan nasi setiap hari. Seperti makan pada umumnya, sebanyak 76 orang lansia (85,4%) pada penelitian ini hanya makan 1-2x sehari. Temuan lain adalah sebanyak 75,3% lansia membatasi makanan manis. Pola perilaku dan gaya hidup ini cukup baik dilakukan mengingat berkurangnya kebutuhan karena menurunnya kegiatan fisik lansia.

Hampir 50% karbohidrat yang berasal dari tumbuh-tumbuhan adalah selulosa karena selulosa merupakan bagian yang terpenting dari dinding sel tumbuh-tumbuhan, selulosa berfungsi sebagai sumber serat yang dapat memperbesar volume feses sehingga akan memperlancar defekasi. Sumber serat yang baik adalah sayuran, buah-buahan, sereal, dan kacang-kacangan. Memakan sayuran dan buah-buahan dalam jumlah yang banyak, mempunyai fungsi ganda, yaitu selain sebagai sumber serat juga merupakan sumber vitamin dan mineral yang semua itu sangat dibutuhkan untuk memelihara kesehatan tubuh manusia (Fatmah, 2010). Penelitian ini membuktikan bahwa sebagian besar lansia makan 3-5 sajian sayuran setiap hari (79,7%) dan sebagian besar lansia makan 2-4 sajian buah setiap hari (73%). Peneliti berasumsi pola perilaku lansia mengkonsumsi makanan berserat dengan vitamin dan mineral ini merupakan salah satu gaya hidup yang cukup baik, ketiadaan serat akan mengakibatkan terjadinya konstipasi (susah buang air besar), hemoroid (ambeien), divertikulosis, kanker usus besar, Apendiksitis, Diabetes, penyakit jantung koroner dan obesitas.

Pemilihan protein yang baik untuk lansia sangat penting mengingat sintesis protein didalam tubuh tidak sebaik saat masih muda, dan banyak terjadi kerusakan sel yang harus segera diganti. Kebutuhan protein untuk usia 40

tahun masih tetap sama seperti pada usia sebelumnya. Akan tetapi, dengan bertambahnya usia, perlu pemilihan makanan yang kandungan proteinnya bermutu tinggi dan mudah dicerna. Beberapa sumber protein hewani yang umum dikonsumsi adalah susu, telur, daging, dan ikan; protein nabati seperti tahu, tempe, kacang-kacangan, dll juga baik dikonsumsi terutama bila ingin menghindari naiknya kadar kolesterol didalam darah. Akan tetapi, harus diingat bahwa konsumsi protein yang berlebihan akan membebankan kerja ginjal dan hati (Fatmah, 2010). Lansia pada penelitian ini rata-rata tidak pernah (43,8%), sedangkan 39,3% kadang-kadang makan 2-3 sajian susu, yogurt atau keju setiap hari. Peneliti berpendapat lansia pada penelitian ini mampu untuk mengontrol konsumsi protein setiap hari.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 89 orang lansia, sebanyak 51 (57,3%) mengatakan kadang-kadang makan rendah lemak dan bahkan 18 orang lansia (20,2%) tidak pernah diit makan rendah lemak. Fatmah (2010) menyatakan bahwa lemak adalah penyumbang energi terbesar per gramnya dibandingkan penghasil energi yang lain (karbohidrat dan protein). Satu gram lemak menghasilkan 9 kilokalori, sedangkan satu gram protein dan karbohidrat masing-masing menghasilkan 4 kilokalori. Kejadian penyakit infeksi dan kekurangan gizi dapat diturunkan jika pola makan

seimbang sebaliknya penyakit degeneratif dan penyakit kanker meningkat jika pola makan tidak seimbang (Darmojo, 2014; Depkes RI, 2008). Peneliti berasumsi bahwa lansia harus mengurangi konsumsi lemak dalam sajian makan setiap hari karena faktor adanya arterosklerosis. Pola perilaku yang tidak memperhatikan konsumsi rendah lemak dalam sajian diit setiap hari merupakan faktor yang dapat menjelaskan mengapa gaya hidup lansia dalam penelitian ini sebagian besar buruk.

Bahr dalam Stanley dan Beare (2006) mengemukakan bahwa area minat yang terbesar bagi lansia adalah peningkatan kesehatan. Salah satu aspek utama dari peningkatan kesehatan untuk lansia adalah pemeliharaan tidur untuk memastikan pemulihan fungsi tubuh sampai tingkat fungsional yang optimal dan untuk memastikan keterjagaan di siang hari guna menyelesaikan tugas-tugas dan menikmati kualitas hidup yang tinggi. Kebanyakan lansia berisiko mengalami gangguan tidur yang disebabkan oleh banyak faktor (misalkan pensiunan dan perubahan pola sosial, kematian pasangan, atau teman dekat, peningkatan penggunaan obat-obatan, penyakit yang baru saja dialami, perubahan irama sirkadian). Penelitian ini menemukan bahwa dari 89 orang lansia, sebanyak 43 orang (48,3%) kadang-kadang merasa kebutuhan tidurnya cukup sedangkan 13 orang (14,6%) tidak pernah tidur cukup.

Hal ini dapat dijelaskan bahwa proses patologis terkait usia dapat menyebabkan perubahan pola tidur. Bahr juga menjelaskan gangguan tidur menyerang 50% orang yang berusia 65 tahun atau lebih yang tinggal di rumah dan 66% orang yang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang. Gangguan tidur mempengaruhi kualitas hidup dan berhubungan dengan angka mortalitas yang lebih tinggi. Terdapat suatu hubungan antara peningkatan terbangun selama tidur dengan jumlah total waktu yang dihabiskan untuk terjaga di malam hari. Hal tersebut tampak sebagai pengaturan tidur sirkadian yang efektif. Penelitian ini menemukan dari 89 orang lansia sebanyak 49 orang lansia (55,1%) kadang-kadang dan 21 orang lansia (23,6%) sering berpikir hal-hal yang menyenangkan pada jam-jam tidur. Peneliti berasumsi lansia menyadari bahwa terkadang jam tidur mereka berkurang, baik karena kesulitan memulai tidur atau terbangun waktu malam, hal inilah yang berdampak pada kelelahan dan mengantuk di pagi atau siang hari, sehingga mereka perlu mencari cara untuk memulai tidur seperti berpikir hal-hal yang menyenangkan atau memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk tidur seperti meredupkan lampu, menggunakan jaket atau selimut bahkan kaos kaki.

Aktivitas fisik adalah pergerakan anggota tubuh yang menyebabkan pengeluaran tenaga yang sangat penting bagi

pemeliharaan kesehatan fisik dan mental, serta mempertahankan kualitas hidup agar tetap sehat dan bugar sepanjang hari. Hasil penelitian menyebutkan bahwa dari 89 orang lansia, hanya 9 orang (10,1%) memiliki kebiasaan yang paling sering dilakukan adalah berolahraga. Dari pola perilaku lansia sebanyak 36 orang (40,4%) tidak pernah mengikuti program olahraga yang terjadwal dan 35 orang (39,3%) kadang-kadang saja. Aktivitas fisik sangat penting peranannya bagi lansia. Dengan melakukan aktivitas fisik, maka lansia tersebut dapat mempertahankan bahkan meningkatkan derajat kesehatannya. Namun karena keterbatasan fisik yang dimilikinya akibat pertambahan usia serta perubahan dan penurunan fungsi fisiologis, maka lansia memerlukan beberapa penyesuaian dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari. Beberapa manfaat aktivitas fisik antara lain menjaga tekanan darah tetap stabil dalam batas normal, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit, menjaga berat badan ideal, menguatkan tulang dan otot, meningkatkan kelenturan dan kebugaran tubuh, selain itu aktivitas fisik dapat mengurangi stres dan meningkatkan rasa percaya diri. Aktivitas fisik dapat dilakukan melalui aktivitas kehidupan sehari-hari seperti menyapu, mengepel, mencuci baju, berkebun dan lainnya, juga dapat berupa olahraga. Bentuk kegiatan olahraga yang tepat bagi

lansia antara lain jalan kaki, senam, berenang, bersepeda, dan lari. Olahraga sangat bermanfaat untuk meningkatkan kekuatan otak, melawan penuaan, menghilangkan stres, meningkatkan perasaan bahagia secara alami dan meningkatkan rasa percaya diri. Olahraga yang baik dilakukan secara seimbang, baik dari lamanya berolahraga, intensitas (seberapa keras dilakukan), maupun seringnya (frekuensi) berolahraga. Intensitas latihan dapat diketahui dengan menghitung denyut nadi dengan meraba pergelangan tangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 89 orang lansia, hanya 4 orang (4,5%) yang rutin dan 14 orang (15,7%) yang sering mengecek angka nadi ketika berolahraga. Fatmah (2010) menyebutkan denyut nadi jumlahnya meningkat bila kita melakukan olahraga/aktivitas fisik. Pada saat olahraga, denyut nadi harus bisa melampaui 60% dari denyut nadi maksimal (DNM) yaitu 60% dari $220 - \text{dikurangi usia}$. Bagi mereka yang usianya 50 tahun, saat melakukan latihan olahraga denyut nadinya harus bisa melebihi 60% dari $220 - 50 = 102$ denyut per menit, tetapi jangan melebihi 80% dari $220 - 50 = 136$ denyut per menit. Untuk menilai tingginya intensitas adalah ketika tubuh sudah tidak mampu melakukan gerakan olahraga yang sama lagi. Intensitas sebanyak 60-80% dari denyut nadi maksimal tersebut disebut zona latihan. Apabila melakukan latihan tetapi denyut nadi tidak mencapai zona

latihan maka hasil latihan tidak bisa meningkatkan kebugaran meskipun dilakukan bertahun-tahun. Sebaliknya kalau sering melampaui batas atas zona latihan dalam kurun waktu cukup lama, maka daya kekebalan akan menurun secara bertahap. Dengan kata lain harus melakukan latihan olahraga sampai denyut nadi masuk zona latihan (Fatmah, 2010). Hasil penelitian menunjukkan hanya 2 orang (2,2%) yang merasa rutin dan 19 orang (21,3%) merasa sering ketika berolahraga bisa mencapai denyut jantung yang diinginkan. Peneliti berasumsi pola perilaku dalam mengecek nadi dan intensitas berolahraga ini tidak semua lansia mampu melakukannya karena kebiasaan ini harus diajarkan dan dilatih oleh lansia.

Hasil penelitian menunjukkan dari 89 orang lansia, sebanyak 38 orang (42,7%) tidak pernah berolahraga 20 menit selama 3 kali seminggu, namun sebanyak 15 orang lansia (16,9%) sering dan 3 orang (3,4%) rutin berolahraga 20 menit selama 3 kali seminggu. Fatmah (2010) menjelaskan bahwa selain intensitas, lamanya berolahraga juga harus cukup. Untuk olahraga yang bersifat aerobik (jalan, jogging, bersepeda, bersepeda statik, berenang, dan lain-lain) sebaiknya berlatih 20-45 menit dalam zona latihan, ditambah $\pm 5-10$ menit untuk pemanasan dan 5-10 menit untuk pendinginan. Sebaiknya berlatih sampai denyut nadi masuk ke dalam zona latihan dan biasanya paling

sedikit 20-45 menit. Semakin lama dalam zona latihan, akan semakin baik. Frekuensi jadwal latihan harus rutin dan teratur setiap hari atau 3 kali seminggu. Selain itu lansia perlu memilih latihan fisik/olahraga yang sesuai dengan kemampuan tubuh. Peneliti berasumsi bahwa lansia yang tidak pernah berolahraga 20 menit selama 3 kali seminggu dapat dijelaskan bahwa aktivitas fisik tidak hanya dilakukan dengan berolahraga saja, tetapi aktivitas fisik sehari-hari seperti menyapu, mengepel, naik tangga dan lain-lain dapat dilakukan sesuai kemampuan. Hasil penelitian menyebutkan dari 89 orang lansia, sebanyak 42 orang (47,2%) kadang-kadang melakukan aktivitas fisik ringan sampai sedang (seperti berjalan terus menerus 30-40 menit, paling tidak 5 kali dalam seminggu). Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian bahwa kebiasaan yang paling sering dilakukan oleh lansia di RW 02 Kelurahan Sukolilo Baru adalah berupa aktivitas fisik seperti melakukan pekerjaan rumah tangga sebanyak 10 orang (11,2%), Jalan-jalan sebanyak 10 (11,2%), bekerja sebanyak 9 (10,1%) dan mengasuh cucu sebanyak 3 orang (3,4%). Kebiasaan tersebut sangat baik dan bermanfaat bagi lansia untuk tetap menjaga kebugaran tubuh, selain itu motivasi untuk melakukan kebiasaan tersebut sebanyak 59,6% berasal dari diri sendiri, sehingga dapat terus konsisten dilakukan.

Untuk dapat mempertahankan derajat kesehatan, maka harus ada keseimbangan antara aktivitas dan

istirahat. Penelitian ini menemukan pola perilaku lansia mengenai keseimbangan tersebut, dari 89 orang lansia sebanyak 30 orang (33,7%) kadang-kadang dan 22 orang (24,7%) yang sering dan 4 orang (4,5%) rutin menyeimbangkan waktu bekerja dan bermain. Peneliti berasumsi bahwa kemunduran fisik yang dialami oleh lansia akan menurunkan daya tahan fisik dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, perlunya periode istirahat yang lebih lama untuk memulihkan kondisi setelah beraktivitas. Penelitian menunjukkan dari 89 orang lansia, sebanyak 51 orang (57,3%) yang mengatur waktu untuk mencegah kelelahan. Lansia juga perlu meluangkan waktu untuk bersantai setiap hari. Bersantai dirumah bersama pasangan, anak atau cucu merupakan masa beristirahat dari rutinitas pekerjaan yang dijalani, dari 89 orang lansia, hanya sebanyak 36 orang (40,4%) kadang-kadang dan 35 orang (39,3%) yang sering meluangkan waktu untuk bersantai setiap hari. Hal ini sejalan dengan penelitian Anggraini (2008), yang dilaksanakan di Puskesmas Pekayon Jaya Kota Bekasi menunjukkan hubungan antara aktivitas fisik dengan status kesehatan ($p=0,004$) dan kebiasaan istirahat dengan status kesehatan ($p=0,000$).

Halstead dalam Stanley dan Beare (2006) mengemukakan bahwa tanpa memandang ras, warna, asal negara, jenis kelamin, usia, atau disabilitas, spiritualitas merupakan kualitas dasar manusia, yang dialami

oleh lansia dari semua keyakinan dan bahkan oleh orang-orang yang tidak berkeyakinan. Spiritualitas adalah konsep dua dimensi dimana dimensi vertikal mewakili hubungan dengan Tuhan, dan dimensi horizontal mewakili hubungan dengan orang lain. Penelitian ini menemukan aktivitas keagamaan yang paling banyak diikuti lansia adalah pengajian, yaitu sebanyak 41 orang lansia (46,1%) dan sebagian kecil pergi ke gereja. Hal ini dapat dijelaskan bahwa rata-rata lansia mengikuti aktivitas keagamaan sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan spiritual lansia akan hubungan dengan Tuhan. Halstead dalam Stanley dan Beare (2006) mengemukakan religiositas adalah derajat dan jenis ekspresi dan partisipasi religius dari lansia. Sejumlah indikator religiositas telah ditentukan dari penelitian : kehadiran di tempat ibadah, berpartisipasi dalam aktivitas keagamaan, mengetahui tempat ibadah dan teologi, beribadah, membaca kitab suci dan melakukan kebaktian. Perhatian tempat ibadah terhadap kebutuhan lansia semakin berkembang, berbagai pelayanan diberikan seperti program keagamaan, layanan sosial dan lain-lain. Akhirnya, tempat ibadah menjadi komunitas yang peduli ketika lansia membutuhkannya. Dalam penelitian ini, komunitas pengajian dan gereja menjadi selain menjadi tempat ibadah bagi lansia, namun didalamnya komunitas ini memberikan pelayanan dan

dukungan yang sangat penting bagi lansia, terutama komunitas pengajian bagi lansia dan komunitas kegiatan gereja (adi yuswo). Hal ini sejalan dengan pernyataan Amstrong dalam Nugraheni (2003) bahwa faktor eksternal yang mempengaruhi gaya hidup adalah kelompok referensi dan kelas sosial, selain keluarga. Teori ini dibuktikan bahwa dari 89 orang lansia, sebanyak 44 orang (49,4%) menyatakan kadang-kadang dan 19 orang (21,3%) menyatakan sering serta 4 orang (4,5%) menyatakan rutin mendapat dukungan dari perkumpulan aktivis yang peduli. Peneliti berasumsi bahwa dibentuknya pengajian bagi lansia atau kegiatan gereja bagi lansia (adi yuswo) mengindikasikan bahwa masyarakat atau gereja merasa peduli dan memberikan wadah bagi para lansia untuk dapat terus berpartisipasi dalam komunitas keagamaan/sosial, hal ini yang menjelaskan gaya hidup lansia sebagian kecil cukup baik.

Nugroho (2008), Tamher & Noorkasiani (2011) serta Darmojo (2014) menyatakan bahwa proses menua bersifat individual dimana tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda, setiap lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda. Menurut teori interaksi sosial tentang proses menua, teori ini mencoba menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada suatu situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat. Kemampuan lanjut usia untuk terus menjalin interaksi sosial

merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuannya bersosialisasi. Dalam teori pelepasan ikatan (disengagement theory) menjelaskan bahwa pada usia lanjut terjadi penurunan partisipasi ke dalam masyarakat karena terjadi proses pelepasan ikatan atau penarikan diri secara pelan-pelan dari kehidupan sosialnya. Penelitian ini menemukan terdapat 18 lansia (20,2%) tidak mengikuti aktivitas keagamaan maupun sosial. Berlawanan dari teori tersebut, teori aktivitas atau kegiatan menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut-serta dalam kegiatan sosial, lanjut usia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin. Bila lansia kehilangan peran dan tanggung jawab di masyarakat atau keluarga, maka ia harus segera terlibat dalam kegiatan lain seperti klub atau organisasi yang sesuai dengan bidang atau minatnya. Selain aktivitas keagamaan/sosial berupa pengajian dan pergi ke gereja, sebanyak 10 orang lansia (11,2%) mengikuti arisan dan 9 orang (10,1%) mengikuti paguyuban, bahkan 4 orang lansia (4,5%) mengikuti lebih dari satu aktivitas. Selain itu aktif di kegiatan keagamaan, sebanyak 42 orang (47,2%) kadang-kadang meluangkan waktu untuk bergaul dengan teman dekat. Peneliti berpendapat bahwa pola perilaku yang cukup baik ini dilakukan dengan adanya partisipasi

lansia dalam berbagai aktivitas, maka para lansia tetap percaya diri dan tetap merasa dirinya berarti dan bermakna untuk lingkungan sekitar.

Penelitian Ironson, et al. (2002) mengidentifikasi empat faktor spiritualitas/ religiusitas yaitu : 1) Perasaan tenang dan damai (sense of peace), Perasaan damai digambarkan sebagai suatu ketenangan, kenyamanan secara spiritual, perasaan aman, kesejahteraan, terbebas dari rasa gelisah. Faktor ini mengandung pengertian bahwa kehidupan memiliki makna. Adanya kenyamanan spiritual/kekuatan/makna, perasaan memiliki hubungan/keterikatan dan perasaan tidak sendirian, eksistensi. Dalam penelitian ini sebanyak 37 orang lansia (41,6%) yakin bahwa hidup mereka mempunyai tujuan. Perasaan tenang dan damai dengan diri sendiri juga kadang-kadang dialami oleh 38 orang lansia (42,7%), sering oleh sebanyak 26 orang (29,2%) serta selalu/rutin dirasakan oleh sebanyak 12 orang (13,5%). Faktor berikutnya 2) Iman kepada Tuhan (faith in God), Iman kepada Tuhan adalah dasar dari pengharapan. Pandangan kepada Tuhan dan keyakinan akan peran Tuhan terhadap pemulihan penyakit (somatic) memberikan kekuatan kepada lansia untuk memiliki persepsi yang positif akan proses menua, penelitian membuktikan sebanyak 36 orang (40,4%) menyatakan bahwa menjadi lansia merupakan proses kehidupan dan takdir, sebanyak 25 orang (28,1%)

menyatakan sudah tidak muda lagi bahkan 7 orang (7,9%) menyatakan menjadi lansia sangat menyenangkan. Peneliti berpendapat bahwa pemaknaan positif menjadi lansia selalu bersumber dari keyakinan adanya kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri yaitu Tuhan. Sebanyak 31 orang (34,8%) merasa bahwa iman kepada Tuhan ini juga membantu lansia untuk mampu menatap masa depan. Namun masih didapatkan sebanyak 12 orang (13,5%) menyatakan menjadi lansia mudah lelah dan sakit serta 4 orang (4,5%) menyatakan membosankan, hal ini dapat dijelaskan keterkaitan persepsi lansia dengan tekanan hidup yang dialami saat ini, seperti sakit penyakit, ketiadaan sistem pendukung dan aktivitas yang bermakna. Faktor berikutnya adalah 3) Perilaku religius (religious behavior), Perilaku religius didefinisikan sebagai ritual keagamaan, berdoa serta kehadiran dalam ibadah keagamaan. Perilaku tersebut sebagai perwujudan tanda syukur kepada Tuhan. Dalam pembahasan sebelumnya telah dijelaskan bahwa rata-rata lansia dalam penelitian ini aktivitas keagamaan yang paling banyak diikuti adalah pengajian. 4) Empati kepada orang lain (compassionate view of others). Hal ini diartikan sebagai kasih sayang pada orang lain, berbuat kebaikan dan memikirkan orang lain. Dalam penelitian ini kepuasan akan kebutuhan spiritual diidentifikasi dari 89 orang lansia, sebanyak 42 lansia (47,2%) kadang-

kadang dan 25 lansia (28,1%) sering dan 5 lansia (5,6%) rutin memuji orang lain karena keberhasilan yang mereka capai. Faktor spiritualitas lansia ini juga dapat dilihat dari para lansia yang sering menunjukkan kepedulian, kasih sayang dan kehangatan kepada orang lain, yaitu sebanyak 33 orang (37,1%) dan sebanyak 38 orang (42,7%) kadang-kadang saja. Empati kepada orang lain ditunjukkan lansia melalui hubungan emosional dengan orang yang disayangi, sebanyak 40 orang (44,9%) kadang-kadang, 28 orang (31,5%) sering dan 6 orang (6,7%) rutin. Hubungan emosional ini juga dapat ditunjukkan dari sistem pendukung lansia serta keterlibatan lansia dalam perawatan keluarga anak. Hasil penelitian menemukan 37 orang (41,6%) lansia terkadang ingin selalu merasa dibutuhkan dalam keluarga sehingga selalu mencari cara untuk memenuhi kebutuhan intim/kedekatan, namun sebanyak 35 orang (39,3%) tidak pernah melakukannya. Penelitian ini juga menemukan bahwa dari 89 orang lansia, sebanyak 13 orang (14,6%) selalu menjaga hubungan baik dan bermakna dengan orang lain. Sebanyak 47 orang lansia (52,8%) kadang-kadang dan 23 orang (25,8%) sering membicarakan masalah-masalah dan kepedulian lansia dengan orang-orang dekat. Peneliti berpendapat bahwa lansia dengan pengalaman hidup yang banyak serta merasa menjadi panutan tetap ingin menunjukkan dan berbagi pengalaman hidup tersebut dengan

orang yang disayangi, berbagi cara, ide dan pendapat dalam berbagai situasi hidup sehingga dapat tetap diterima dalam keluarga. Faktor spiritualitas yang ditunjukkan melalui kepedulian, kasih sayang dan kehangatan kepada orang lain ini memiliki skor gaya hidup tertinggi yaitu 220 dari total skor maksimal 356 dari 89 orang lansia.

Beare dalam Stanley dan Beare (2006) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu komponen keperawatan gerontologi yang esensial. Fokus dan tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk menggambarkan masalah, menyarankan perilaku koping, dan memfasilitasi penguasaan dan pengendalian klien. Bagi lansia, pendidikan kesehatan ini mungkin untuk membantu orang yang mengalami penyakit kronis dalam beradaptasi terhadap penyakitnya, menghadapi masalah, dan memahami proses yang berhubungan dengan penuaan. Hal ini juga berarti untuk membantu lansia mempertahankan kesehatan yang baik dan berfungsi mandiri serta hidup yang lebih panjang, hidup lebih sehat. Upaya pendidikan kesehatan menekankan pencegahan penyakit, mempertahankan kemampuan yang ada, dan mencegah kerusakan yang dapat mengakibatkan disabilitas. Departemen kesehatan dan pelayanan masyarakat telah mendirikan suatu program nasional pendidikan masyarakat yang disebut Lansia Sehat. Enam area program tersebut meliputi : 1) Latihan

kebugaran dan latihan fisik membantu masyarakat tampak dan merasa lebih baik. Hanya 43% orang yang berusia lebih dari 65 tahun melakukan latihan fisik secara teratur. Pendidikan dapat membantu lansia untuk memahami keuntungan-keuntungan latihan fisik dan membantu mereka dalam memilih jenis latihan yang benar, 2) Diit bergizi, pendidikan diperlukan untuk mengingatkan lansia bagaimana makanan yang sehat, mengimbangi makanan-makanan yang dipantang, 3) Lansia menggunakan lebih dari 25% dari semua obat yang diresepkan dan sejumlah besar membeli obat yang dijual bebas sehingga lansia menjadi lebih rentan terhadap efek samping dan interaksi yang melibatkan makanan dan obat-obatan yang lain. 4) Karena berhenti merokok merupakan satu-satunya langkah yang paling penting ke arah peningkatan kesehatan seseorang, pendidikan didalam area ini dapat mendorong ke arah perubahan perilaku yang dapat membuat suatu perbedaan yang bermakna, Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 14 orang lansia (15,7%) memiliki kebiasaan merokok, dimana menurut Maryam, et al. (2012) merupakan perilaku mal adaptif lansia. 5) Pendidikan yang diarahkan untuk belajar tentang kebiasaan untuk keamanan (memakai sabuk pengaman, keamanan dalam lingkungan, dll) yang dapat mengurangi risiko cedera pada lansia, 6) Pendidikan mengenai kebutuhan untuk menggunakan jasa kesehatan

preventif (melakukan pemeriksaan fisik secara teratur). Lansia dapat memanfaatkan berbagai tingkat pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat adalah Posyandu lansia, pelayanan kesehatan lansia tingkat dasar adalah Puskesmas, dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan adalah Rumah Sakit (Watson, 2003; Wirakusumah, 2002).

Penelitian ini menunjukkan bahwa lansia menerima sebagian besar informasi kesehatan mereka dari media cetak seperti majalah kesehatan dan kolom medis, buku-buku kedokteran, dan ensiklopedia. Televisi, anggota keluarga, teman-teman, dokter, perawat, dan apoteker adalah sumber-sumber yang paling umum selanjutnya. Partisipan dalam penelitian ini mengindikasikan suatu kebutuhan untuk informasi perawatan kesehatan yang lebih banyak, terutama dalam biaya-biaya pelayanan kesehatan, penyakit di usia tua; nutrisi, latihan fisik, dan pengobatan. Lansia cenderung untuk mencari informasi yang membantu mereka untuk tetap sehat daripada informasi yang terfokus pada permasalahan kesehatan mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar lansia membaca televisi tentang kualitas kesehatan yaitu sebanyak 75 orang (84,3%). Selain itu sebanyak 28 orang lansia (31,5%) memperoleh pengetahuan dari petugas kesehatan. Kebutuhan akan informasi kesehatan memotivasi para lansia untuk

mencari sumber-sumber yang lebih kompeten dalam bidang kesehatan, hal ini dibuktikan sebanyak 55 orang lansia (61,8%) kadang-kadang dan 16 orang (18%) sering membicarakan tentang hal-hal yang terkait dengan kesehatan individu lansia. Selain itu sebanyak 64 orang (71,9%) menanyakan kepada petugas kesehatan tentang cara menjaga kesehatan. Demikian halnya sebanyak 59 orang (66,2%) mempunyai kebiasaan melakukan pengamatan pada tubuh untuk melihat adanya perubahan fisik yang membahayakan. Apabila ada gejala/tanda yang tidak lazim, sebagian besar lansia segera melapor kepada dokter. Peneliti berpendapat pola perilaku ini sangatlah baik. Lansia maupun keluarga perlu memahami apa saja yang perlu dilakukan untuk mempertahankan bahkan meningkatkan derajat kesehatan lansia. Petugas kesehatan merupakan sumber informasi yang tepat bagi mereka, komunikasi dan diskusi interaktif membantu mereka mendapatkan pengetahuan yang lebih luas.

Penelitian ini menemukan sebanyak 48 orang (53,9%) kadang-kadang dan 17 orang (19,1%) sering bertanya kepada petugas kesehatan untuk memahami penjelasan-penjelasan yang disampaikan. Hal ini mengindikasikan bahwa pola perilaku ini diakibatkan menurunnya kemampuan proses belajar lansia. Perlunya gaya komunikasi yang disesuaikan dengan kemampuan lansia untuk memudahkan menangkap informasi.

Hogstel dalam Stanley dan Beare (2006) mengungkapkan bahwa menurut teori aktivitas sosial menjelaskan lansia yang mengalami penuaan optimal akan tetap aktif dan tidak mengalami penyusutan dalam kehidupan sosial mereka. Strategi untuk masa tua yang sukses antara lain mempertahankan kesehatan dengan gaya hidup yang sehat, berusaha tetap aktif baik secara fisik maupun mental, memiliki sistem pendukung yang kuat seperti keluarga, teman dan tetangga, tetap mampu untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi terhadap perubahan, mengembangkan minat-minat baru, berpartisipasi dalam aktivitas yang berarti secara pribadi seperti bekerja atau menjadi sukarelawan, menghindari situasi yang dapat menimbulkan stres jika mungkin, mempunyai otonomi dan tidak bergantung pada orang lain, melakukan apa yang diinginkan dan merencanakan kegiatan terstruktur setiap hari dan memiliki sesuatu untuk dicapai. Hasil penelitian ini menemukan dari 89 orang lansia, rata-rata lansia terkadang merasa setiap hari adalah tantangan yang harus ditaklukkan dan banyak hal menarik (57,3%), selain itu rata-rata lansia menggunakan metode pengendalian stres (56,2%). Penelitian ini juga menemukan 46 orang (51,7%) tidak pernah melakukan relaksasi/meditasi selama 15-20 menit setiap hari. Dimungkinkan lansia menggunakan metode pengendalian stres yang lain. Hal ini dapat dijelaskan bahwa lansia

dengan banyak pengalaman hidup menghadapi berbagai macam stressor yang terjadi sepanjang rentang kehidupan membantu lansia saat ini untuk tetap dapat beradaptasi dengan stressor. Pada penelitian ini terdapat 1 orang lansia (1,1%) memiliki gaya hidup yang baik. Hal ini dapat dijelaskan bahwa lansia tersebut berusia 56-60 tahun yang memungkinkan lansia untuk berpartisipasi dalam kegiatan pengajian, beraktivitas sedang setiap hari, serta tinggal dengan pasangan dan memiliki persepsi yang positif menjadi lansia.

Simpulan

Gaya hidup lansia dapat memberikan pengaruh positif atau negatif bagi yang menjalankannya, tergantung pada bagaimana orang tersebut menjalaninya. Dalam penelitian ini, sebagian besar lanjut usia memiliki gaya hidup yang buruk. Gaya hidup dicirikan dengan pola perilaku lansia yang akan memberi dampak pada kesehatan seperti ketidakpatuhan dalam berpantang makanan asin pada lansia yang mempunyai riwayat penyakit darah tinggi, perilaku yang tidak memperhatikan konsumsi rendah lemak dalam sajian diit setiap hari, tidak pernah mengikuti program olahraga yang terjadwal, tidak pernah berolahraga selama 20 menit dengan frekuensi 3 kali seminggu, namun aktivitas fisik yang dijalani lansia di luar kegiatan olahraga cukup baik yaitu tetap melakukan pekerjaan rumah tangga, bekerja,

jalan-jalan dan mengasuh cucu. Rata-rata lansia terkadang merasa kebutuhan tidurnya cukup dan sebagian kecil tidak pernah tidur cukup, namun hanya sebagian kecil yang berpikir hal-hal yang menyenangkan sebelum tidur. Gaya hidup yang buruk juga diindikasikan dengan sebagian kecil lansia menarik diri dari kehidupan sosial dengan tidak mengikuti aktivitas keagamaan/sosial, dan memiliki persepsi negatif mengenai proses menua.

Saran

Lansia hendaknya memiliki pola perilaku yang baik dengan memperhatikan asupan nutrisi, melakukan aktivitas fisik sesuai kemampuan, mengatur waktu antara beraktivitas dan istirahat/tidur, berpartisipasi dalam aktivitas keagamaan/sosial, memperhatikan dan mematuhi pendidikan kesehatan yang diberikan, mengendalikan stres dan memiliki persepsi yang positif terhadap proses menua yang merupakan bagian dari kehidupan. Keluarga sebagai sistem pendukung utama bagi lansia hendaknya selalu memberikan pendampingan, mengingatkan, mendengarkan dan memperhatikan kebutuhan para lansia.

DAFTAR PUSTAKA

Anggraini F, (2008), Hubungan antara Gaya Hidup dan Status Kesehatan Lansia Binaan Puskesmas Pekayon Jaya Kota

Darmojo, R. B. (2014). Buku Ajar Geriatri. Edisi 6. Jakarta : Balai Penerbit FKUI

Depkes RI, (2008), Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan, Depkes, Jakarta

Fatmah. (2010), Gizi Usia Lanjut. Jakarta : Penerbit Erlangga

Ironson, G., et al. (2002). The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index Is Associated With Long Survival, Health Behaviors, Less Distress, and Low Cortisol in People With HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol 24 No 1. Diakses 3 Maret 2015 <<http://www.springerlink.com/content/c80vu41156627v00/>>.

Maryam R, Siti, dkk, (2008), Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya, Jakarta : Salemba Medika

Notoatmodjo, S. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.

Nugroho, H.W. (2008). Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. Edisi 3. Jakarta : EGC

Potter, P.A dan Anne G. Perry. (2009). *Fundamental of Nursing Fundamental Keperawatan* buku 1 edisi 7, Jakarta : Salemba Medika

Potter, P.A dan Anne G. Perry. (2010). *Fundamentals of Nursing*. Jakarta : Salemba Medika

Stanley dan Beare. (2006). Buku Ajar Keperawatan Gerontik, edisi 2. Jakarta : EGC

Tamher, S & Noorkasiani, (2009), Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan, Jakarta : Penerbit Salemba Medika

Watson. (2003), Perawatan Pada Lansia, Jakarta : EGC

Wirakusumah, E. (2002), Tetap Segar di Usia Lanjut, Jakarta : Trubus Agriwidya

EFEK PEMBERIAN EKSTRAK DAGING BUAH MAHKOTA DEWA (PHALERIA MACROCARPA) TERHADAP JUMLAH SEL FIBROBLAS LUKA INSISI PADA TIKUS PUTIH (RATTUS NORVEGICUS)

Idola Perdana Sulistyoning Suharto ¹

1 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri Jl Selomangleng No 1 Kediri

¹ Email : idolaperdana@gmail.com

Abstract: research purpose was to analysis effect of giving mahkota dewa fruits (Phaleria macrocarpa) extract to the number of fibroblas cell in incision wound of white rats (Rattus norvegicus). The method was randomized posted-only control group design. There were 30 male rats (Rattus norvegicus) grouped on control and treatment group. Control group divided into three groups (KK1, KK2, KK3) and also treatment group divided into three groups (KP1, KP2, KP3). Control group just given CMC 1% peroral without mahkota dewa fruits extract, the treatment group given mahkota dewa fruits extract 22.5 mg/kg body weight. Fibroblax variable was analized by One-way Anova and continued with LSD test. Based on One-way Anova test, obtained result that there was a significant difference ($p < 0.05$) with p value $p = 0.000$ between control and treatment group. The conclusion of this research was giving mahkota dewa fruits (Phaleria macrocarpa) extract can increase fibroblax cell in incision wound of white rats (Rattus norvegicus).

Keywords: Mahkota Dewa Fruits (Phaleria Macrocarpa) Extract, Fibroblax Cell, Incision Wound

Abstrak: Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis efek pemberian ekstrak daging buah mahkota dewa (Phaleria macrocarpa) terhadap jumlah sel fibroblas luka insisi pada tikus putih (Rattus norvegicus). Desain penelitian yang digunakan adalah posted-only control group design. Terdapat 30 tikus jantan yang dikelompokkan menjadi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kelompok kontrol dibagi menjadi tiga kelompok (KK1, KK2, KK3) dan kelompok perlakuan juga dibagi menjadi tiga (KP1, KP2, KP3). Kelompok kontrol hanya diberi CMC 1% peroral tanpa ekstrak daging buah mahkota dewa, sedangkan kelompok perlakuan diberi ekstrak daging buah mahkota dewa dengan dosis 22,5 mg/kg BB. Variabel fibroblas dianalisis dengan One-way Anova dan dilanjutkan dengan uji LSD. Berdasarkan hasil uji One-way Anova, didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan signifikan ($p < 0,05$) dengan nilai $p = 0,000$ antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ekstrak daging buah mahkota dewa (Phaleria macrocarpa) dapat meningkatkan jumlah sel fibroblas luka insisi pada tikus putih ((Rattus norvegicus).

Kata kunci: Ekstrak Daging Buah Mahkota Dewa (Phaleria macrocarpa), Sel Fibroblas, Luka Insisi

PENDAHULUAN

Luka insisi adalah luka yang dibuat dengan potongan bersih menggunakan instrumen tajam. Sebagai contoh, luka yang dibuat oleh ahli bedah dalam setiap prosedur operasi (Smeltzer dan Bare, 2002).

Proses penyembuhan luka secara umum melalui tiga fase utama, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi (Douglas, 2003). Fase proliferasi ditandai dengan adanya fibroblas dan epitelisasi (Morison, 2004). Waktu yang diperlukan untuk setiap fase tersebut berbeda, dapat mengalami percepatan penyembuhan apabila dilakukan perawatan luka dengan cepat dan tepat, serta dapat membutuhkan waktu yang lama bila terjadi komplikasi pada luka.

Untuk mempercepat penyembuhan luka diperlukan perawatan luka yang tepat disertai dengan penggunaan antibiotika. Tanaman obat pada masa kini semakin diminati sebagai terapi alternatif yang tidak kalah pentingnya dengan terapi medis dan memiliki efek samping yang ringan. Menurut Widjhati (2009) kandungan pada bahan alam umumnya bersifat seimbang dan saling menetralkan.

Salah satu jenis tanaman obat yang ada di Indonesia adalah mahkota dewa (*Phaleria macrocarpa*). Mahkota dewa merupakan salah satu jenis tanaman yang banyak dimanfaatkan oleh masyarakat, karena harganya yang relatif murah, mudah didapat dan

dibudidayakan serta memiliki berbagai khasiat bagi kesehatan (Dewoto dkk, 2006). Mahkota dewa telah banyak dimanfaatkan oleh masyarakat sebagai pengobatan tradisional, termasuk dimanfaatkan untuk penyembuhan luka (Maulina, 2012). Namun meskipun telah banyak dimanfaatkan untuk penyembuhan luka oleh masyarakat, efek pemberian ekstrak daging buah mahkota dewa terhadap sel fibroblas pada luka insisi masih belum diteliti.

Berdasarkan literatur, diketahui bahwa zat aktif yang terkandung di dalam daun dan buah mahkota dewa antara lain adalah alkaloid, saponin, lignan (polifenol), minyak atsiri, dan flavonoid (Tina, 2007). Pada daging buah mahkota dewa mengandung senyawa flavonoid, saponin, polifenol dan alkaloid (Winarto, 2003). Saponin dan minyak atsiri berfungsi sebagai antibakteri sehingga dapat mempercepat netralisasi bahan asing (Parwata dan Dewi, 2008). Polifenol berfungsi sebagai antihistamin. Manfaat flavonoid antara lain adalah untuk melindungi struktur sel, memiliki hubungan sinergis dengan vitamin C (meningkatkan efektivitas vitamin C), mencegah keropos tulang, antibiotik dan sebagai antiinflamasi (Ahkam, 2008). Selain itu, senyawa flavonoid buah mahkota dewa juga berperan mengaktifkan makrofag (Aurelia, 2006).

Penelitian Lisdawati (2002) menunjukkan bahwa daging buah dan cangkang biji mahkota dewa mengandung beberapa senyawa

seperti alkaloid, flavonoid, senyawa polifenol dan tannin. Senyawa ini erat kaitannya dengan aktivitas antikanker dan antioksidan. Menurut penelitian Sumastuti (2003) dalam Harmanto (2005), ekstrak buah dan daun mahkota dewa dapat menghambat pertumbuhan sel kanker rahim (sel hela).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Andriyani (2007) mengenai efek ekstrak etanol buah mahkota dewa (*Phaleria macrocarpa*) terhadap IL-1 β pada tikus arthritis yang diinduksi kolagen, dengan dosis 15 mg/kgbb, 22,5 mg/kgbb, dan 30 mg/kgbb terbukti dapat menghambat produksi IL-1 β . Berdasarkan penelitian tersebut, pada penelitian ini digunakan dosis 22,5 mg/kg bb.

Mengingat tingginya potensi yang dimiliki oleh buah mahkota dewa, maka akan sangat bermanfaat bagi masyarakat jika dilakukan penelitian eksperimental seputar manfaat buah mahkota dewa khususnya mengenai efek pemberian ekstrak daging buah mahkota dewa (*Phaleria macrocarpa*) terhadap sel fibroblas luka insisi pada tikus putih (*Rattus norvegicus*).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian eksperimental laboratoris, dengan desain penelitian yang digunakan adalah post test only control group design. Sampel penelitian adalah tikus putih strain wistar (*Rattus norvegicus*) dengan jenis kelamin jantan.

Tikus putih dipilih secara acak kemudian dibagi menjadi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kelompok kontrol merupakan kelompok tikus yang hanya diberikan pelarut CMC 1% peroral tanpa diberikan ekstrak daging buah mahkota dewa. Kelompok kontrol ini dibagi lagi menjadi tiga, yaitu kelompok KK 1 yang merupakan kelompok kontrol yang jaringannya diamati pada hari pertama, kemudian kelompok KK 2 yang merupakan kelompok kontrol yang jaringannya diamati pada hari kelima, dan selanjutnya adalah kelompok KK 3 yang merupakan kelompok kontrol yang jaringannya diamati pada hari kesepuluh.

Kelompok selanjutnya adalah kelompok perlakuan. Kelompok perlakuan adalah kelompok tikus yang diberikan ekstrak daging buah mahkota dewa peroral. Kelompok perlakuan dibagi lagi menjadi tiga yaitu KP 1 yang merupakan kelompok perlakuan yang jaringannya diamati pada hari pertama, kemudian kelompok KP 2 yang merupakan kelompok perlakuan yang jaringannya diamati pada hari kelima, dan selanjutnya adalah kelompok KP 3 yang merupakan kelompok perlakuan yang jaringannya diamati pada hari kesepuluh.

Anestesi dilakukan di area kulit yang akan dibuat luka insisi dengan menyuntikkan 0,5 ml lidokain yang diencerkan dengan 2,5 ml aquades secara sub-cutan dengan menggunakan spuit 3 cc, penyayatan

dilakukan pada punggung tikus dengan menggunakan pisau bedah, panjang luka 1 cm dengan kedalaman sampai area subkutan, darah yang keluar dari luka dibersihkan menggunakan kasa, luka ditutup dengan kasa steril dan plester, sarung tangan dilepas, alat dirapikan kemudian cuci tangan.

Ekstrak daging buah mahkota dewa hanya diberikan pada kelompok perlakuan (KP 1, KP 2, dan KP 3). Pemberian ekstrak dilakukan secara oral, sekali setiap hari dengan dosis 22,5 mg/Kg BB. Ekstrak diberikan menggunakan sonde dengan volume 1 ml/100 gram BB serta dengan konsentrasi 0,225 gram%.

Pengambilan jaringan luka dilakukan dengan mengikutsertakan jaringan sehat hingga kedalaman otot pada hari ke - 1, 5, dan 10. Luka dieksisi kira-kira 0,5 cm dari tepi luka. Sampel jaringan luka diletakkan dan dibungkus menggunakan kertas saring yang diberi lubang-lubang kemudian di fiksasi dengan cara dimasukkan ke dalam formalin 10 % hingga minimal 4-5 hari, setelah itu dibuat sediaan histologis.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara melihat sediaan histologi jaringan luka kulit tikus putih dibawah mikroskop cahaya. Luka dievaluasi mulai hari ke 1, 5, dan 10. Evaluasi dilakukan mulai hari pertama pasca pembuatan luka karena sejumlah besar neutrofil dari darah mulai menginvasi daerah yang meradang (Guyton, 2012). Evaluasi

hari terakhir adalah hari ke 10 karena proses migrasi epitel dan fibroblas dalam resurfacing permukaan luka insisi pada tikus umumnya telah lengkap.

Analisis data yang digunakan meliputi analisis deskriptif dan analisis inferensial. Analisis inferensial meliputi analisis normalitas dengan uji Kolmogorov-Smirnov dan analisis homogenitas dengan uji Levene Test. Data yang berdistribusi normal dilanjutkan dengan uji Analisis of variance (Anova), yang apabila didapatkan perbedaan bermakna, maka untuk mengetahui beda antar perlakuan pada data berdistribusi normal dan variasi data antar kelompok homogen dilanjutkan dengan uji Least Significant Difference (LSD) dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$, sedang data yang berdistribusi tidak normal atau berdistribusi normal tetapi tidak homogen maka dilakukan uji Kruskal-Wallis yang apabila didapatkan perbedaan bermakna, maka untuk mengetahui beda antar perlakuan dilanjutkan dengan uji Mann-Whitney U dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

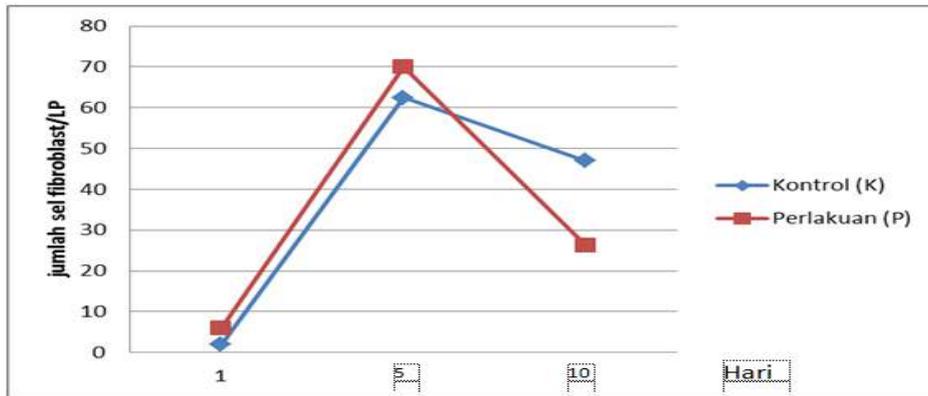
HASIL PENELITIAN

Hasil analisis deskriptif berupa rerata dan simpangan baku sel fibroblas pada masing-masing kelompok dapat dilihat pada tabel 1

Tabel 1: Rerata dan simpang baku sel neutrofil, sel fibroblas, dan epitelisasi

Kelompok	n	Variabel
		Sel fibroblas (per lapang pandang)
KK 1	5	1,9 ± 0,94538
KK 2	5	62,46660 ± 2,77120
KK 3	5	47 ± 6,20484
KP 1	5	6,0160 ± 1,87150
KP 2	5	70,0320 ± 2.57404
KP 3	5	26,3 ± 7,36419

Keterangan : KK1 : kelompok kontrol 1, KK2 : kelompok kontrol 2, KK3 : kelompok kontrol 3, KP1 : kelompok perlakuan 1, KP2 : kelompok perlakuan 2, KP 3 : kelompok perlakuan 3



Dari gambar 1 dapat diketahui bahwa pada kedua kelompok dari hari pertama ke hari kelima terjadi peningkatan jumlah sel fibroblas, selanjutnya mengalami penurunan hingga hari kesepuluh.

Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa variabel sel fibroblas berdistribusi normal yaitu dengan nilai $p > 0,05$. Uji homogenitas pada sel fibroblas menunjukkan bahwa data homogen. Hasil uji homogenitas dapat dilihat pada tabel 2

Tabel 2 Hasil uji homogenitas Levenne test

Variabel	Levene statistik	df1	df2	P
Sel Fibroblas	2,277	5	24	0,067 *

Keterangan : * = homogen

Data sel fibroblas diuji dengan Anova yang kemudian dilanjutkan dengan uji untuk mengetahui variasi terkecil antar kelompok. Hasil uji Anova dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 3 Hasil uji Anova sel fibroblas

Variabel	N	F	p
Sel fibroblas	30	222.629	0,000 *

Keterangan : * = signifikan

Tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan ($p < 0,05$) pada variabel sel fibroblas dengan $p = 0,000$ antara kelompok kontrol (KK1, KK2, dan KK3) dan kelompok perlakuan (KP1, KP2, dan KP3).

Uji LSD dilakukan pada variabel sel fibroblas. Hasil uji LSD dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4 Hasil uji LSD sel fibroblas

Kelompok		p
KK1	KP1	0,144
KK2	KP2	0,010 *
KK3	KP3	0,000 *

Keterangan : KK1 : kelompok kontrol 1, KK2 : kelompok kontrol 2, KK3 : kelompok kontrol 3, KP1 : kelompok perlakuan 1, KP2 : kelompok perlakuan 2, KP 3 : kelompok perlakuan 3, *: signifikan

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sel fibroblas yang bermakna antara kelompok kontrol 2 (KK2) dengan kelompok perlakuan 2 (KP2), kelompok kontrol 3 (KK3) dengan kelompok perlakuan 3 (KP3), namun perbandingan antara kelompok kontrol 1 (KK1) dengan kelompok perlakuan 1 (KP1) memiliki perbedaan yang tidak bermakna.

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan pada gambar 1 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok memiliki kecenderungan yang sama yaitu dari hari pertama ke hari kelima terjadi peningkatan jumlah sel fibroblas, selanjutnya mengalami penurunan pada hari kelima hingga hari kesepuluh. Meskipun kedua kelompok memiliki kecenderungan yang sama, namun rata-rata jumlah sel fibroblas pada hari pertama dan kelima pada kelompok perlakuan lebih tinggi bila dibandingkan dengan kelompok kontrol dan lebih rendah pada hari terakhir. Hal ini sesuai dengan mekanisme penyembuhan luka yaitu pada fase proliferasi ditandai dengan

meningkatnya fibroblas (Morison, 2004).

Setelah proses inflamasi berkurang, dilanjutkan dengan proses fibrosis atau fibroplasia. Fibroplasia adalah pembentukan jaringan granulasi dan penyusunan kembali matriks dermal. Sel utama pada perbaikan luka ini adalah fibroblas. Fibroblas bermigrasi ke dalam luka; memproduksi sejumlah besar kolagen, proteoglikan, elastin, dan protein matriks lain, serta berpartisipasi pada kontraksi luka. Fibroblas mulai bermigrasi ke dalam luka, 48 jam setelah terjadi luka. Fibroblas bergerak di sepanjang matriks fibroblas–fibronectin yang mengendap di bekuan dini, dan memproduksi fibronectin yang memfasilitasi pergerakannya (Falanga, 2003).

Berdasarkan hasil uji Anova menunjukkan bahwa terdapat perbedaan ($p < 0,05$) dengan $p = 0,000$ antara kelompok kontrol (KK1, KK2, dan KK3) dan kelompok perlakuan (KP1, KP2, dan KP3). Hasil uji LSD menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sel fibroblas yang bermakna antara semua kelompok kecuali perbandingan antara kelompok kontrol 1 (KK1) dengan kelompok perlakuan 1 (KP1). Kelompok perlakuan 1 (KP1) memiliki jumlah sel fibroblas yang lebih tinggi daripada kelompok kontrol 1 (KK1) meskipun perbedaannya tidak signifikan secara statistika. Hal ini disebabkan karena sebagian besar fibroblas bermigrasi ke dalam luka

48 jam setelah terjadi luka, sehingga pada saat dievaluasi pada 24 jam setelah terjadi luka (hari ke-1), perbedaan antara kedua kelompok tidak signifikan.

Senyawa flavonoid buah mahkota dewa juga berperan mengaktifkan makrofag (Aurelia, 2006). Peningkatan aktivasi makrofag akan meningkatkan sekresi Transforming Growth Factor – β (TGF- β) karena TGF- β diproduksi oleh semua sel, terutama platelet, neutrofil, dan makrofag (monosit). Migrasi dan proliferasi fibroblas terutama dipacu oleh transforming growth factor- β (TGF- β), yaitu faktor pertumbuhan yang dihasilkan oleh jaringan granulasi yang terbentuk selama proses inflamasi. Peningkatan TGF- β akan meningkatkan proliferasi fibroblas yang pada akhirnya akan meningkatkan jumlah sel fibroblas (Taqwim, 2011). Hal ini sesuai dengan hasil uji Anova bahwa terdapat perbedaan bermakna jumlah sel fibroblas antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan yang diberi ekstrak daging buah mahkota dewa dan sesuai dengan hipotesis penelitian yang berbunyi ekstrak daging buah mahkota dewa dapat meningkatkan jumlah sel fibroblas pada tikus (*Rattus norvegicus*) dengan luka insisi.

Pada tahap selanjutnya terjadi penurunan proliferasi sel fibroblas, namun fibroblas menjadi lebih progresif dalam mensintesis kolagen dan fibronektin sehingga meningkatkan jumlah matriks

ekstraselular yang berkurang selama inflamasi (Taqwim, 2011). Penurunan jumlah fibroblas ini dikarenakan sebagian fibroblas akan mengalami perubahan fenotip menjadi myofibroblas yang banyak mengandung aktin dan sangat berperan dalam proses kontraksi luka (Bernstein at all, 1996). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan sel fibroblas mengalami penurunan pada hari ke-10 pada kedua kelompok.

Fibroblas juga berperan menstimulasi proliferasi keratinosit. Migrasi keratinosit sangat berperan pada pelapisan kembali defek epidermal (proses reepitelisasi) (Falanga, 2003). Dalam setiap cedera yang dapat mengakibatkan hilangnya kulit, sel epitel pada pinggir luka dan sisa-sisa folikel rambut, serta glandula sebacea dan glandula sudorifera, membelah dan mulai bermigrasi ke atas jaringan granula baru. Apabila jaringan tersebut bertemu dengan sel-sel epitel lain yang juga mengalami migrasi, maka mitosis berhenti, akibat inhibisi kontak (Morisson, 2004).

Simpulan Dan Saran

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ekstrak daging buah mahkota dewa dapat meningkatkan jumlah sel fibroblast pada tikus (*Rattus norvegicus*) dengan luka insisi. Saran pada penelitian ini adalah Perlu diteliti mengenai pengaruh ekstrak daging buah mahkota dewa (*Phaleria macrocarpa*) terhadap sitokin

Transforming Growth Factor – β (TGF- β) yang merupakan pemicu migrasi dan proliferasi fibroblast pada proses penyembuhan luka.

Daftar Pustaka

- Ahkam, M Subroto. 2008. Obat Alternatif: Sarang Semut Penakluk Penyakit Maut. <http://www.sarangsemut.50webs.com/obat%20alternatif.htm>. Diakses Tanggal 28 Februari 2014. Pukul 10.37
- Aksono EB, Widjaja NMR, Hamid IS, Damayanti R, Atik MG, Puguh K, 2011. Aplikasi etik dan bioteknologi pada hewan coba, LPT Unair, Pustaka Melati Surabaya
- Andriyani, Linda. 2007. Efek Ekstraksi Buah Mahkota Dewa (*Phaleria macrocarpa*) terhadap Interleukin 1 B pada Tikus Arthritis yang Diinduksi Kolagen. Skripsi, Institut Teknologi Bandung, Bandung
- Aurelia. 2006. Pengaruh Pemberian Rebusan Buah Mahkota Dewa (*Phaleria macrocarpa*) terhadap Aktivitas Fagositosis Makrofag pada Mencit Balb/c yang Diinfeksi *Salmonella typhimurium*. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Diponegoro, Semarang
- Bernstein EF, at all. Wound healing. Dalam: Lask GP, Moy RL, editor. Principles and techniques of cutaneous surgery. New York: Graw-Hill, 1996; 1-22.
- Budiarto E. 2001. Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta : EGC
- Dewoto, dkk. 2006. Uji Efek Hipoglikemik Ekstrak Daging Buah Mahkota Dewa (*Phaleria macrocarpa*) pada Kelinci dibandingkan Glibenclamid. Departemen Farmakologi FKUI
- Doherty G.M., 2006, Current Surgical Diagnosis & Treatment, Twelfth Edition, p.97-107, The McGraw -Hill Companies, United States.
- Douglas Mackay ND Alan L Miller ND. Nutritional Support for Wound Healing. Alternative Medicine Review 2003; 8(4) : 359-377
- Effendy, at all. Antibacterial, Radical- Scavenging Activities And Cytotoxicity Properties Of *Phaleria Macrocarpa* (Scheff.) Boerl. Leaves In Hepg2 Cell Lines. IJPSR, 2011; Vol. 2(7): 1700-1706
- Falanga, V. 2003. Mechanisms of cutaneous wound repair. Dalam: Freedberg IM, Wolff K, Eisen AZ, et al, editor. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. Edisi ke-6. New York: Graw-Hill
- Federer W, 1991. statistic and society :data collection and interpretation. 2nd ed. New York : Marcel Dekker
- Ferguson MWJ, Leigh IM. Wound healing. Dalam: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editor. Textbook of Dermatology. Edisi ke-6. London: Blackwell Science Ltd, 1998; 337-43.
- Goldsby RA, Kindt TJ, Osborne BA. 2000. Kuby Immunology, 4th Ed., New York: W.H. Freeman
- Guyton. 2012. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Jakarta : EGC
- Harmanto, Ning. 2005. Mengusir Kolesterol bersama Mahkota Dewa. Agromedia Pustaka: Jakarta

- Hernawati.2008. Jaringan Ikat. file.upi.edu/Direktori/FPMIPA/JUR._PEND.../FILE_22.pdf. Diakses tanggal 13 februari 2014 pukul 8.00
- Ismail. 2009. Luka dan Perawatannya. <http://images.mailmkes.multiply.com/attachment/0/R-Dd@AoKCEMAADk5LMI1/Merawat%20luka.pdf?nmid=88915450>. Diakses Tanggal 3 Februari 2014. Pukul 06.55
- Kahfi. 2010. Pengaruh Ekstrak Air Moringa Oleifera Lam. Terhadap Kadar Interleukin-1 Beta (Il-1 β) Dan Gambaran Histopatologi Pulau Langerhans Pankreas Rattus Norvegicus Dengan Perlakuan Diet Aterogenik. Skripsi, Universitas Brawijaya Malang
- Kapten. 2013. Insisi. http://bedahminor.com/index.php/main/show_page/219. Diakses tanggal 12 Februari 2014 jam 22.16
- KEPK-Badan Litbang Kesehatan. 2009. Etik Penggunaan Hewan Percobaan dalam Penelitian Kesehatan. <http://www.litbang.depkes.go.id> . diakses tanggal 21 Maret 2014 jam 20.05
- Kozier, Barbara. 2004. Foundation of Nursing, Concepts, Process, and Practice. Pearson Education : Canada
- Kusumawati D, 2004. Bersahabat Dengan Hewan Coba, Gadjah Mada University Press
- Lisdawati, Vivi. 2002. Buah Mahkota Dewa (Phaleria Macrocarpa (Scheff) Boerl.) Toksisitas, Efek Antioksidan Dan Efek Antikanker Berdasarkan Uji Penapisan Farmakologi. <http://mahkotadewaindonesia.com/?p=742>. Diakses tanggal 20 feb 2014 jam 8.46
- Masir, Okky. 2012. Pengaruh Cairan Cultur Filtrate Fibroblast (CFF) Terhadap Penyembuhan Luka; Penelitian eksperimental pada Rattus Norvegicus Galur Wistar. <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. Diakses tanggal 12 Februari 2014 pukul 8.19
- Maulina, Ismatul. 2012. Pemanfaatan Mahkota Dewa sebagai Tanaman Obat. <http://www.anneahira.com/obat-herbal-17668.htm>. Diakses tanggal 25 jam 09.40
- Moenadjat, Yefta. 2003. Luka Bakar Pengetahuan Klinis dan Praktis. Balai Penerbit FKUI : Jakarta
- Morison, Moya J. 2004. Manajemen Luka. Jakarta : EGC
- Parwata, I M. Oka Adi, Dewi, P. Fanny Sastra. 2008. Isolasi Dan Uji Aktivitas Antibakteri Minyak Atsiridari Rimpang Lengkuas (Alpinia galanga L.. http://ejournal.unud.ac.id/abstrak/vol%202%20no%202_6.pdf . Diakses tanggal 10 Februari. Pukul 15.42
- Potter dan Perry. 2006. Fundamental Keperawatan. EGC : Jakarta
- Puspongoro AD, 2005. Luka. Dalam: Sjamsuhidajat R, De Jong W, penyunting. Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke-2. Jakarta: EGC
- Sektiari B, 2009. Aspek Etik pada Penelitian dengan Hewan Coba. Surabaya : FK Unair
- Sjamsuhidajat, R & Wim de Jong. 2010. Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 3. Jakarta : EGC

- Smeltzer dan Bare. 2002. Keperawatan Medikal Bedah. Volume 1. EGC, Jakarta, hal. 119-120
- Syamhudi, Budi, dr. 2005. Peranan interleukin-1 β Pada proses implantasi.digilip.unsri.ac.id. diakses tanggal 12 februari 2014 jam 23.57
- Sucipto, Adi. 2008. Kedelai dan Kesehatan.
http://naksara.net/index.php?option=com_content&view=article&id=156:kedelai-dan-kesehatan&catid=43:health&Itemid=27. Diakses tanggal 10 Februari 2014. Pukul 15.40
- Sudewo, Bambang. 2007. Tanaman Obat Populer Penggempur Aneka Penyakit. Agromedia Pustaka : Jakarta
- Taqwim, Ali. 2011. Peran Fibroblas pada Penyembuhan.<http://www.scribd.com/doc/130922637/Peran-Fibroblas-Pada-Proses-Penyembuhan>. Diakses tanggal 13 Februari 2014 jam 8.18
- Tina, Rostinawati. 2007. Uji Aktivitas Hasil Penyarian Biji Mahkota Dewa (*Phaleria Macrocarpa* [Scheff.] Terhadap Beberapa Mikroba Penyebab Infeksi Kulit.
http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2009/02/uji_aktivitas_hasil_penyarisan_biji_mahkota_dewa.pdf. Diakses Tanggal 28 Februari 2014. Pukul 07.15
- Widjhati, Rifatul. 2009. Efek Samping Obat Herbal.
<http://www.indospiritual.com>. Diakses tanggal 2 Februari 2014. Pukul 09.40
- Williamson D, Harding K. Wound healing. *Medicine International* 2001;1: 3-6.
- Winarto,W.P. 2003. Mahkota dewa: budi daya & pemanfaatan untuk obat. Penebar Swadaya: Jakarta
- Zainuddin, M. 2011. Metodologi Penelitian Kefarmasian dan Kesehatan. Surabaya : Airlangga university press

PEDOMAN PENULISAN JURNAL KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA

Jurnal penelitian STIKES HANG TUAH SURABAYA memuat artikel hasil penelitian di bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan yang belum pernah diterbitkan di penerbit lain.

ARTIKEL

Artikel yang diajukan akan dinilai oleh Dewan Penyunting. Dewan Penyunting berwenang untuk menerima atau menolak naskah yang diajukan.

SISTEMATIKA

Abstrak

1. Latar Belakang
2. Metode Penelitian
3. Hasil dan Pembahasan
4. Kesimpulan dan Saran
5. Daftar Pustaka

REVISI

Dewan Penyunting berhak untuk meringkas kalimat tanpa mengubah maksud dari kalimat apabila dianggap terlalu panjang. Panjang artikel di upayakan 6 halamam. Tabel dan gambar agar disesuaikan ukurannya dengan format artikel.

BAHASA

Artikel di tulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.

FORMAT

Artikel di sampaikan rangkap dua dalam bentuk ketikan satu spasi 11 pitch dalam kolom ganda diatas kertas A4 (210x297 mm) dengan margin 3,3,2,2 cm. Jarak antara kolom dan 1 cm. Setiap halaman diberi nomor halaman. Khususnya untuk judul 16 pitch, nama dan tempat kerja penulis 12 pitch, dan abstrak 10 pitch ditulis dalam kolom tunggal

JUDUL ARTIKEL

Diupayakan seringkas mungkin

NAMA PENULIS

Ditulis lengkap tanpa gelar atau sebutan apapun disertai nama tempat kerja penulis dibawah judul artikel.

ABSTRAK

Ditulis dalam bahasa indonesia dan bahasa Inggris, masing-masing sekitar 100 kata. Penulisan abstrak harus menggambarkan aspek penting dan hasil pokok penelitian serta kesimpulannya.

TABEL DAN GAMBAR

Jumlah tabel dan gambar dalam satu naskah minimal 15. Tabel dan gambar diberi nomor urut sesuai dengan penampilannya. Setiap tabel diberi judul singkat di atasnya. Diketik 1 spasi.

DAFTAR PUSTAKA

Rujukan ditulis dengan menggunakan aturan Harvard dan disusun menurut abjad. Hindari penggunaan abstrak sebagai rujukan.

Buku dengan Pengarang Tunggal

Nursalam. 2003. Konsep dan Penerapan Metodologi penelitian Ilmu Keperawatan – Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Buku dengan Pengarang Lebih dari Satu Orang

Looker AC, Orwoll ES, Jhonston Jr, et al.1997. Prevalence of Low Femoral Bone Density Older U.S Adults From NHANES III. J Bone Miner Res

Penulis Buku Berupa Lembaga/Organisasi

Depkes RI. 2009. Indonesia Sehat 2010. Jakarta.

Buku Tanpa Nama Pengarang

Guidebook to Australian Social Security Law. 1983. CCH Australia, North Ryde, NSW

Skripsi, Tesis Atau Disertasi

Prameswari, Nadya.2005. Faktor-faktor Penyebab Kecemasan Primigravida di Puskesmas Tanjung Sari Dumedang (Skripsi). Bandung: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Lapran

Jurnal Keperawatan (JK) STIKES Hang Tuah Surabaya menerima naskah/karangan/tulisan berupa artikel penelitian yang asli dalam bidang yang relevan dengan bidang kesehatan, khususnya bidang keperawatan. JK menerima laporan kasus, tinjauan pustaka dan profil.

1. Artikel Penelitian : Berisi artikel yang mengenai hasil penelitian asli dalam ilmu keperawatan dasar maupun terapan, serta ilmu kesehatan pada umumnya. Format terdiri dari atas : **Abstrk Penelitian, Pendahuluan** berisi latar belakang masalah dan tujuan penelitan, **Tinjauan pustaka, Bahan dan Cara** berisi: tempat dan waktu populasi dan sampel, cara pengukuran data, dan analisis data, **Hasil** dapat disajikan dalam bentuk tekstural, tabular atau grafikal. Berikut kalimat pengantar untuk menerangkan tabel /gambar. **Diskusi**: berisi pembahasan mengenai hasil penelitian yang ditemukan. **Hasil Kesimpulan** : Berisi Pendapat penulis berdasarkan penelitian ditulis ringkas, padat dan relevan dengan hasil.
2. Literature Review : merupakan artikel dari jurnal atau buuk mengenai ilmu keperawatan dan kesehatan mutakhir.

3. Laporan Kasus : Berisi artikel yang mengulas tentang kasus di lapangan yang cukup menarik dan baik untuk disebarluaskan kepada kalangan sejawat.

Petunjuk Umum

Makalah yang dikirm adlah makalah yang belum pernah dipublikasikan dimedia cetak lainnya. Makalah yang pernah disajikan dalam temu ilmiah harus mencantumkan waktu, tempat serta temu ilmiah. Makalah yang perlu perbaikan format atau isi dikembalikan pada penuli untu diperbaiki.

Penulisan Makalah

Makalah termasuk tabel, daftar pustaka dan gambar harus diketik pada kertas ukuran 210x297mm (Kertas A4) dengan Jarak dari tepi 3 cm dan 1 spasi dengan font tahoma 11 pt jumlah maksimal 20 halaman. Setiap diberi halamam diberi nomor urut dari mulai halaman judul sampai halaman terakhir. Kirimkan sebuah makalah asli disertai dengan 2 buah fotokopi serta copy file dalam bentuk CD. Tulis nama file dan program yang digunakan pada CD.

Halama Judul

Halaman judul berisis makalah, nama setiap penulis dengan gelar akademik tertinggi, nama dan alamat korespondensi, nomor telepon. Judul singkat dengan jumlah maksimal 12 kata bahasa indoneisa atau 10 kata bahasa Inggris / 90 ketukan termasuk huruf dan spasi.

Abstrak dan kata kunci