

# Terapeutik **Jurnal**

## **Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Kedokteran Komunitas**

Loss of Companion Life Relationship With Self-Concept Changes  
In Elderly In Health Center Sanggona Kolaka

*Oleh : Asbath Said (1-6)*

Beban Kerja dan *Burnout* pada Perawat Pelaksana di RSUD. Bahteramas Provinsi  
Sulawesi Tenggara

*Oleh : Iqra (7-13)*

Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi  
Di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014

*Oleh : Mimi Yati (14-22)*

Analisis Kualitas Pengolahan Depot Air Minum Di Kota Kendari Dengan Metode  
*Most Probable Number* (MPN)

*Oleh : Mohamad Guntur Nangi (24-30)*

Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan  
Di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kabupaten Konawe

*Oleh : Siti Umrana (31-36)*

Hubungan Dukungan Suami Dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala I Di Ruang  
Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014

*Oleh : Neneng Sundari (37-44)*

Faktor Risiko Penyakit Stroke Di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara  
Tahun 2009

*Oleh : Risnawati (45-53)*

Hubungan Sanitasi Rumah Tinggal Dengan Kejadian Penyakit ISPA Pada Balita  
Di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe

*Oleh : Salamang Mamang (54-62)*

Faktor Resiko Kejadian Osteoarthritis Pada Lanjut Usia Di Poliklinik Interna  
Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2015

*Oleh : Sri Wahyuni (63-72)*

Hubungan Persepsi, Tradisi Dan Sosial Budaya Dengan Pelaksanaan *Post Natal Care*  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014

*Oleh : Wa Ode Nova Noviyanti Rachman  
(73-78)*

# **TERAPEUTIK **JURNAL****

## **Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Kedokteran Komunitas**

---

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

### **Penanggung Jawab/Pemimpin Umum**

*Dr. H. Asis Harun, SKM, M.Kes*

### **Pemimpin Redaksi**

*Siti Umrana, S.Kep, Ns, M.Kes*

### **Redaksi Pelaksana**

*Nurfantri, S.Kep.,Ns. M.Sc*

*Iqra, S.Kep., M.Kep*

*Risnawati, SKM, M.Kes*

### **Redaksi**

*Herman, S.Kep, Ns, M.Kes*

*Muh. Syawal, S.Kep., M.Kes*

*Anastasia Budianti W, S.Kep., Ns*

### **Sekretaris Redaksi**

*Aluddin, S.Kep., Ns, M.Kes*

*Hasrima, S.Kep., Ns*

### **Alamat Redaksi**

*Kampus AKPER PPNI Kendari*

*Jln. Jend. A.H. Nasution. No. 89 G, Kendari, Sulawesi Tenggara*

*Telp. 0401-3191713 Email : [ppniakper@yahoo.com](mailto:ppniakper@yahoo.com)*

# TERAPEUTIK **JURNAL**

Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Kedokteran Komunitas

---

## Daftar Isi

Loss of Companion Life Relationship With Self-Concept Changes In Elderly In Health Center Sanggona Kolaka

Oleh : *Asbath Said (1-6)*

Beban Kerja dan *Burnout* pada Perawat Pelaksana di RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Oleh : *Iqra (7-13)*

Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi Di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014

Oleh : *Mimi Yati (14-23)*

Analisis Kualitas Pengolahan Depot Air Minum Di Kota Kendari Dengan Metode Most Probable Number (MPN)

Oleh : *Mohamad Guntur Nangi (24-30)*

Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kabupaten Konawe

Oleh : *Muhammad Syahwal (31-36)*

Hubungan Dukungan Suami Dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala I Di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014

Oleh : *Neneng Sundari (37-44)*

Faktor Risiko Penyakit Stroke Di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

Oleh : *Risnawati (45-53)*

Hubungan Sanitasi Rumah Tinggal Dengan Kejadian Penyakit ISPA Pada Balita Di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe

Oleh : *Salamang Mamang (54-62)*

Faktor Resiko Kejadian Osteoarthritis Pada Lanjut Usia Di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2015

Oleh : *Sri Wahyuni (63-72)*

Hubungan Persepsi, Tradisi Dan Sosial Budaya Dengan Pelaksanaan *Post Natal Care* Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014

Oleh : *Wa Ode Nova Noviyanti Rachman (73-78)*

## Loss of Companion Life Relationship With Self-Concept Changes In Elderly In Health Center Sanggona Kolaka

**Asbath Said**

Staf Pengajar Prodi Keperawatan  
STIKES Mandala Waluya Kendari

### Abstrak

Jumlah usia lanjut yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Sanggona adalah 211 orang yang tersebar di 6 desa wilayah kerja puskesmas. Dari jumlah tersebut 97 orang diantaranya tinggal sendiri atau kehilangan pasangan hidup. Dari wawancara dengan 5 orang janda/duda mereka mengatakan merasa kehilangan dan kesepian setelah ditinggal pendamping. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan kehilangan pasangan hidup dengan perubahan konsep diri di Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Timur Tahun 2014. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan analisis observasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang telah kehilangan pendamping berjumlah 97 dengan sampel 49 responden dengan menggunakan teknik simple random Sampling. Penelitian ini menggunakan analisis data *Chi Squaredan Uji Crames*. Berdasarkan hasil analisis *Chi Square*  $x^2$  hitung  $> x^2$  tabel ( $12,297 > 3,841$ ) dan nilai  $\varphi = 0,501$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Dengan demikian, ada hubungan sedang hubungan antara kehilangan pendamping hidup dengan perubahan konsep diri di Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Timur Tahun 2014. Dengan demikian disarankan kepada pihak puskesmas untuk lebih memperhatikan kesehatan lansia dengan memberikan dukungan psikologis yang mempengaruhi konsep diri lansia untuk menjaga keseimbangan diri lansia melalui posyandu lansia.

**Kata Kunci :** Kehilangan Pendamping Hidup, Perubahan Konsep Diri, Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona..

### Abstract

*The amount recorded in the elderly Health Center Sanggona is 211 people, spread across 6 villages working area health centers. Of these 97 of them live alone or losing a spouse. From interviews with 5 widows / widowers say they feel lost and lonely after being left by a companion. The purpose of the study to determine the relationship with the spouse loses self-concept changes in Health Center Sanggona East Kolaka 2014. This type of research is a quantitative study using observational analysis of cross-sectional approach. The population in this study were all elderly who have lost companion sample totaled 97 with 49 respondents using simple random sampling technique. This study uses data analysis and Chi Square Test Crames. Based on the analysis results of Chi Square  $X^2$  count  $>$  table  $X^2$  ( $12,297 > 3.841$ ) and the value of  $\varphi = 0.501$  then  $H_0$  is rejected and  $H_a$  accepted. Thus, there is a relationship between the loss of a companion relationship with the self-concept changes in Health Center Sanggona East Kolaka 2014. It is strongly advised to pay more attention to the clinic for health of the elderly by providing psychological support that influence self concept of elderly to maintain balance through posyandu elderly elderly themselves.*

**Keywords :** *Loss of Companion Life, Self-Concept Change, Health Center Sanggona.*

**PENDAHULUAN**

Data *World Health Organisation* (WHO), pada abad 21 jumlah penduduk dunia yang berusia lanjut semakin melonjak. Di wilayah Asia Pasifik, jumlah berusia lanjut akan bertambah akan bertambah pesat dari 410 juta tahun 2007 menjadi 733 juta pada tahun 2025, dan diperkirakan menjadi 1,3 miliar pada tahun 2050 (Murwani dan Priyanti, 2010). Dalam dua decade terakhir ini, terjadi peningkatan populasi penduduk lansia di Indonesia dari 4,48% pada tahun 1971 (5,3 juta jiwa) menjadi 9,77% pada tahun 2010 (23,9 juta jiwa). Bahkan pada tahun 2020 diprediksi akan terjadi ledakan jumlah penduduk lansia sebesar 11,34 % atau sekitar 28,8 juta jiwa (Makmur Sanusi, 2006 dalam Fatmah, 2010). Jumlah absolut penduduk lansia Indonesia baik pria maupun wanita, telah meningkat dari 4,9 juta pada tahun 1950 menjadi 16,3 juta pada tahun 2000, dan diduga akan meningkat menjadi 73,6 juta pada tahun 2050. Pada saat itu ditandai dengan pesatnya peningkatan penduduk usia lanjut (Fatmah, 2010).

Secara umum, populasi penduduk usia 60 tahun ke atas di negara maju pada tahun 2011 adalah 20% dari total jumlah penduduk dan diperkirakan meningkat menjadi 32% pada tahun 2050. Sementara itu, di negara berkembang, jumlah penduduk usia 60 tahun keatas pada tahun 2011 adalah 15% dari total jumlah penduduk dan diperkirakan meningkat menjadi 20% antara 2015–2050 (Kemendiknas, 2011). Menurut Biro Pusat Statistik, pada tahun 2005 di Indonesia terdapat 18.283.107 penduduk lanjut usia. Jumlah ini akan melonjak hingga 33 juta orang (12% dari total penduduk) pada tahun 2020 dengan umur harapan hidup kurang lebih 70 tahun (Nugroho, 2008).

Klien dengan lanjut usia (lansia) mengalami banyak perubahan dalam hidup mereka contohnya mereka kehilangan pekerjaan, anak telah dewasa, ditinggal wafat atau cacat oleh pasangan dan teman-temannya. Jika penyesuaian diri lansia dalam menghadapi perubahan dalam kehidupannya lambat dan tidak mampu menyesuaikan diri maka akan timbul kondisi stres, contohnya lepasnya beberapa jabatan yang pernah diemban, faktor fisik dan mental mendorong hilang atau berkurangnya kegiatan sosial lainnya. Hal lain yang menyebabkan lansia jauh dari pergaulan sosial adalah sikap egoisnya yang enggan mendengarkan keperluan orang lain, tetapi selalu membicarakan dirinya dan masa lalunya dalam percakapan sehari-hari. Terasing secara sosial akan menambah beban mental karena tidak ada penyaluran emosional yang biasa terjadi dalam bersosialisasi (Sa'abah, 2001). Lansia sering kali dianggap terlalu lamban dalam melakukan atau mengerjakan sesuatu selain itu kesiapan serta kecepatan bertindak dan berfikir mulai menurun, sehingga hal-hal tersebut kadang menimbulkan penilaian negatif terhadap lansia (Darmojo, 2006). Meningkatnya jumlah orang-orang yang memasuki usia lanjut akan membawa pada upaya-upaya aktif untuk memperbaiki kesan sosial terhadap orang usia lanjut, sehingga diharapkan akan menghasilkan kondisi-kondisi kehidupan yang lebih baik bagi orang yang berusia lanjut. Keberhasilan dalam memperpanjang usia harapan hidup seharusnya dipandang dengan arif sebagai wujud kesuksesan pembangunan sumber daya manusia di masa sekarang. Akan tetapi tidak bisa dipungkiri bahwa dengan meningkatnya jumlah lansia, hal tersebut berpotensi untuk memunculkan berbagai permasalahan. Salah satunya berkaitan dengan berkurangnya tingkat produktifitas penduduk. Kelompok usia lanjut seringkali menjadi tidak produktif karena penurunan kondisi fisik dan mental yang dialaminya (Santrock, 2000).

Lansia akan mengalami perubahan penampilan fisik, kemampuan, dan fungsi tubuh yang akan mengakibatkan tidak stabilnya konsep diri. Penilaian terhadap diri sendiri merupakan suatu konsep yang ada pada setiap individu yang disebut dengan konsep diri. Konsep diri berkembang dengan bertambahnya usia, konsep diri pada lansia sangat berhubungan dengan apa yang mereka rasakan dengan menjadi tua. Masyarakat yang bertempat tinggal di kota-kota besar memberikan stres tersendiri pada lansia, masyarakat telah mendudukkan lansia dengan gambaran yang negatif, seperti tua berarti sakit-sakitan, lemah, membosankan, buruk rupa, dan julukan-julukan negatif lainnya. Perubahan konsep diri pada

lansia terutama disebabkan oleh kesadaran subjektif yang terjadi sejalan dengan bertambahnya usia. Apabila lansia menyadari adanya perubahan fisik dan psikis yang terjadi pada diri mereka maka mereka akan berfikir dan bertindak laku yang seharusnya dilakukan oleh lansia (Rini, 2002). Menurut studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, diketahui bahwa jumlah usia lanjut yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Sanggona adalah 211 orang yang tersebar di 6 desa wilayah kerja puskesmas. Dari jumlah tersebut 97 orang diantaranya tinggal sendiri atau kehilangan pasangan hidup. Dari wawancara dengan 5 orang janda/duda mereka mengatakan merasa kehilangan dan kesepian setelah ditinggal suami atau istri. Setelah ditinggal pendamping mereka lebih banyak beraktifitas sendiri bahkan ada diantara mereka yang lebih senang menyendiri, mengasingkan diri di kebun yang jauh dari orang banyak atau masyarakat. Selain itu beberapa diantara mereka tetap menganggap bahwa suami atau istri mereka masih hidup dan menunggu di rumah walaupun sebenarnya telah meninggal.

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka penulis tertarik untuk meneliti dengan judul penelitian “ *Hubungan Kehilangan Pendamping Hidup Dengan Perubahan Konsep Diri Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Timur Tahun 2014*”

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah penduduk lansia (usia 60 tahun ke atas) di wilayah kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Tahun 2014 dengan jumlah 97 orang. Sampel penelitian adalah lansia yang tinggal dengan keluarga yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka dengan sistem pengambilan sampel menggunakan *random sampling*

## **HASIL**

### *Variabel Penelitian*

#### a. Kehilangan pendamping

Berdasarkan hasil penelitian kehilangan pendamping responden didapatkan 18 orang (36,73%) kehilangan akibat perceraian, dan 31 orang (63,27%) kehilangan karena pasangannya meninggal dunia

#### b. Perubahan Konsep Diri

Berdasarkan hasil penelitian perubahan konsep diri responden didapatkan 13 orang (26,5%) konsep diri tinggi dan 36 orang (73,5%) responden mempunyai konsep diri rendah

#### c. Hubungan Kehilangan Pendamping Hidup Dengan Perubahan Konsep Diri Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Tahun 2014

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa dari 49 responden, kehilangan pendamping akibat cerai dan mempunyai konsep diri tinggi ada 10 orang (20,4%) dan konsep diri rendah ada 8 orang (16,3%), sedangkan kehilangan pendamping akibat ditinggal mati mempunyai konsep diri tinggi ada 3 orang (6,1%) dan yang konsep dirinya rendah 28 orang (57,1%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *Chi Square*  $x^2$  hitung  $> x^2$  tabel (12,297  $>$  3,841) dan fisher's exact test nilai sig 0,001  $<$  0,05

## **PEMBAHASAN**

### *Hubungan Kehilangan Pendamping Hidup Dengan Perubahan Konsep Diri Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Tahun 2014*

Konsep diri (self-concept) merupakan bagian dari masalah psikososial yang tidak didapat sejak lahir, akan tetapi dapat dipelajari sebagai hasil dari pengalaman seseorang terhadap dirinya. Konsep diri ini berkembang secara bertahap sesuai dengan tahap perkembangan psikososial seseorang. Dengan demikian perubahan sosial termaksud

kehilangan orang tersayang akan mempengaruhi konsep diri seseorang. (Hidayat, 2009). Konsep diri merupakan suatu integrasi yang kompleks dari perasaan, sikap sadar maupun tidak sadar dan persepsi tentang totalitas diri, tubuh, harga diri dan peran (Potter & Perry, 2005).

Psikologi Lansia, proses menua (Lansia) adalah proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada Lansia. Selain perubahan secara fisiologis. Perubahan yang terjadi pada lanjut usia juga meliputi perubahan mental, perubahan psikososial dan perkembangan spiritual. Pada bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu. Yang perlu dimengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat, mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa (Mubarak, 2006).

Dukungan penghargaan dari pendamping hidup atau pasangan menyebabkan lansia merasa bahwa dirinya dianggap dan dihargai sehingga akan menaikkan harga diri (House & Smett dalam Triswandari, 2008). Dukungan emosional dari orang terdekat atau pasangan merupakan dukungan yang paling banyak berkaitan dengan kemandirian lansia karena dukungan emosional merupakan dukungan keluarga yang paling penting yang seharusnya diberikan kepada anggota keluarganya karena merupakan hal penting dalam meningkatkan kepercayaan diri dan memberikan ketenangan (Purnama, 2013). Selain itu menurut Kaplan (dalam Friedman, 2003) menjelaskan bahwa jenis dukungan informasional yang berasal dari orang terdekat atau pasangahn hidup sangat bermanfaat dalam menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus bagi individu. Orang terdekat akan memberikan informasi dan saran kemandirian pada lansia. Dukungan informatif yang tepat akan meningkatkan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari.

Menurut Boedhi, dkk (dalam Patriyani, 2009) menyatakan bahwa keberadaan orang terdekat dengan lansia merupakan hal yang sangat penting dalam memberikan bantuan pada lansia yang diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, meningkatkan semangat, dan memotivasi lansia untuk selalu bersikap dan berperilaku sehat. Hal ini sesuai dengan penelitian (Zainudin, 2002) Pada Lansia terjadi perubahan psikososial, umumnya setelah orang memasuki Lansia akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku Lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (kognitif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitri pada tahun 2011 di Panti Werdha Pucang Gading Semarang yang menunjukkan lansia yang menderita kecemasan ketika ditinggalkan oleh keluarga atau orang tersayang memiliki harga diri rendah serta depresi.

Penelitian (Triswandari, 2008) menunjukkan keluarga memberikan dukungan meningkatkan kepercayaan diri. Dukungan yang diberikan keluarga di desa Adimulya seperti melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga, dan keluarga selalu mendengarkan saran yang diberikan lansia. Berdasarkan tabel kehilangan pendamping responden didapatkan 18 orang (36,73%) kehilangan akibat perceraian, dan 31 orang (63,27%) kehilangan karena pasangannya meninggal dunia. Kehilangan akibat perceraian disebabkan oleh ketidakcocokan, perbedaan gaya hidup, perbedaan pendapat dan tidak ada saling percaya. Sedangkan yang ditinggal mati diakibatkan terkena penyakit dan meninggal karena faktor usia.

Berdasarkan tabel perubahan konsep diri responden didapatkan 13 orang (26,5%) konsep diri tinggi dan 36 orang (73,5%) responden mempunyai konsep diri rendah. Pada pernyataan responden ketika menjawab pertanyaan kuisioner penelitian menyatakan merasa kecewa dan tidak terima dengan keadaannya sekarang. Hal ini menggambarkan keadaan psikologis responden yang merasa tidak siap dengan kehidupan setelah ditinggal pendamping terutama yang ditinggal mati. Selain itu responden mengatakan pesimis dengan keadaannya sekarang, hal ini merupakan pernyataan putus asa dan hilangnya semangat hidup dari lansia sehingga akan mempengaruhi perilaku kehidupannya sehari-hari. Yang mempunyai konsep diri tinggi pada umumnya mempunyai status sosial yang baik, kehidupan ekonomi yang cukup, dan faktor usia yang masih muda. Sedangkan yang mempunyai konsep diri rendah akibat kebutuhan ekonomi yang sulit terpenuhi, hubungan sosial dengan masyarakat yang tidak kondusif dan penurunan kemampuan tubuh.

Berdasarkan hubungan kehilangan pendamping hidup dengan perubahan konsep diri terlihat bahwa dari 49 responden, kehilangan pendamping akibat cerai dan mempunyai konsep diri tinggi ada 10 orang (20,4%) dan konsep diri rendah ada 8 orang (16,3%), hal ini menggambarkan bahwa kehilangan pendamping hidup akibat perceraian tidak terlalu signifikan dalam mempengaruhi perubahan konsep diri lansia yang disebabkan oleh faktor perceraian sebagian besar merupakan hal yang diinginkan ketika diantara pasangan tersebut merasa tidak lagi saling cocok satu sama lain. Sehingga perceraian merupakan pilihan yang akan membuat masing-masing bebas dan biasanya menjadi lebih tenang dan nyaman dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Sedangkan kehilangan pendamping akibat ditinggal mati mempunyai konsep diri tinggi ada 3 orang (6,1%) dan yang konsep dirinya rendah 28 orang (57,1%). Dengan demikian kehilangan pendamping hidup akibat ditinggal mati sangat mempengaruhi perubahan konsep diri lansia karena kehilangan pasangan hidup merupakan kehilangan orang yang tersayang dan susah menerima kenyataan sehingga akan mempengaruhi keadaan psikologis seseorang yang akan berdampak pada perubahan konsep diri. Ada 3 orang yang tetap mempunyai konsep diri tinggi hal ini disebabkan coping psikologis dari orang tersebut sangat baik sehingga dapat menyesuaikan dan tidak terlarut dalam kesedihan sehingga tidak terlalu mempengaruhi konsep diri yang dimiliki.

## **KESIMPULAN**

Kesimpulan pada penelitian ini yaitu ada hubungan sedang hubungan antara kehilangan pendamping hidup dengan perubahan konsep diri di Wilayah Kerja Puskesmas Sanggona Kabupaten Kolaka Timur Tahun 2014

## **SARAN**

### **1. Bagi Lansia.**

Penelitian ini dapat memberikan masukan kepada lansia terutama yang telah kehilangan pendamping baik cerai maupun ditinggal mati untuk lebih dapat menerima kenyataan hidup yang dialami dan selalu berfikir positif untuk hidup yang lebih baik dan berkualitas.

### **2. Bagi Peneliti Selanjutnya.**

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan untuk melakukan penelitian dengan lebih mendetail dan lebih sempurna lagi.

### **3. Bagi Pihak Puskesmas**

Dari hasil penelitian ini diharapkan lebih memperhatikan kesejahteraan lansia terutama yang telah ditinggal dengan pendamping hidupnya sehingga tidak mempengaruhi keadaan psikologis lansia.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Chandra, Budiman. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran. EGC, 2008.
- Faikanto. *Metode Koping pada Orang yang Kehilangan, Kematian, dan Dukacita*. 2009
- Fatmah. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta. Erlangga. 2010
- Fitri, H. *Hubungan Kecemasan dengan Kehilangan Keluarga Pada Lansia Di Panti Werdha Pucang Gading Semarang*. 2011
- Friedman, M. M. *Keperawatan keluarga teori dan praktik edisi 3*. Jakarta: EGC. 2003
- Hidayat. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1*. Jakarta : Salemba Medika. 2006
- Mubarak, W. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. JAKARTA : Salemba Medika. 2008
- Murwani Arifah, Wiwin Priyanti. *Gerontik, Konsep dan Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta. 2010
- Nugroho W. *Keperawatan Gerontik. Edisi 2*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2008
- Noorkasiani. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. 2009
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: RinekaCipta. 2010
- Niven Neil. *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain edisi 2*. Jakarta : EGC. 2003
- Patriyani, H.E. *Perbedaan karakteristik lansia dan dukungan keluarga terhadap tipe demensia pada lansia di wilayah kerja puskesmas Gatak Sukoharjo*. Depok: Prodi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2009
- Potter & Perry. *Fundamental Keperawatan volume 1*. Jakarta: EGC. 2005.
- Purnama, F.T. *Hubungan antara dukungan keluarga dengan succesful aging pada lansia di desa windunegara, kecamatan wangon, kabupaten banyumas*. Purwokerto: Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jenderal Soedirman 2013
- Sastroasmoro S., *Dasar - Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta : Sanggung Seto, 92-125. 2008
- Santrock, J.W. *Life Span Development, Perkembangan Masa Hidup. Jilid II*. Jakarta: Erlangga. 2000
- Saryono *Metodologi penelitian kualitatif dalam bidang kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta. 2010
- STIKES MW Kendari. *Panduan Penulisan Skripsi*. 2014
- Stuart and Sundeen. *Buku Saku Keperawatan Jiwa edisi 3*. Jakarta: EGC
- Sugiono, *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta Cv. 2010
- Suseno, Tutu April. *Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia : Kehilangan, Kematian, dan Berduka dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Sangung Seto. 2004
- Triswandari, B.T. *Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari di wilayah kerja puskesmas mojolangu malang*. Malang: Universitas Brawijaya. 2008 diakses dari <http://www.repository.unbraw.ac.id>
- Zainuddin, *Perubahan yang terjadi pada lansia*. Jakarta : salemba medika. 2002

## Beban Kerja dan *Burnout* pada Perawat Pelaksana di RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Iqra

Staf Pengajar Prodi D3 Keperawatan  
Akademi Keperawatan PPNI Kendari

### Abstrak

Perawat merupakan bagian penting dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga tuntutan peran semakin besar kepada perawat untuk mampu berkinerja secara profesional bahkan pada kondisi kurangnya faktor penunjang sekalipun bagi mereka untuk bekerja secara optimal yang pada akhirnya mereka mengalami *burnout*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui (1) hubungan antara beban kerja dengan *burnout* pada perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara; (2) perbedaan beban kerja perawat berdasarkan ruangan/kelas perawatan; (3) perbedaan *burnout* perawat pelaksana berdasarkan ruangan/kelas perawatan. Penelitian ini bersifat analitik observasional dengan rancangan *cross sectional study*. Sampel yang diambil sebanyak 74 perawat pelaksana wanita yang bekerja  $\geq 2$  tahun di ruang rawat inap. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner, observasi, dan wawancara. Data dianalisis dengan analisis spearman, dan analisis kruskal wallis. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara beban kerja ( $r = 0,415$ ,  $p = <0,001$ ) dengan *burnout*. Hasil analisis *Kruskal Wallis* menunjukkan ada perbedaan beban kerja perawat berdasarkan ruangan/kelas perawatan ( $p = 0,037$ ), dan ada perbedaan *burnout* perawat pelaksana berdasarkan ruangan/kelas perawatan ( $p = <0,001$ ), dan ruangan kelas III memiliki nilai beban kerja dan *burnout* yang paling tinggi dibandingkan ruangan lain.

**Kata kunci :** *beban kerja, burnout, perawat pelaksana*

### Abstract

*Nurses are an important part in determining the quality of health care in the hospital, so it demands greater role for nurses to be able to perform in a professional manner even though the condition of the lack of supporting factors for them to work optimally in the end they are experiencing burnout. This study aims to determine (1) the relationship between workload with burnout in nurses in the inpatient unit RSUD Bahteramas Southeast Sulawesi Province; (2) differences in the workload of nurses based on wards/care classes; (3) differences in burnout nurses based on wards/care classes. This research is an analytical observational cross sectional study. Samples taken as many as 74 nurses working women  $\geq 2$  years in the inpatient unit. Sampling was done by purposive sampling. Data collected through questionnaires, observations, and interviews. Data were analyzed with Spearman analysis, and the Kruskal-Wallis analysis. The results showed a significant positive relationship between workload ( $r = 0.415$ ,  $p = <0.001$ ) with burnout. Kruskal-Wallis analysis results showed there is difference in the workload of nurses based on wards/care classes ( $p = 0.037$ ), and there is differences in burnout nurses based on wards/care classes ( $p = <0.001$ ), and ward class III has a value of workload and burnout high compared to most other room.*

**Keywords :** *workload, burnout, associate nurse*

## PENDAHULUAN

Dalam perkembangan era globalisasi saat ini, tuntutan masyarakat terhadap mutu layanan kesehatan dirasakan semakin meningkat yang pada akhirnya berdampak semakin tingginya persaingan antara rumah sakit untuk mampu menyediakan produk dan jasa pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk terus melakukan perbaikan terutama pada kualitas pelayanannya. Kualitas pelayanan kesehatan suatu rumah sakit sebagian besar ditentukan oleh layanan keperawatan di dalamnya. Hal ini didasari dari dominasi jumlah tenaga perawat yang lebih banyak dibandingkan tenaga kesehatan lainnya yang berkisar antara 40 – 60% (Sitorus & Yulia, 2006).

Pelayanan keperawatan merupakan cerminan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit secara keseluruhan. Besarnya peran perawat dalam sistem tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit, menyebabkan adanya tuntutan kerja tinggi yang harus ditunjukkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Akan tetapi, kondisi pelayanan keperawatan saat ini dirasakan masih belum sesuai dengan yang diharapkan. Masih ada keluhan-keluhan yang menggambarkan ketidakpuasan pasien karena rendahnya kinerja perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan (Praptianingsih, 2006).

Rendahnya kualitas pelayanan yang diberikan perawat disebabkan karena *burnout* yang dialami perawat. *Burnout* merupakan keadaan individu yang mengalami kelelahan, depersonalisasi, dan menurunnya kinerja akibat keterlibatan diri pada pekerjaan yang memiliki banyak tuntutan emosional dan terlalu sedikit sumber kepuasan atau adanya ketidakpuasan (Schaufeli & Greenglass, 2001; Maslach, *et al.*, 2001; Moorhead & Griffin, 2013). *Burnout* terutama dapat dialami oleh individu yang bekerja dalam bidang pelayanan sosial seperti perawat, dokter, polisi, dan lain-lain (Maslach, *et al.*, 2001).

*Burnout* dapat memberikan dampak yang negatif terhadap penampilan kerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Kelelahan emosional pada perawat, adanya depersonalisasi, dan rendahnya penghargaan terhadap kemampuan diri menyebabkan perawat tidak mampu beradaptasi untuk melaksanakan tugas yang sesuai dengan tuntutan ideal profesi, lingkungan sosial pekerjaannya, maupun tuntutan dari organisasi rumah sakit. Sehingga, salah satu dampak yang dapat dirasakan adalah menurunnya kinerja perawat (Maslach, *et al.*, 2001). Selain kinerja, *burnout* juga dapat berdampak pada rendahnya kepuasan kerja perawat, berkurangnya komitmen terhadap organisasi, dan meningkatnya *intention turnover* perawat (Laschinger, *et al.*, 2014).

Salah satu faktor yang menjadi penyebab munculnya *burnout* adalah adanya beban kerja yang berlebihan pada perawat. Volume kerja yang tidak sesuai dengan kemampuan diri perawat akan menyebabkan perawat bekerja lebih ekstra dalam memenuhi pelayanan keperawatan kepada pasien. Kondisi ini akan menjadi pemicu kelelahan emosional perawat dari aktifitas tersebut (Maslach, *et al.*, 2001; Whitehead, *et al.*, 2010; Bakker, *et al.*, 2007). Bagi perawat, selain berinteraksi dengan pasien perawat juga dihadapkan pada beban kerja lainnya seperti bekerja se maksimal dengan keterbatasan jumlah tenaga maupun jadwal dinas yang padat. Selain itu sering kali mereka dihadapkan pada kondisi-kondisi kritis pasien yang mengancam pada kematian pasien, ataupun ketidakjelasan waktu penyembuhan (Schaufeli, 1996 dalam Lailani 2012). Kondisi dengan beban kerja yang berlebihan ini akan menjadi sumber tekanan kerja perawat dalam bekerja sehingga menjadi pemicu munculnya *burnout* pada perawat (Maslach, *et al.*, 2001; Bakker, *et al.*, 2007).

Dari masalah yang ada diatas, maka tidak dapat dipungkiri bahwa perlu adanya perhatian yang diberikan oleh pihak manajemen rumah sakit terhadap kecenderungan perawat mengalami gejala *burnout* selain menuntut adanya performa kerja yang ideal dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Sehingga, antisipasi dini terhadap masalah mutu pelayanan keperawatan dapat diketahui dan dilakukan tindakan preventif untuk

mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan munculnya *burnout* pada perawat, terutama pada faktor beban kerja perawat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beban kerja dengan *burnout*, serta melihat perbedaan *burnout* berdasarkan ruangan masing-masing pada perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

## **BAHAN DAN METODE**

### ***Lokasi dan Desain Penelitian***

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap RSUD. Bahteramas Provinsi Sultra. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *Cross sectional study* dan dilaksanakan di Ruang Rawat Inap RSUD. Bahteramas Prov. Sultra.

### ***Populasi dan Sampel***

Populasi adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD. Bahteramas yang berjumlah sebanyak 92 orang perawat pelaksana. Sampel sebanyak 74 orang yang dipilih secara *purposive sampling* dan telah memenuhi kriteria inklusi yaitu perawat pelaksana berjenis kelamin perempuan dan bekerja lebih dari 2 tahun.

### ***Metode Pengumpulan Data***

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner, wawancara, serta observasi untuk mengukur beban kerja dan *burnout*. Data *burnout* diukur dengan menggunakan kuesioner *Maslach burnout inventory-Human service survey* yang menilai 3 dimensi *burnout* yaitu *exhaustion*, *depersonalisation*, dan *low personal accomplishment*. Kuesioner yang digunakan sebelumnya telah memenuhi syarat uji validitas dan reliabilitas.

## **HASIL PENELITIAN**

### ***Karakteristik Responden***

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa sebagian besar umur responden lebih dari 30 tahun yakni 46 perawat (62,2%), dan untuk lama kerja perawat sebagian besar berada antara 2 – 5 tahun yaitu 31 perawat (41,9%). Untuk kategori strata pendidikan terakhir perawat terbanyak vokasional yakni 63 perawat (85,1%), dengan 49 perawat (66,2%) telah menikah. Adapun untuk distribusi reponden berdasarkan ruangan, responden terbanyak berada pada ruangan Mawar yaitu 28 responden (37,8%).

### ***Hubungan antara Beban Kerja dengan Burnout***

Pada tabel 2 diketahui bahwa dari hasil analisis menunjukkan terdapat hubungan positif yang signifikan beban kerja ( $r = 0,415$  dan  $p < 0,05$ ) dengan *burnout* pada perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. Nilai korelasi yang positif pada beban kerja bermakna bahwa semakin tinggi beban kerja perawat akan semakin meningkatkan *burnout* perawat.

### ***Perbedaan Beban Kerja Berdasarkan Ruangan/Kelas Perawatan***

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan beban kerja perawat berdasarkan ruangan perawatan ( $p = 0,037$ ) dimana ruangan kelas III memiliki beban kerja yang paling berat dibandingkan ruangan lainnya.

### ***Perbedaan Burnout Perawat Berdasarkan Ruangan/Kelas Perawatan***

Pada tabel 4 diketahui bahwa terdapat perbedaan *burnout* perawat berdasarkan ruangan/ kelas perawatan dengan nilai  $p = <0,001$ , dimana ruangan perawatan kelas III memiliki nilai *burnout* yang paling tinggi dibandingkan dengan ruangan perawatan kelas I dan kelas II.

## PEMBAHASAN

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan beban kerja dengan *burnout*. Berdasarkan hasil analisis, diketahui bahwa beban kerja memiliki hubungan positif yang signifikan dengan *burnout* artinya semakin tinggi beban kerja perawat, akan menyebabkan semakin tinggi *burnout* yang dialaminya. Tingginya beban kerja yang dirasakan perawat akan mengakibatkan penggunaan kemampuan diri melebihi kapasitas kerjanya, yang pada akhirnya perawat mengalami kelelahan dan merasa jenuh dengan pekerjaannya (Maslach, *et al.*, 2001; Huber, 2010).

Beban kerja yang dirasakan perawat ini merupakan respon subjektif terhadap akumulasi dari penggunaan waktu perawat selama bertugas dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien (Gaudine, dalam Kurniadi 2013). Sehingga beban kerja perawat dapat dilihat dari banyaknya kegiatan yang dilakukan perawat terkait perawatan langsung maupun tidak langsung kepada pasien, yang mana kegiatan ini akan menjadi beban kerja yang dirasakan perawat sesuai atau tidak dengan kemampuan dirinya. Selain itu, beban kerja dapat pula dari kemampuan individu perawat itu sendiri seperti pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawat dalam melaksanakan pekerjaan sehingga mampu dan dengan mudah menyelesaikan tugasnya. Adanya tuntutan keluarga pasien, harapan pimpinan akan kualitas pelayanan, kurangnya tenaga dan variasi pekerjaan yang terlalu banyak juga turut menambah beban kerja pada perawat (Marquis & Huston, 2000).

Pada awalnya, beban kerja tersebut menjadi sebuah tantangan bagi individu untuk tetap berupaya melaksanakan pekerjaan sehingga mencapai hasil yang maksimal sesuai dengan yang diharapkannya, akan tetapi berlangsungnya secara terus menerus kondisi ini mengakibatkan perawat akan mencapai kemampuan maksimal pada diri sehingga menyebabkan munculnya kelelahan secara fisik maupun emosional terhadap pekerjaan itu sendiri (Bakker, *et al.*, 2007; Laschinger, *et al.*, 2014). Hal ini dapat dilihat dari distribusi silang dimana pada perawat yang memiliki beban kerja optimal lebih banyak menunjukkan *burnout* pada kategori rendah yaitu 34 perawat (72,3%), sedangkan perawat yang memiliki beban kerja berat lebih banyak menunjukkan *burnout* pada kategori sedang yaitu 19 perawat (70,4%).

Tingginya beban kerja yang dialami perawat secara umum akan menimbulkan ketegangan-ketegangan emosional sehingga menyebabkan kelelahan dan pada akhirnya secara perlahan perawat mulai menghindarkan diri dari aktifitas yang seharusnya dilakukan. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shirom, *et al.* (2010) maupun Tamaela (2011) yang juga menemukan bahwa beban kerja merupakan variabel yang memiliki hubungan searah dengan tingginya *burnout*.

Beban kerja yang berlebihan baik dari kuantitas pekerjaan, kesukaran dari pekerjaan, maupun banyaknya variasi kerja menyebabkan individu berupaya mencukupi tuntutan kerjanya dengan berbagai usaha (Swansburg, 2000). Berlangsungnya kondisi ini secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami kelelahan baik secara fisik maupun emosional dan munculnya perasaan jenuh. Kondisi beban kerja yang berlebih merupakan prediktor munculnya sindrom *burnout* (Maslach, *et al.*, 2001). Dari analisis perbedaan yang dilakukan ditemukan bahwa *burnout* yang dialami perawat berbeda jika ditinjau dari ruangan perawatan masing-masing. Hasil analisis menunjukkan bahwa *burnout* tertinggi berada diruangan kelas III, kemudian di ikuti ruangan kelas I dan ruangan kelas II. Perbedaan *burnout* yang dialami perawat di antara ketiga ruangan berbeda dari faktor penyebabnya baik dari persepsi beban kerja, motivasi kerja ekstrinsik, maupun motivasi kerja intrinsik perawat.

Pada ruangan kelas III yang memiliki nilai *burnout* paling tinggi dibandingkan dengan ruangan yang lain, kecenderungan tingginya *burnout* yang dialami perawat diruangan ini disebabkan karena adanya beban kerja berat oleh perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Tidak sesuai rasio perawat dan pasien, kontak langsung dengan pasien

yang memiliki karakteristik penyakit yang resiko tinggi menular, maupun pengaturan jadwal shift yang belum sesuai menjadi penyebab beratnya beban kerja perawat yang dirasakannya. Selain itu, rendahnya motivasi kerja ekstrinsik khususnya rendahnya *reward* yang diterima dan kondisi ruangan yang tidak mendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan semakin menambah tingginya *burnout* yang dialami perawat diruangan tersebut.

Berbeda halnya dengan ruangan perawatan kelas I, *burnout* yang dialami perawat karena beban kerja lebih disebabkan karena tuntutan keluarga pasien dan pasien itu sendiri yang begitu tinggi akan kualitas pelayanan sehingga menjadi beban kerja yang secara subjektif dilaporkan menjadi berat. Selain itu, harapan pimpinan akan kualitas pelayanan yang diberikan juga turut menambah beban kerja perawat di Kelas I. Pada motivasi kerja ekstrinsik, ditemukan adanya faktor kebijakan yang dirasakan tidak menunjang perawat dalam bekerja sehingga menjadi penyebab *burnout* perawat dikelas I. Ketidakjelasan tugas dan tanggung jawab bagi perawat akan menimbulkan ambiguitas kerja yang dapat meningkatkan stres kerja perawat.

#### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja, motivasi kerja intrinsik, dan motivasi kerja ekstrinsik dengan *burnout* pada perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. Beban kerja yang berlebih akan semakin meningkatkan *burnout* pada perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hasil dari penelitian ini dapat menjadi rekomendasi bagi rumah sakit dalam melakukan analisis beban kerja yang disesuaikan dengan kebutuhan tenaga perawat diruangan masing-masing dengan memperhatikan karakteristik tingkat ketergantungan pasien, dan juga pemenuhan kebutuhan perawat yang mampu memotivasi perawat bekerja dengan cara yang menyenangkan sehingga mampu mencegah semakin meningkatnya *burnout* yang dialami perawat.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Bakker, A.B, Xanthopoulou, D, Dollard, M.F, Demerouti, E, Schaufeli, W.B, Taris, T.W, dkk., (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 766-786. doi: 10.1108/02683940710837714.
- Brummelhuis, L., Hoeven, C., Bakker, A.B, & Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout; The role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 268-287.
- Huber, D.L. (2010). *Leadership and nursing care management*. Amerika: Saunders Elsevier.
- Kovacs, M., & Hegedus, K. (2010). Emotion work and burnout : Cross-sectional study of nurses and physician in Hungary. *Croat Med J*, 51, 432-442. doi: 10.3325/cmj.2010.51.432
- Kosevic, A. (2012). For love or money: The underlying motives of a workaholic. Cowan University: *School of psychology and social science presentations*.
- Kurniadi, A. (2013). *Manajemen keperawatan dan prospektifnya : Teori, konsep, dan aplikasi*. Jakarta: FK-UI.
- Laschinger, H.K.S., Wong, C.A., Cummings, G.G., & Grau, A.L. (2014). Resonant leadership and workplace empowerment : the value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nursing economics*, 32, 5-44.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Ann. Rev. Psychol*, 52, 397-422.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management function in nursing*. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott Company.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Teori & aplikasi*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

- Moorhead, G & Griffin, W.R. (2013). *Manajemen sumber daya manusia dan organisasi*. (Diana Anggelika, Trans.). Jakarta: Salemba Empat.
- Nawawi, H. (2011). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan 8. Yogyakarta: UGM.
- Popoola,S.O., & Olalude,F.O. (2013). Work values, achievement motivation and technostress as determinants of job burnout among library personel in automated federal university libraries in Nigeria. *Library philosophy and practice (e-journal)*. diakses dari website <http://digitalcommons.unl.edu/libphilprac/919> pada tanggal 8 April 2014.
- Praptianingsih, S. (2006). *Kedudukan hukum perawat dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Qureshi, S. (2013). The relationship between work motivation, burnout, and intention to leave for the middle level managers of garment industry. *Business and management horizons*, 1, 118-142. doi: 10.5296/bmh.vli2.4779
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*, edisi ke-10. (Benyamin Molan, Trans). Jakarta: Prenhallindo.
- Schaufeli, W.B., & Greenglass (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and health*, 16, 501-510.
- Shirom,A., Nirel,N., & Vinokur,A.D. (2010). Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating effects by perceived workload and by autonomy. *Applied psychology an international review*, 59, 539-565. doi: 10.1111/j.1464-0597.2009.00411.x
- Sitorus, R. & Yulia (2006). *Model praktik keperawatan profesional di rumah sakit : Penataan struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Swansburg. C.R. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Untuk perawat klinis*. (Suharyati Samba, Trans.). Jakarta: EGC.
- Tamaela, E.Y. (2011). Konsekuensi konflik peran, kelebihan beban kerja, dan motivasi intrinsik terhadap *burnout* pada dosen yang merangkap jabatan struktural. *Aset*, 13, 111-122. issn: 1693-928X
- Tassel,N.A. (2009). *Motivating and well-being in humanitarian health workers : Relating self-determination theory to hedonic vs eudaimonic well-being, vitality and burnout*. (Thesis, Massey University, Palmerston nourth, New Zealand). diakses dari website [http://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/1138/02\\_whole.pdf](http://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/1138/02_whole.pdf) pada tanggal 22 Maret 2014
- Whitebead,D.K., Weiss,S.A., & Tappen,R.M. (2010). *Essentials of nursing leadership and management*. Fifth edition. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Wibowo (2013). *Perilaku dalam organisasi*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.

Lampiran :

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden (n=74)

| No | Karakteristik     | n  | %    |
|----|-------------------|----|------|
| 1  | Umur Responden    |    |      |
|    | ≤ 30 tahun        | 28 | 37,8 |
|    | > 30 tahun        | 46 | 62,2 |
| 2  | Lama Kerja        |    |      |
|    | 2 - 5 tahun       | 31 | 41,9 |
|    | 6 - 9 tahun       | 23 | 31,1 |
|    | ≥10 tahun         | 20 | 27   |
| 3  | Pendidikan        |    |      |
|    | Vokasional        | 63 | 85,1 |
|    | Profesional       | 11 | 14,9 |
| 4  | Status pernikahan |    |      |
|    | Belum menikah     | 25 | 33,8 |
|    | Menikah           | 49 | 66,2 |
| 5  | Unit Kerja        |    |      |
|    | Kelas I           | 22 | 29,7 |
|    | Kelas II          | 28 | 37,8 |
|    | Kelas III         | 24 | 32,4 |

Tabel 2 Hubungan beban kerja, motivasi kerja intrinsik, dan motivasi kerja ekstrinsik dengan *burnout* pada perawat pelaksana diruang rawat inap (n = 74)

| No |             | <i>Burnout</i> |      |        |      | Total<br>n | r     | p      |
|----|-------------|----------------|------|--------|------|------------|-------|--------|
|    |             | Rendah         |      | Sedang |      |            |       |        |
|    |             | n              | %    | n      | %    |            |       |        |
| 1  | Beban Kerja |                |      |        |      |            |       |        |
|    | Optimal     | 34             | 72,3 | 13     | 27,7 | 47         | 0,415 | <0,001 |
|    | Berat       | 8              | 29,6 | 19     | 70,4 | 27         |       |        |

Tabel 3 Perbedaan beban kerja pada perawat berdasarkan ruangan (n = 74)

| No | Variabel    | Kelas I      | Kelas II     | Kelas III    | p     |
|----|-------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|    |             | Mean<br>Rank | Mean<br>Rank | Mean<br>Rank |       |
| 1  | Beban kerja | 37,36        | 30,48        | 45,81        | 0,037 |

Tabel 4 Perbedaan *burnout* perawat berdasarkan ruangan (n = 74)

| <i>Burnout</i> | Kelas I |      | Kelas II |      | Kelas III |    | p      |
|----------------|---------|------|----------|------|-----------|----|--------|
|                | n       | %    | n        | %    | n         | %  |        |
| Rendah         | 13      | 59,1 | 23       | 82,1 | 6         | 25 | <0,001 |
| Sedang         | 9       | 40,9 | 5        | 17,9 | 18        | 75 |        |
| Mean rank      | 35,80   |      | 24,59    |      | 54,13     |    |        |

## Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi Di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014

**Mimi Yati**

*Staff Pengajar Prodi Keperawatan  
STIKES Mandala Waluya Kendari*

### **Abstrak**

Komunikasi verbal adalah jenis komunikasi yang dilakukan oleh perawat secara langsung maupun tidak langsung kepada pasien sedangkan komunikasi non verbal adalah jenis komunikasi yang dilakukan oleh perawat dengan isyarat non verbal misalnya ekspresi wajah, mimik, senyum dan lain-lain. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan komunikasi verbal dan non verbal dengan kepuasan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Inap Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton pada tanggal 08 November-08 Desember 2014. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Besar populasi dalam penelitian ini adalah 99 pasien, sampel di ambil secara *stratified* random sampling dengan jumlah sampel 40 pasien. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 40 responden, komunikasi verbal perawat baik yaitu sebanyak 11 responden mengatakan puas dan 6 responden mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi verbal perawat kurang yaitu sebanyak 17 responden mengatakan tidak puas dan 6 responden mengatakan puas. Pada komunikasi non verbal yaitu komunikasi non verbal perawat baik yaitu sebanyak 13 responden mengatakan puas dan 6 responden mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi non verbal perawat kurang yaitu sebanyak 17 responden mengatakan tidak puas dan 4 responden mengatakan puas. Hasil *Chi Square* ( $X^2$ ) diketahui bahwa komunikasi verbal dan komunikasi non verbal berhubungan dengan kepuasan pasien rawat inap. Disarankan kepada pihak Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton khususnya tenaga keperawatan untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas di bidang keperawatan sebagai pemberi pelayanan keperawatan khususnya sikap dan keterampilan dalam berkomunikasi.

**Kata Kunci** : Komunikasi verbal, non verbal dan kepuasan pasien.

### **Abstrack**

*Verbal communication is type of communications by the nurse directly or indirectly to the patient while the non verbal communication is type of communication conducted by nurses with non verbal cues such as facial expressions, expression, smile and others. The purpose of this research is to determine patient satisfaction with the verbal and non verbal communication General Regional Hospital Buton Regency. The research was conducted in Room Inpatient Surgical Regional General Hospital of Buton Regency on 8 November to 8 December 2014. This research is a Cross Sectional quantitative approach. Large population in this study was 99 patients, samples taken by stratified random sampling with total sample of 40 patients. From the research result showed that out of 40 respondents, good verbal communication nurse that is as much as 11 respondents said satisfied and 6 respondents not satisfied, while the nurse's lack of verbal communication as much as 17 respondents not satisfied and 6 respondents said satisfied. In non verbal communication is non verbal communication either by 13 respondents said satisfied and 6 respondents said not satisfied, where as non verbal communication that is as many as 17 nurses less respondents said not satisfied and 4 respondents said satisfied. The results of Chi Square ( $X^2$ ) note that verbal and non verbal communication related to the satisfaction of inpatients. It is recommended to the General Regional Hospital Buton Regency, especially nursing staff to maintain and improve quality in nursing as nursing care providers in particular the attitude and skill in communicating.*

**Keywords** : Verbal communication, non verbal and patient satisfaction

## PENDAHULUAN

Keperawatan adalah suatu interaksi antara perawat dan pasien, perawat dan profesional kesehatan lain serta perawat dan komunitas. Proses interaksi manusia terjadi melalui komunikasi baik verbal dan non verbal, tertulis dan tidak tertulis, terencana dan tidak terencana. Agar perawat efektif dalam berinteraksi, mereka harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik. Mereka harus menyadari kata-kata dan bahasa tubuh yang mereka sampaikan pada orang lain. Ketika perawat mengemban peran kepemimpinan, mereka harus menjadi efektif, baik dalam keterampilan komunikasi verbal maupun komunikasi tertulis (Kathleen,2007). Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit.

Menerima pelayanan yang layak dan semestinya sesuai berdasarkan kode etik dan norma-norma yang berlaku merupakan salah satu hak pasien sebagai konsumen dari pengguna pelayanan jasa dari rumah sakit. Yakni pasien berhak mendapatkan pelayanan yang disertai dengan keramahan petugas kesehatan salah satunya perawat. Perawat mempunyai peranan yang sangat besar, baik dilihat dari interaksinya dengan pasien dan keluarganya maupun dilihat dari keterlibatan pelayanan secara langsung kepada pasien. Arwani (2002) mengatakan bahwa dalam menjalin hubungan dengan klien diperlukan komunikasi, karena komunikasi adalah hubungan itu sendiri, dimana tanpa komunikasi tersebut hubungan tidak mungkin terjadi.

Kemampuan komunikasi dari perawat telah didapatkan pada saat pendidikan keperawatan maupun pelatihan-pelatihan dalam bidang keperawatan, tetapi masih ada perawat yang komunikasinya kurang baik (Barjaniartha,2008). Hal ini mungkin karena perawat memang memiliki hambatan dalam proses komunikasi dengan pasien, misalnya bahasa yang dipergunakan perawat tidak jelas sehingga mempunyai arti lebih dari satu atau pesan yang disampaikan belum jelas bagi perawat. Marlindawani (2003), hambatan dalam proses komunikasi dipengaruhi oleh perasaan dan situasi emosional perawat. Komunikasi yang kurang baik dari perawat akan berdampak buruk diantaranya yaitu bisa menimbulkan kesalahpahaman antara perawat dengan pasien maupun keluarganya dan pasien tidak puas. Perawat sering menggunakan pertanyaan yang hanya membutuhkan jawaban "ya" dan "tidak", komunikasi yang seperti itu membatasi klien untuk memperluas percakapan atau menyatakan permasalahan mereka sendiri (Abraham,2007).

Kepuasan pasien terhadap komunikasi perawat merupakan tingkat perasaan seseorang pasien setelah membandingkan komunikasi perawat yang dirasakan dengan harapan yang diinginkan oleh pasien setelah menjalani rawat inap. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak terlepas dari komunikasi perawat dengan pasien yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Suryani (2004) mengatakan jika pasien tersebut tidak puas, maka kinerja dari perawat dapat terhambat, dikarenakan pasien dapat melakukan tindakan-tindakan yang dapat menghambat kerja petugas kesehatan, pasien tidak mau kembali ke instalasi karena ketidakpuasan tersebut dan juga pasien merasa sia-sia telah mengeluarkan biaya demi kesembuhannya. Banyak faktor penyebab ketidakpuasan pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik perawat. Tingkat kepuasan pasien sangat tergantung pada bagaimana faktor tersebut di atas dapat memenuhi harapan-harapan. Bila komunikasi perawat dalam komunikasi terapeutik dilaksanakan tidak sesuai maka yang dihasilkan adalah respon ketidakpuasan dari pasien. Seorang pasien yang tidak puas pada gilirannya akan menghasilkan sikap atau perilaku tidak patuh terhadap seluruh prosedur keperawatan dan prosedur medis misalnya menolak pasang infus, menolak minum obat, menolak untuk dikompres panas atau

dingin dll. Akhirnya pasien akan meninggalkan rumah sakit dan mencari jasa pelayanan yang bermutu di tempat lain.

RSUD Kabupaten Buton milik pemerintahan yang diklasifikasikan sebagai kelas C. Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik bahwa pada tahun 2013 jumlah pasien di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton sebanyak 958 orang dan jumlah kunjungan poliklinik sebanyak 5109 orang. Pada tahun 2014 di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton tercatat sebanyak 90 orang pasien. Pada bulan Juli 23 pasien, Agustus 22 pasien, September 25 pasien dan Oktober 20 pasien dan jumlah kunjungan poliklinik sebanyak 2255 orang. Kelas perawatan pada RSUD Kabupaten Buton memiliki 3 kelas perawatan yakni kelas III, Kelas II dan Kelas I. Setiap ruang kelas dibedakan berdasarkan jumlah tempat tidur dan fasilitas setiap ruangan. Jumlah tempat tidur yang terpasang di kelas perawatan sebanyak 63 bed dengan rincian sebagai berikut kelas perawatan bedah sebanyak 18 buah bed (28,6%) dan jumlah kamar 6, kelas perawatan non bedah sebanyak 21 bed (33,3%) dan jumlah kamar 9, kelas perawatan anak sebanyak 11 bed (17,5%) dan jumlah kamar 4 serta kelas perawatan kebidanan sebanyak 13 bed (20,6%) dan jumlah kamar 6 (Seksi Data dan Rekam Medik, 2014).

BOR RSUD Kabupaten Buton tahun 2007 hanya 24% jauh dibawah standard yakni 75 – 80%. Rendahnya BOR ini salah satu penyebabnya karena banyak pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain dan kurangnya kunjungan ke RSUD Kabupaten Buton karena fasilitas yang ada terutama peralatan medis masih sangat kurang sehingga puskesmas dalam wilayah Kabupaten Buton masih merujuk pasien ke RSUD Kota Bau-Bau yang fasilitasnya lebih memadai walaupun menempuh jarak yang jauh. Pada tahun 2012 terjadi penurunan BOR sampai 14%. Penurunan ini disebabkan karena masih banyak pasien yang dirujuk ke RSUD Bau-Bau, sedangkan pada tahun 2010 lebih tinggi dari 2011 karena masih ada dokter spesialis dalam yang menetap di RSUD Kabupaten Buton. LOS (*Length of Stay*) menggambarkan lama perawatan pasien, rata-rata lama perawatan di ruang inap bedah berkisar antara 4-6 hari tergantung keadaan luka operasi dan jenis pembedahannya. Jumlah tenaga keperawatan terdiri dari tenaga keperawatan S1 Ners sebanyak 5 orang, akper/D3 keperawatan sebanyak 22 orang, D3 kebidanan sebanyak 9 orang, D4 kebidanan sebanyak 2 orang, D3 keperawatan anastesi dan D3 kesehatan gigi sebanyak 2 orang, tenaga perawat kesehatan SPK sebanyak 11 serta perawat bidan sebanyak 4 orang. Hasil wawancara yang peneliti lakukan diruang inap bedah terhadap 13 pasien diperoleh 8 pasien (61,53%) diantaranya merasa kurang puas terhadap komunikasi perawat. Apabila masalah ini diabaikan kemungkinan akan dapat menaikkan angka ketidakpuasan pasien khususnya terhadap komunikasi perawat yang mengakibatkan menurunnya kepercayaan pasien terhadap perawat serta tingkat kenyamanan pasien menurun. Tujuan dari penelitian ini Untuk mengetahui hubungan komunikasi perawat baik verbal maupun non verbal dengan kepuasan pasien post operasi di ruang Inap bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014.

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan tujuan untuk melihat seberapa besar hubungan komunikasi verbal dan non sebagai variabel bebas dengan kepuasan pasien sebagai variabel terikat. Populasi Pada penelitian adalah pasien yang sakit dan dirawat di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014 dari bulan Juli sampai September sebanyak 69 orang dan di ruang perawatan non bedah sebanyak 92 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah semua pasien post operasi di ruang inap bedah RSUD Buton

**HASIL**

**a. Analisis Univariat**

**Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat di Tinjau Dari Golongan Umur di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No     | Kelompok Umur | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|--------|---------------|------------|----------------|
| 1      | 15 - 25       | 18         | 45             |
| 2      | 26 - 35       | 14         | 35             |
| 3      | 36 - 55       | 6          | 15             |
| 4      | > 55          | 2          | 5              |
| Jumlah |               | 40         | 100            |

*Sumber : Data Primer 2014*

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari 40 responden, kelompok umur tertinggi yaitu kelompok umur 15 - 25 tahun sebanyak 18 responden (45%), kelompok umur 26 - 35 tahun sebanyak 14 responden (35%), kemudian kelompok umur 36 - 55 tahun sebanyak 6 responden (15%) dan kelompok umur terendah > 55 tahun sebanyak 1 responden (5%).

**a. Jenis Kelamin Responden**

**Tabel 5.2 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat di Tinjau Dari Jenis Kelamin di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No    | Jenis Kelamin | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|-------|---------------|------------|----------------|
| 1     | Laki-laki     | 30         | 75             |
| 2     | Perempuan     | 10         | 25             |
| Total |               | 40         | 100            |

*Sumber : Data Primer 2014*

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 30 orang (75%) dan perempuan sebanyak 10 orang (25%).

**b. Pendidikan Responden**

**Tabel 5.3 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat di Tinjau Dari Tingkat Pendidikan di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No    | Pendidikan       | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|-------|------------------|------------|----------------|
| 1     | Tamat SD dan SMP | 17         | 42,5           |
| 2     | Tamat SMA        | 19         | 47,5           |
| 3     | D3/PT            | 4          | 10             |
| Total |                  | 40         | 100            |

*Sumber : Data Primer 2014*

Tabel 5.3 diatas menunjukkan bahwa dari 40 responden, tingkat pendidikan yang terbanyak adalah Tamat SMA sebanyak 19 responden (47,5%), Tamat SD dan SMP sebanyak 17 (42,5) dan D3/Perguruan Tinggi sebanyak 4 responden (10%).

**2. Analisa Univariate**

Untuk mendeskripsikan variabel distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel :

**a. Komunikasi Verbal**

Komunikasi verbal dalam penelitian ini dibagi dalam 2 kategori yaitu kategori baik dan kategori kurang, hal ini dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut  
**Tabel 5.4 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Verbal Perawat di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No | Komunikasi Verbal | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|----|-------------------|------------|----------------|
| 1  | Baik              | 17         | 42,5           |
| 2  | Tidak Baik        | 23         | 57,5           |
|    | Total             | 40         | 100            |

*Sumber : Data Primer 2014*

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari 40 responden, tingkat komunikasi verbal perawat dengan kategori kurang memiliki nilai tertinggi sebanyak 23 responden (57,5%) dan yang terendah adalah komunikasi verbal perawat dengan kategori baik yaitu 17 responden (42,5%).

**b. Komunikasi Non Verbal**

Komunikasi non verbal dalam penelitian ini dibagi dalam 2 kategori yaitu kategori baik dan kategori kurang, hal tersebut dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut :  
**Tabel 5.5 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Non Verbal Perawat di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No | Komunikasi Non Verbal | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|----|-----------------------|------------|----------------|
| 1  | Baik                  | 19         | 47,5           |
| 2  | Tidak Baik            | 21         | 52,5           |
|    | Total                 | 40         | 100            |

*Sumber : Data Primer 2014*

Tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa dari 40 responden, tingkat komunikasi non verbal perawat dengan kategori kurang memiliki nilai tertinggi sebanyak 21 responden (52,5%) dan yang terendah komunikasi non verbal perawat dengan kategori baik yaitu 19 responden (47,5%).

**c. Kepuasan Pasien**

Tingkat kepuasan pasien dalam penelitian ini dibagi dalam 2 kategori yaitu kategori puas dan kategori tidak puas, hal tersebut dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut :

**Tabel 5.6 Distribusi Berdasarkan Kepuasan Pasien di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No | Kepuasan Pasien | Jumlah (n) | Persentase (%) |
|----|-----------------|------------|----------------|
| 1  | Puas            | 17         | 42,5           |
| 2  | Tidak Puas      | 23         | 57,5           |
|    | Total           | 40         | 100            |

*Sumber : Data Primer 2014*

Tabel 5.6 di atas menunjukkan bahwa dari 40 responden, tingkat kepuasan pasien yang tertinggi adalah tingkat kepuasan dengan kategori tidak puas adalah 23 responden (57,5%) sedangkan tingkat kepuasan dengan kategori puas yaitu 17 responden (42,5%).

3. Analisa Bivariate

Dalam penelitian ini digunakan analisis bivariat dimana untuk melihat adanya hubungan antara komunikasi verbal dan komunikasi non verbal sebagai variabel independen dengan kepuasan pasien sebagai variabel dependen pada setiap responden, maka menggunakan uji statistik *chi-square* dengan tingkat kepercayaan 95%  $\rho < 0,05$ .

a) Komunikasi Verbal

**Tabel 5.7 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No    | Komunikasi Verbal | Kepuasan Pasien |            | Total | %    | Chi Square Hitung | p     |
|-------|-------------------|-----------------|------------|-------|------|-------------------|-------|
|       |                   | Puas            | Tidak Puas |       |      |                   |       |
|       |                   | n               | N          |       |      |                   |       |
| 1     | Baik              | 11              | 6          | 17    | 42,5 | 5,966             | 0,386 |
| 2     | Tidak Baik        | 6               | 17         | 23    | 57,5 |                   |       |
| Total |                   | 17              | 23         | 40    | 100  |                   |       |

Sumber : Data Primer 2014

Pada tabel 5.7 di atas terlihat bahwa dari 40 responden, komunikasi verbal perawat baik yaitu sebanyak 11 responden mengatakan puas dan 6 responden mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi verbal perawat kurang yaitu sebanyak 17 responden mengatakan tidak puas dan 6 responden mengatakan puas serta diperoleh nilai Chi Square hitung 5,966 dengan nilai  $p = 0,386$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang berarti ada hubungan antara komunikasi verbal perawat dengan kepuasan pasien post operasi di Ruang Inap RSUD Kabupaten Buton.

b) Komunikasi Non Verbal

**Tabel 5.8 Distribusi Berdasarkan Hubungan Komunikasi Non Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton Tahun 2014**

| No    | Komunikasi Non Verbal | Kepuasan Pasien |            | Total | %    | Chi Square Hitung | p     |
|-------|-----------------------|-----------------|------------|-------|------|-------------------|-------|
|       |                       | Puas            | Tidak Puas |       |      |                   |       |
|       |                       | N               | n          |       |      |                   |       |
| 1     | Baik                  | 13              | 6          | 19    | 47,5 | 9,950             | 0,499 |
| 2     | Tidak Baik            | 4               | 17         | 21    | 52,5 |                   |       |
| Total |                       | 17              | 23         | 40    | 100  |                   |       |

Sumber : Data Primer 2014

Pada tabel 5.8 di atas terlihat bahwa dari 40 responden, komunikasi non verbal perawat baik yaitu sebanyak 13 responden mengatakan puas dan 6 responden mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi non verbal perawat kurang yaitu sebanyak 17 responden mengatakan tidak puas dan 4 responden mengatakan puas serta diperoleh nilai Chi Square hitung 9,950 dengan nilai  $p = 0,499$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang berarti ada hubungan antara

komunikasi non verbal perawat dengan kepuasan pasien post operasi di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton

## **PEMBAHASAN**

### **1. Hubungan Komunikasi Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi Di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton**

Pada tabel 5.7 terlihat bahwa dari 40 responden, komunikasi verbal perawat baik yaitu sebanyak 11 responden mengatakan puas dan 6 responden mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi verbal perawat kurang yaitu sebanyak 17 responden mengatakan tidak puas dan 6 responden mengatakan puas. Ditunjang dari hasil penelitian Joko Tri Wahyudi's yang berjudul Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2011 menunjukkan bahwa komunikasi yang tidak efektif masih terjadi dalam praktik perawat sehari-hari di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Mayoritas pasien merasa tidak puas terhadap percakapan yang mereka lakukan dengan perawat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang mengatakan komunikasi jelek sebanyak (34%) orang. Hal ini mungkin akibat perbedaan persepsi, nilai, latar belakang sosial budaya, emosi, tingkat pengetahuan, serta peran dan hubungan serta pengaruh lingkungan yang kurang baik selama perawat dan pasien berkomunikasi.

Menurut Ellis dan Nowlis (dalam Nurjannah.I,2001) mengatakan bahwa ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam berkomunikasi secara verbal yaitu dalam penggunaan bahasa harus diperhatikan tingkat pendidikan pasien dan kemampuan berbahasa pasien, kecepatan dalam berbicara serta nada suara sedangkan menurut Oliver dalam Shanley (2007) mengatakan bahwa kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa perawat tidak menerapkan komunikasi secara verbal terutama mempertahankan kontak mata penggunaan bahasa, kecepatan dalam berbicara dan nada suara. Dari hasil analisis Uji Chi Square dengan tingkat kepercayaan 0,05 menunjukkan bahwa  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel yaitu  $5,966 > 3,841$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang berarti ada hubungan antara komunikasi verbal dengan kepuasan pasien post operasi di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton.

### **2. Hubungan Komunikasi Non Verbal Perawat Dengan Kepuasan Pasien Post Operasi Di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton**

Pada tabel 5.8 terlihat bahwa dari 40 responden, komunikasi non verbal perawat baik yaitu sebanyak 13 responden mengatakan puas dan 6 responden mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi non verbal perawat kurang yaitu sebanyak 17 responden mengatakan tidak puas dan 4 responden mengatakan puas. Di tunjang dari hasil penelitian Mardiana Sungken yang berjudul Hubungan komunikasi terapeutik perawatan pasien terhadap tingkat kepuasan pasien Post Operasi di Ruang Bedah Rumah Sakit Toto Kabila Bone Bolango diperoleh data *cross tab* komunikasi perawat baik sebanyak 28 (87,5%) pasien mengatakan puas dan yang mengatakan tidak puas sebanyak 4 (12,5%) pasien, sedangkan komunikasi perawat yang jelek sebanyak 1 (8,3%) mengatakan puas dan 11 (91,7%) mengatakan tidak puas dari 44 responden. Hubungan ini mempunyai korelasi kuat karena nilai koefisien korelasi spearman yang diperoleh (0,744) berada pada rentang 0,60-0,799 (dari tabel penilaian Korelasi Sugiyono (2001) dan berarti 74,4 persen kepuasan klien berasal dari komunikasi klien dan 25,6% karena pengaruh faktor-faktor yang lain.

Menurut Lonquis dan Weiss (2007) yaitu adalah sebagai berikut mengatakan bahwa ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam berkomunikasi secara non verbal yaitu ekspresi wajah ini sering digunakan sebagai dasar yang penting dalam menentukan pendapat interpersonal. Hasil suatu penelitian menunjukkan ada enam keadaan emosi

utama yang tampak melalui ekspresi wajah yaitu terkejut, takut, marah, jijik, senang dan sedih. Kontak mata sangat penting dalam melakukan komunikasi interpersonal. Perawat dalam memosisikan dan mengatur tubuh serta langkahnya dapat menggambarkan sikap, emosi, konsep diri dan keadaan fisik. Kesan pertama timbul dalam 20 detik sampai 4 menit pertama. 84 % kesan terhadap seseorang adalah berdasarkan penampilannya, seperti yang telah dikatakan Potter & Perry (2005).

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa perawat tidak memperlihatkan komunikasi secara non verbal terutama ekspresi wajah, tidak mengontrol emosi dan selalu bersikap acuh tak acuh pada pasien. Dari hasil analisis Uji Chi Square dengan tingkat kepercayaan 0,05 menunjukkan bahwa  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel yaitu  $9,950 > 3,841$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yang berarti ada hubungan antara komunikasi non verbal dengan kepuasan pasien post operasi di Ruang Inap Bedah RSUD Kabupaten Buton. Solusi yang harus dilakukan agar perawat dapat memberikan kepuasan terhadap pasien dalam bentuk komunikasi verbal dan non verbal yaitu penulis akan memberikan hasil penelitian ini kepada pihak rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terhadap perawat dan bisa dijadikan bahan pemikiran dan bahan masukan kepada rumah sakit bahwa betapa pentingnya melakukan komunikasi sehingga pihak tersebut akan mengetahui komponen-komponen komunikasi verbal dan komunikasi non verbal apa saja yang belum sepenuhnya dilakukan.

#### **KESIMPULAN**

1. Ada hubungan komunikasi verbal perawat dengan kepuasan pasien post operasi di ruang inap bedah RSUD Kabupaten Buton, dimana hasil uji Chi-Square diperoleh nilai  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel ( $5,966 > 3,841$ ), maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima.
2. Ada hubungan komunikasi non verbal perawat dengan kepuasan pasien post operasi di ruang inap bedah RSUD Kabupaten Buton, dimana hasil uji Chi-Square diperoleh nilai  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel ( $9,950 > 3,841$ ), maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Aziz, AH, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Jakarta : Salemba Medika, 2009.
- Corwin., Elizabeth, *Buku Saku Patofisiologi Volume II*, Jakarta : EGC, 2000.
- Damaiyanti, *Komunikasi Terapeutik Keperawatan*, Jakarta : EGC, 2008.
- Effendy, O.U, *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*, Bandung : PT. Remaja Rosdakarya, 2001.
- Gulo, W, *Metodologi Penelitian*, Jakarta : Pt Gramedia Widiasarana Indonesia, 2002.
- Indrayani E, *Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Ruang Seruni Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara : Kendari, 2010*
- Kempul, *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rumah Sakit*. Tersedia dalam (<http://www.kempul.com/kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rumah-sakit/>), 2009. Diakses Tanggal 10 Mei 2011.
- Mansjoer, Arif, et al., *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I, Edisi 3*, Jakarta : Media Aesculapius Fakultas Kedokteran UI, 2001.
- Marilynn, Moorhouse, et al., *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Jakarta : EGC, 20011
- Mukhrimah, *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*, Bandung : Pt Refika Aditama, 2008
- Mulyana, D, *Suatu Pengantar Ilmu Komunikasi*, Bandung : PT Rermaja Rosdakarya, 2000.
- Notoatmodjo, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Penerbit Rineka Cipta, 2005.

- Potter, A., dan Perry, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 Volume 1*, Jakarta : EGC, 2005.
- Priyanto, A, *Komunikasi dan Konseling Aplikasi Dalam Sarana Pelayanan Kesehatan untuk Perawat dan Bidan*, Jakarta : Salemba Medika, 2009.
- PSIK Unair Surabaya, *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*, 2002. Tidak dipublikasikan
- Riduwan, *Metode dan Tehnik Menyusun Proposal Penelitian*, Bandung : CV Alfabeta, 2009.
- RSUD Pasarwajo, *Rekam Medik*, 2014.
- Suprayitno, H, *Konsep Komunikasi Terapeutik*, 2003. Tersedia dalam <http://www.konsepkomunikasi.terapeutik.html>. Di akses tanggal 10 Mei 2011.
- Safinang, S, *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Abunawas*, 2003.
- Setianti, Y, *Makalah Ilmiah Komunikasi Terapeutik antara Perawat dan Klien*, : Jatinangor : Univesitas Padjajaran, 2007.
- Sastroasmoro, S., dan Sofyan, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Penerbit Binarupa Aksara, 2000.
- Smeltzer, S., dan Bare, *Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta : EGC, 2002.
- Sugiyono, *Statistika untuk Penelitian*, Bandung Penerbit Alfabeta, 2010. Suryani, *Komunikasi Terapeutik Teori dan Praktik*, Bandung : EGC, 2004.



## Analisis Kualitas Pengolahan Depot Air Minum Di Kota Kendari Dengan Metode *Most Probable Number (MPN)*

**Mohamad Guntur Nangi**

*Staf Pengajar Prodi Kesehatan Masyarakat  
STIKES Mandala Waluya Kendari*

### **Abstrak**

Kualitas air produksi Depot Air Minum (DAM) sekarang ini diduga semakin menurun, dengan permasalahan secara umum antara lain pada peralatan DAM yang tidak dilengkapi mikrofilter, alat sterilisasi, atau pengusaha belum mengetahui peralatan DAM yang baik dan cara pemeliharaannya, sehingga dapat menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat. Penelitian ini dengan rancangan *cross sectional study*. Sampel penelitian adalah 53 Depot Air Minum (DAM) yang ada di Kota Kendari, yang ditentukan dengan metode *purposive sampling*. Data dikumpulkan dengan menggunakan *check list* yang di isi berdasarkan pengamatan pada DAM untuk menilai kualitas pengolahan dan pemeriksaan bakteriologi untuk mengetahui MPN *coliform total* DAM. Berdasarkan hasil uji korelasi Spearman dengan tingkat kemaknaan ( $p < 0,05$ ) ditemukan hubungan sangat kuat kualitas mikrofilter ( $p = 0,000$ ), kualitas alat desinfeksi ( $p = 0,000$ ), kualitas pencucian dan pengisian galon ( $p = 0,007$ ), dan ditemukan tidak ada hubungan kualitas operator ( $p = 0,166$ ) dengan MPN *coliform total* DAM. Dari hasil penelitian ini diharapkan pengusaha DAM di Kota Kendari memperhatikan pemeliharaan peralatan produksi untuk menjamin higienisnya air minum yang dihasilkan agar tidak menjadi masalah bagi kesehatan, dan agar dilakukan penelitian secara lebih mendalam terhadap peralatan produksi DAM.

**Kata Kunci** : Mikrofilter, desinfeksi, galon, operator, MPN Coliform, DAM

### **Abstract**

*Water Quality Drinking Water production Depot ( DAM ) is now thought to decrease , with the general issues , among others, on equipment that is not equipped with microfilter DAM, sterilizer , or employers do not know a good DAM equipment and how to maintain , so it can be a health problem for society. This study with cross sectional study . The sample was 53 Depot Water ( DAM ) in Kendari , which is determined by purposive sampling method . Data were collected by using a check list in the content based on the observation of DAM to assess the quality of the processing and bacteriological examination to determine total coliform MPN depot water. Based on the results of the Spearman correlation test with significance level (  $p < 0.05$  ) was found very strong relationship quality microfilter (  $p = 0.000$  ) , the quality of disinfection tool (  $p = 0.000$  ) , the quality of washing and filling gallon (  $p = 0.007$  ) , and was found not no operator quality relationship (  $p = 0.166$  ) with the total coliform MPN DAM. From the results of this study are expected to employers DAM in Kendari attention production equipment maintenance to ensure hygienic drinking water produced so as not to be a problem for health , and in order to do more in-depth study of the production equipment DAM*

**Keywords** : microfilter , disinfection , gallons , operators , MPN Coliform , Depot Water.

## PENDAHULUAN

Mengonsumsi air minum yang tidak memenuhi syarat sesuai Permenkes RI No.492/MENKES/PER/IV/2010 merupakan salah satu faktor utama berkembangnya penyakit yang ditularkan melalui air, termasuk penyakit hepatitis, tifus, dan diare. Penyakit – penyakit tersebut merupakan penyakit yang paling mematikan nomor dua khususnya bagi para balita. Penyakit yang penularannya melalui air menyebabkan 1,4 juta bayi meninggal setiap tahun, kematian anak – anak karena diare lebih banyak daripada total kematian akibat penyakit malaria dan campak. Di Indonesia penyediaan Air bersih telah mulai dibenahi sejak tahun 1990, dengan diterbitkan Permenkes 416 Tahun 1990 yaitu air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak (Depkes 2006). Selain itu pemerintah melakukan rehabilitasi fasilitas, dan pembangunan fasilitas baru, dimana Penyediaan air Bersih dikelola oleh Departemen Pekerjaan Umum dan Departemen Kesehatan, dengan demikian pengolahan air dapat dilakukan secara terpadu baik dalam pemanfaatan maupun dalam pengolahan kualitas, yang tidak terbatas pada hidrosfir, tetapi juga dengan atmosfer, lithosfir, biosfir dan sosiosfir (Wisnu, 2004).

Penyediaan air bersih selain kuantitas, kualitasnya harus memenuhi standar yang berlaku sehingga dapat dikonsumsi sebagai air minum sesuai Permenkes No.492 tahun 2010 air minum adalah air yang melalui proses atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat dan dapat langsung diminum (Depkes 2006). Untuk itu perusahaan air minum selalu memeriksa kualitas air yang diproduksinya sebelum didistribusikan pada pelanggan. Karena air baku belum tentu memenuhi standar maka perlu dilakukan pengolahan air dari yang sangat sederhana sampai sangat kompleks untuk memenuhi standar air minum yang ideal yaitu air yang tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbau serta tidak mengandung bakteri patogen, dan tidak mengandung zat kimia (Philip, 2004).

Di Sulawesi Tenggara, khususnya Kota Kendari terdapat berbagai usaha air minum, baik air minum dalam kemasan (AMDK) maupun depot air minum (DAM). Air minum dalam kemasan umumnya telah mendapat rekomendasi dari Badan Pengawasan Obat Dan Makanan (BPOM). sedangkan untuk depot air minum sampai saat ini belum ada peraturan pemberian ijin atau rekomendasi kelayakan yang baku ditinjau dari segi higiene dan sanitasi air minum. Depot air minum merupakan usaha berskala kecil dan merupakan produksi usaha rumah tangga yang pengolahannya sederhana, relatif murah (teknologi tepat guna) dan diharapkan kualitas air yang akan dikonsumsi masyarakat dapat dikatakan baik dan memenuhi standar kesehatan (Juli, 2007).

Dari berbagai studi yang dilakukan oleh beberapa institusi terhadap kualitas air pada berbagai DAM, ditemukan bahwa masih ada yang belum memenuhi standar kesehatan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 492 Tahun 2010 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum. Penelitian Suprihatin dkk (2002) analisis sampel air minum di 10 kota besar di Indonesia : 34% sampel tidak memenuhi sedikitnya satu parameter kualitas air minum berdasar Permenkes RI No. 492/Menkes/PER/IV/2010, dan 16% sampel tercemar bakteri *coliform* (Adriyani. R, 2008). Demikian pula menurut data Dinas Kesehatan Kota Kendari tahun 2012 ditemukan beberapa depot air minum yang belum memenuhi standar kesehatan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.492 Tahun 2010 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum, 98 depot air minum yang telah memeriksakan kualitas air baku ditemukan 19 sampel depot air minum tercemar bakteri *Coliform*. Beberapa faktor yang menyebabkan kualitas depot air minum tercemar *Coliform* antara lain keterbatasan pengetahuan, teknologi, sosial, ekonomi, dan budaya. Termasuk didalamnya keterbatasan pengetahuan para pemilik/operator tentang pengelolaan filter dan peralatan desinfeksi pada saat pengolahan air baku dan faktor lokasi, penyajian serta pewadahan yang dilakukan secara

terbuka dengan menggunakan wadah botol air minum yang terbuka rawan terhadap pencemaran (Wisnu, 2004).

Pada akhir proses pengolahan, depot air minum melakukan pemeriksaan sampel air minum yang diproduksi sebelum dikonsumsi oleh masyarakat dengan melakukan pemeriksaan bakteriologi metode *Most Probable Number* (MPN) yang persyaratannya harus nol (0). Keberadaan *coliform* dalam air minum menunjukkan bahwa air minum tersebut telah tercemar oleh tinja. *Coliform* adalah flora normal yang hidup pada usus manusia dan hewan, jadi dengan ditemukannya bakteri tersebut pada air minum menandakan bahwa dalam tahap pengolahan air minum tidak higienis (Widiyanti, 2002). Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis berkeinginan melakukan penelitian "*Analisis Kualitas Pengolahan Depot Air Minum di Kota Kendari Dengan Most Probable Number (MPN)*"

**METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional dengan rancangan *cross sectional study*. melakukan pemeriksaan bakteriologi untuk mendapatkan nilai *Most Probable Number* (MPN) *coliform* air minum yang dihasilkan oleh DAM, dan penilaian terhadap kualitas pengolahan (*mikrofilter, desinfeksi, pencucian/pengisian galon, dan operator*) kemudian di analisa bersama - sama untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel.

**HASIL PENELITIAN**

*Pemeriksaan Kualitas Pengolahan Depot Air Minum (DAM) Berdasarkan Mikrofilter, Desinfeksi, Pencucian/Pengisian Galon dan Operator.*

Pemeriksaan kualitas mikrofilter DAM didasarkan pada indikator masa pakai dan jumlah mikrofilter lebih dari satu dengan ukuran yang berjenjang. Pemeriksaan kualitas alat desinfeksi didasarkan pada indikator adanya alat desinfeksi serta masa pakai dari alat tersebut. Pemeriksaan kualitas pencucian/pengisian galon didasarkan pada indikator adanya tempat pencucian/pengisian dan adanya tutup wadah yang baru dan bersih. Dan penilaian operator didasarkan pada indikator perilaku dan adanya sertifikat telah mengikuti pelatihan hygiene dan sanitasi DAM. Hasil mengenai pemeriksaan pemeriksaan kulaiatas pengolahan depot air minum di kota kendari dapat dilihat pada tabel 1. Dari tabel 1 menunjukkan bahwa dari 53 depot air minum yang diperiksa, berdasarkan mikrofilter lebih banyak yang baik yaitu sebesar 79,2%, berdasarkan Alat desinfeksi lebih banyak yang baik yaitu sebesar 73,6%, berdasarkan Pencucian/Pengisian Galon lebih banyak yang kurang baik yaitu sebesar 73,6%. Berdasarkan Operator Depot Air Minun lebih banyak yang tidak baik yaitu sebesar 56,6%. Dan berdasarkan pemeriksaan *Choliform* dengan metode MPN menunjukkan bahwa lebih banyak yang memenuhi syarat sebesar 83%.

**Tabel 1. Distribusi Pemeriksaan Kualitas Pengolahan Depot Air Minum Berdasarkan Mikrofilter, Desinfeksi, Pencucian/Pengisian Galon dan Operator di Kota Kendari.**

| Variabel Penelitian | Jumlah             | %          |
|---------------------|--------------------|------------|
|                     | <b>Mikrofilter</b> |            |
| Baik                | 42                 | 79,2       |
| Kurang Baik         | 11                 | 20,8       |
| <b>Jumlah</b>       | <b>53</b>          | <b>100</b> |
| <b>Desinfeksi</b>   |                    |            |
| Baik                | 39                 | 73,6       |

|                                   |           |            |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Kurang Baik                       | 14        | 26,4       |
| <b>Jumlah</b>                     | <b>53</b> | <b>100</b> |
| <b>Pencucian/Pengisian Galon</b>  |           |            |
| Baik                              | 6         | 11,3       |
| Kurang Baik                       | 39        | 73,6       |
| Tidak Baik                        | 8         | 15,1       |
| <b>Jumlah</b>                     | <b>53</b> | <b>100</b> |
| <b>Operator</b>                   |           |            |
| Baik                              | 0         | 0          |
| Kurang Baik                       | 23        | 43,4       |
| Tidak Baik                        | 30        | 56,6       |
| <b>Jumlah</b>                     | <b>26</b> | <b>100</b> |
| <b>Nilai Most Probable Number</b> |           |            |
| Memenuhi Syarat                   | 44        | 83         |
| Tidak Memenuhi Syarat             | 9         | 17         |
| <b>Jumlah</b>                     | <b>53</b> | <b>100</b> |

Sumber : Data Primer

*Hubungan Antara Kualitas Mikrofilter, Desinfeksi, Pencucian/Pengisian Galon, dan Operator dengan Kualitas Air Minum Di Kota Kendari*

**Tabel 2 : Hubungan Antara Kualitas Mikrofilter, Desinfeksi, Pencucian/Pengisian Galon, dan Operator dengan Kualitas Air Minum Di Kota Kendari**

| No | Variabel           | Kualitas Air Minum |           |          |           | Jumlah    | %          | p-Value |
|----|--------------------|--------------------|-----------|----------|-----------|-----------|------------|---------|
|    |                    | MS                 | %         | TMS      | %         |           |            |         |
| 1. | <b>Mikrofilter</b> |                    |           |          |           |           |            |         |
|    | - Baik             | 42                 | 100       | 0        | 0         | 42        | 100        | 0,000   |
|    | - Kurang Baik      | 2                  | 18,2      | 9        | 81,8      | 11        | 100        |         |
|    | <b>Jumlah</b>      | <b>44</b>          | <b>83</b> | <b>9</b> | <b>17</b> | <b>53</b> | <b>100</b> |         |
| 2  | <b>Desinfeksi</b>  |                    |           |          |           |           |            |         |
|    | - Baik             | 38                 | 97,4      | 1        | 2,6       | 39        | 100        | 0,000   |
|    | - Kurang Baik      | 6                  | 42,9      | 8        | 57,1      | 14        | 100        |         |
|    | <b>Jumlah</b>      | <b>44</b>          | <b>83</b> | <b>9</b> | <b>17</b> | <b>53</b> | <b>100</b> |         |
| 3  | <b>Pencucian</b>   |                    |           |          |           |           |            |         |
|    | - Baik             | 5                  | 83,3      | 1        | 16,7      | 6         | 100        | 0,007   |
|    | - Kurang Baik      | 36                 | 92,3      | 3        | 7,7       | 39        | 100        |         |
|    | - Tidak Baik       | 3                  | 37,5      | 5        | 62,5      | 8         | 100        |         |
|    | <b>Jumlah</b>      | <b>44</b>          | <b>83</b> | <b>9</b> | <b>17</b> | <b>53</b> | <b>100</b> |         |
| 4  | <b>Operator</b>    |                    |           |          |           |           |            |         |
|    | - Kurang baik      | 21                 | 91,3      | 2        | 8,7       | 23        | 100        | 0,166   |
|    | - Tidak baik       | 23                 | 76,7      | 7        | 23,3      | 30        | 100        |         |
|    | <b>Jumlah</b>      | <b>44</b>          | <b>83</b> | <b>9</b> | <b>17</b> | <b>53</b> | <b>100</b> |         |

Sumber : Data Primer

Dari tabel tersebut menunjukkan bahwa kualitas mikrofilter berhubungan dengan kualitas air minum DAM ( $p=0,000$ ,  $r=0,884$ ), kualitas desinfeksi berhubungan dengan kualitas air minum DAM ( $p=0,000$ ,  $r=0,720$ ), kualitas pencucian/pengisian galon berhubungan dengan kualitas air minum DAM ( $p=0,007$ ,  $r=0,366$ ), dan kualitas operator tidak ada hubungan yang signifikan dengan kualitas air minum DAM ( $p=0,166$ ,  $r=0,193$ ).

## PEMBAHASAN

### *Mikrofilter*

Mikrofilter adalah alat yang berfungsi untuk memisahkan partikel yang berukuran kecil pada air olahan. Ukuran maksimal menurut SK Menperindag No 651/MPP/KEP/10/2004, adalah 10 mikron, dan diharuskan berjenjang sampai dengan ukuran 0,1 mikron. Pada penelitian ini, DAM yang kandungan coliform totalnya memenuhi syarat SK Menkes No.492 tahun 2010 mempunyai mikrofilter dengan ukuran berjenjang antara 0,1 mikron - 10 mikron sesuai dengan indikator penilaian, sedangkan yang tidak memenuhi syarat menggunakan mikrofilter satu ukuran, dan bervariasi, antara 1 mikron dan 5 mikron, yang menyebabkan bakteri dan partikel yang berukuran  $< 1$  mikron tidak tersaring. Untuk masa efektif dari mikrofilter, DAM dengan MPN coliform total yang memenuhi syarat SK Menkes No.492 tahun 2010 mengganti filternya seminggu sekali, sedangkan yang tidak memenuhi syarat, mengganti filter jika kecepatan aliran air dari pompa sudah mulai melambat.

Kebanyakan ketidak tahuan dan biaya operasional yang tinggi menjadi alasan dari pengelola untuk tidak memakai ukuran yang berjenjang, karena semakin kecil ukuran pori-pori mikrofilter yang dipakai, semakin lambat pula aliran air yang melewatinya, sehingga kapasitas produksi juga akan menurun. Pada penelitian ini ditemukan adanya mikrofilter yang kualitasnya kurang baik tetapi nilai MPN *coliform total* memenuhi syarat. Ini karena bakteri yang lolos dari mikrofilter dapat di matikan oleh alat desinfeksi (UV), atau air baku tidak mengandung bakteri *coliform*.

### *Desinfeksi*

Desinfeksi adalah proses untuk membunuh mikroorganisme dalam air olahan. Alat yang dipakai adalah lampu UV berintensitas tinggi, sehingga bakteri terbunuh oleh radiasi sinar UV. Yang harus diperhatikan disini adalah intensitas lampu UV yang dipakai harus cukup, untuk sanitasi air yang efektif diperlukan intensitas sebesar  $30.000 \text{ MW sec/cm}^2$  (Micro Watt detik per sentimeter persegi). Untuk masa efektif menurut Ketua Penelitian Laboratorium Teknologi dan Manajemen Lingkungan Institut Pertanian Bogor (Suprihatin), agar efektif lampu UV harus dibersihkan secara teratur, dan harus diganti paling lama satu tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian, bahwa DAM dengan hasil pemeriksaan kandungan coliform totalnya memenuhi syarat SK Menkes No 492 tahun 2010 mengganti lampu UVnya sekali dalam setahun, sedangkan yang tidak memenuhi syarat, menggantinya hanya jika lampu UVnya sudah putus (mati).

Pada penelitian ini, terdapat alat desinfeksi yang kualitasnya kurang baik tetapi mempunyai MPN coliform total yang memenuhi syarat, ini disebabkan bakteri telah tersaring pada mikrofilter atau air baku tidak mengandung bakteri coli. Untuk kualitas alat desinfeksi yang baik (masih dalam masa efektif) tetapi nilai MPN coliform total tidak memenuhi syarat, ini karena efektifitas lampu UV untuk membunuh bakteri juga tergantung dari banyaknya partikel dari air yang melewatinya. Partikel yang terlalu banyak akan menyebabkan sinar UV terhalang untuk menyinari bakteri yang keluar bersama partikel, jadi fungsi UV harus ditunjang pula dengan mikrofilter yang baik. Penyebab lain adalah kecepatan aliran air tidak sesuai dengan kapasitas UV yang digunakan.

### *Pencucian/Pengisian Galon*

SK Menperindag No 651/MPP/KEP/10/2004 mensyaratkan bahwa wadah yang akan diisi harus di sanitasi dengan menggunakan ozon (O<sub>3</sub>) atau air ozon (air yang mengandung

ozon). Bilamana dilakukan pencucian maka harus dilakukan dengan menggunakan berbagai jenis deterjen tara pangan (food grade) dan air bersih dengan suhu berkisar 60-85°C, kemudian dibilas dengan air produk untuk menghilangkan sisa-sisa deterjen. Pencucian dan pengisian galon dilakukan untuk membersihkan wadah agar terbebas dari kotoran dan bakteri. Pada penelitian ini indikator yang dipakai untuk menilai kualitas pencucian dan pengisian galon adalah adanya fasilitas pencucian menggunakan deterjen yang dilengkapi dengan sikat, dan fasilitas pembilasan, serta tersedianya tutup galon yang baru dan bersih.

Penanganan wadah (galon) yang berkualitas baik, dilakukan dengan pencucian menggunakan sabun deterjen dilengkapi dengan sikat khusus, kemudian dibilas dengan air pada tempat pembilasan khusus. Tetapi menurut informasi pengelola hal itu dilakukan pada keadaan tertentu, apabila galon yang akan diisi sudah sangat kotor, Sedangkan yang kualitasnya kurang baik penanganan wadah (galon) dilakukan seadanya, dengan membilas galon yang akan diisi. Pada penelitian ini ditemukan adanya pencucian/pengisian galon yang kualitasnya kurang baik tetapi nilai MPN coliform total memenuhi syarat, dikarenakan pada saat proses desinfeksi bakteri dapat dimatikan. Penelitian ini dapat membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara kualitas pencucian/pengisian galon dengan MPN coliform total DAM, Ini dapat dimengerti karena bakteri dapat masuk jika terjadi kontak dengan agen pembawa bakteri. Selain itu penyebab adanya coliform dalam air minum dapat didominasi oleh rendahnya kualitas mikrofilter dan alat desinfeksi.

#### *Operator*

Operator adalah karyawan khusus yang bertugas untuk mengoperasikan alat – alat produksi, Perilaku karyawan menentukan kualitas air minum yang diproduksi. Meskipun telah dilengkapi dengan sistem filtrasi dan desinfeksi yang baik, tetapi jika karyawan tidak berperilaku bersih dan sehat, maka air yang telah di olah dengan baik dapat tercemar akibat tindakan karyawan tersebut. Pada penelitian ini indikator yang digunakan dalam menilai kualitas operator adalah perilaku operator pada saat pengolahan dan adanya sertifikat telah mengikuti pelatihan hygiene dan sanitasi DAM.

Menurut SK Menperindag No 651/MPP/KEP/10/2004 Karyawan bagian produksi (pengisian) diharuskan menggunakan pakaian kerja, tutup kepala dan sepatu yang sesuai. Karyawan harus mencuci tangan sebelum melakukan pekerjaan, terutama pada saat penanganan wadah dan pengisian. Karyawan tidak diperbolehkan makan, merokok, meludah atau melakukan tindakan lain selama melakukan pekerjaan yang dapat menyebabkan pencemaran terhadap air minum. Kualitas operator dengan kategori kurang baik, mencuci tangan sebelum melakukan pengisian, dan menutup box pada waktu pengisian berlangsung, Sedangkan operator yang dinyatakan tidak baik, adalah operator yang pada saat pengamatan dilakukan tidak mencuci tangan dan tidak menutup box pada waktu pengisian. Kekurangannya adalah semua karyawan belum memiliki sertifikat telah mengikuti pelatihan hygiene dan sanitasi, selain itu DAM tidak memiliki karyawan khusus untuk melakukan pengolahan, tetapi menjadi tugas rangkap karyawan pengantar pesanan air minum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas operator kurang baik dan tidak baik mempunyai nilai MPN Coliform total yang merata, sehingga penelitian ini tidak dapat membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara kualitas operator dengan MPN coliform total DAM. Selain itu karena faktor kecilnya kemungkinan kontak antara air olahan dengan operator, karena semua proses pengolahan dilakukan dalam box yang tertutup, dan yang memungkinkan adanya kontak antara operator dengan air hanya pada waktu pengisian dan pemasangan penutup wadah.

## KESIMPULAN

Berdasarkan Hasil Penelitian dapat disimpulkan ada hubungan kualitas mikrofilter, kegiatan desinfeksi, pencucian dan operator dengan kualitas air minum depot air minum isi ulang di kota kendari.

## SARAN

Diharapkan pengusaha DAM di Kota Kendari memperhatikan pemeliharaan peralatan produksi untuk menjamin higienisnya air minum yang dihasilkan agar tidak menjadi masalah bagi kesehatan, dan agar dilakukan penelitian secara lebih mendalam terhadap peralatan produksi DAM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, *Pengolahan Air Minum* (<http://www.kompas.com>, diakses 12 Mei 2013)
- Athena, et.al *Kandungan Bakteri Total Coli Dan Escherichia Coli /Fecal Coli Air Minum Dari Depot Air Minum Isi Ulang Di Jakarta, Tangerang, Dan Bekasi*, ([www.litbang.depkes.go.id/buletin/](http://www.litbang.depkes.go.id/buletin/)) (online) Buletin Penelitian Kesehatan, Vol.32,NO 4 (Diakses 14 Mei 2013).
- Daud.A & Anwar, *Dasar – Dasar Kesehatan Lingkungan*, Makassar, Lephass, 2002
- Daud.A & Rosman, *Aspek Kesehatan Penyediaan Air Bersih*, Makassar, Jurusan Kesehatan Lingkungan FKM Unhas, 2003.
- Daud.A, *Aspek Kesehatan Pencemaran Air*, Makassar, Jurusan Kesehatan Lingkungan FKM Unhas, 2005.
- Depkes RI. *Materi Pelatihan Air*, Ditjen PPM dan PLP, Jakarta, 1985.
- .....*Air Minum Dan Penyehatan Lingkungan*, Jakarta 2006.
- .....*Penyehatan Air Dan Sanitasi (PAS)*,Ditjen PPM&PL,Jakarta 2006.
- .....*Materi pelatihan Penyehatan Air*, Jakarta, Dirjen P2PL,1995.
- Dinkes Kota Kendari, *Profil Kesehatan Kota Kendari*, Kendari, 2012.
- Environmental Sanitation's Journal, *Pemeriksaan Fisik Depot Air Minum* (online) (<http://environmentalsanitation.wordpress.com/> (diakses 12 Mei 2013)
- Fardiaz.S, *Polusi Air Dan Udara*, Yogyakarta, Kanisius, 2002
- Gani.A. Metode Bakteriologi Diagnostik, Makassar, Balai Labkes, 2003
- Juli. S, *Kesehatan Lingkungan*, Bandung, Institut Teknologi Bandung, 2007
- Kep. Menperindag RI Nomor : 651/MPP/Kep/10/2004 *Tentang Persyaratan Teknis Depot Air Minum Dan Perdagangannya* <http://www.depdag.go.id/index.php>(di akses 12 Mei 2013)
- Notoatmojo.S,*Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Melton Putra Offset, 1993.
- Riyadi.A.L.S, *Kesehatan Lingkungan*. Karya Anda, Surabaya, 1984.
- Soemirat, *Sanitasi Lingkungan Dan Pengaruhnya*, Bandung, 1994.
- Sujana.A, *Air Untuk Rumah Tangga*, PT. Kawan Pustaka, Jakarta, 2006
- Suriawiria, U, *Pengantar Mikrobiologi Umum*, Angkasa, Bandung, 1995.
- Sutrisno.T, *Teknologi Penyediaan Air Bersih*. Rineka Cipta, Jakarta, 1987.
- Tatang. A M, *Menyusun Rencana Penelitian*, CV. Rajawali, Jakarta,1994.
- Wisnu. W.A, *Dampak Pencemaran Lingkungan*, Andi, Yogyakarta, 2004.
- Widiyanti, Ristiati, *Analisis Kualitatif Bakteri Koliform Pada Depot Air Minum Isi Ulang Di Sigaraja Bali* Jurnal Ekologi Kesehatan Vol 3 No 1, April 2004 : 64 73<http://www.ekologi.litbang.depkes.go.id/>(diakses 12 Mei 2012)

## Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kabupaten Konawe

**Muhammad Syahwal**

Staf Pengajar Prodi D3 Keperawat  
Akademi Keperawatan PPNI Kendari

### Abstrak

Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan dengan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Aziz, 2007). Pelaksanaan penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) RS Kab. Konawe untuk ruang rawat inap tahun 2012 meliputi : Pengkajian keperawatan 56,97%, Diagnosa keperawatan 60,50%, rencana keperawatan 57,29%, tindakan keperawatan 52,10%, evaluasi keperawatan 57,20%. Pencapaian rata-rata dokumentasi keperawatan baru mencapai 57,04%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD Rumah Sakit Kabupaten Konawe. Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan desain penelitian *cross sectional j.j* RSUD Kabupaten Konawe sebanyak 128 orang dan sampel penelitian sebanyak 96 orang. Selanjutnya hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan Uji *chi square* ( $X^2$ ) dan uji koefisien *phi*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan yang berkategori cukup sebanyak 82 (85,42%) orang dan kategori kurang sebanyak 14 (14,58%) orang. Faktor yang berhubungan adalah faktor pengetahuan, sikap dan pengawas dengan pendokumentasian asuhan keperawatan (kekuatan hubungan sedang). Disarankan kepada pihak Rumah Sakit melakukan perbaikan sikap pimpinan unit (Ka. Ru, Ka. Bangsal dan Direktur RS) agar melakukan pengawasan secara bertingkat.

Kata Kunci : Pendokumentasian asuhan keperawatan; Pengetahuan, Sikap dan Pengawasan.

### Abstract

*Documentation in general is an authentic record that can be proven or used as evidence in legal matters. While nursing documentation is evidence of recording and reporting owned nurses in the health care record with the team in providing basic health services with accurate and complete communication in writing with the responsibility of nurses (Aziz, 2007). Implementation of the application of Nursing Standards (IFRSs) Hospital District. Konawe for inpatient space in 2012 include: 56.97% of nursing assessment, nursing diagnosis is 60.50%, 57.29% nursing plan, nursing actions 52.10%, 57.20% of nursing evaluation. Average achievement of nursing documentation has reached 57.04%. This study aims to determine the factors associated with Nursing Documentation in Space Inpatient Hospital BLUD Konawe. This research is analytic survey research with cross sectional study design. The population in this study was a nurse who served in Space Hospital Inpatient BLUD Konawe many as 128 people and sample as many as 96 people. The results were analyzed using the chi-square test ( $X^2$ ) and phi coefficient test. The results of this study indicate that the documentation of nursing care that category quite as much as 82 (85.42%) people and less category as much as 14 (14.58%) people. Factor is a factor related knowledge, attitudes and supervisors with documentation of nursing care with the power relationships are. Recommended to the hospital make improvements attitude unit leader (Ka. Ru, Ka. Ward and Director RS) in order to conduct surveillance in increments.*

**Keywords:** Documentation of nursing care; Knowledge, Attitude and Control

**PENDAHULUAN**

Untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan diperlukan adanya standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan baik dari pengkajian sampai evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Aziz Alimul 2007). Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan dengan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Aziz, 2007).

Secara umum dokumentasi kurang disukai oleh perawat karena menyita waktu dan agak membosankan. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah motivasi, sikap, dan pengetahuan perawat itu sendiri dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (Zaidin Ali, 2010). Pendokumentasian diterapkan di beberapa rumah sakit di Indonesia. Namun, belum banyak terlihat hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang mencerminkan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif serta data-data yang ada belum secara optimal dimanfaatkan sebagai informasi oleh perawat sendiri maupun tenaga kesehatan lain dalam hal peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Menurut data nasional (DEPKES) mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan bahwa pada bulan Maret 2007 didapatkan data rata-rata dokumentasi asuhan keperawatan 44,38%. Pada bulan November 2007 juga dilakukan studi dokumentasi lagi dan didapatkan rata-rata 58,9%. Walaupun ada peningkatan nilai tapi belum sempurna diharapkan dokumentasi keperawatan akan lebih baik lagi dan mencapai lebih dari 80% (Ely Nurachma, 2007). Pelaksanaan penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) RS Kab. Konawe untuk ruang rawat inap tahun 2012 meliputi : Pengkajian keperawatan 56,97%, Diagnosa keperawatan 60,50%, rencana keperawatan 57,29%, tindakan keperawatan 52,10%, evaluasi keperawatan 57,20%. Pencapaian rata-rata dokumentasi keperawatan baru mencapai 57,04%.

**METODE**

Penelitian yang dilakukan adalah metode survey analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yang dilaksanakan pada tanggal 3 - 16 Juni 2013. Sampel dalam penelitian ini adalah keseluruhan Obyek yang diteliti atau dianggap mewakili seluruh populasi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti. Sampel dalam penelitian ini adalah Perawat Pelaksana yang bertugas di Ruang Rawat Inap BLUD Rumah Sakit Kabupaten Konawe dengan total sample 96 orang.

**HASIL**

**1. Karakteristik Responden**

**Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

| No            | Jenis Kelamin | F         | %          |
|---------------|---------------|-----------|------------|
| 1             | Laki-laki     | 37        | 38,54      |
| 2             | Perempuan     | 59        | 61,46      |
| <b>Jumlah</b> |               | <b>96</b> | <b>100</b> |

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 96 responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 37 (38,54%) orang dan perempuan sebanyak 59 (61,46%) orang.

**Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur**

| No            | Umur          | F         | %          |
|---------------|---------------|-----------|------------|
| 1             | 23 - 29 tahun | 42        | 43,75      |
| 2             | 30 - 38 tahun | 32        | 33,33      |
| 3             | 39 - 47 tahun | 22        | 22,92      |
| <b>Jumlah</b> |               | <b>96</b> | <b>100</b> |

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 96 responden yang tertinggi berumur 23 - 29 tahun sebanyak 42 (43,75%) orang dan terendah adalah umur 39 - 47 tahun sebanyak 22 (22,92%) orang.

**Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan**

| No            | Pendidikan | F         | %          |
|---------------|------------|-----------|------------|
| 1             | SPK        | 6         | 6,25       |
| 2             | D3         | 48        | 50,00      |
| 3             | S1         | 29        | 30,21      |
| 4             | S1. Ners   | 13        | 13,54      |
| <b>Jumlah</b> |            | <b>96</b> | <b>100</b> |

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 96 responden yang tinggi memiliki pendidikan D3 sebanyak 48 (50,00%) orang dan yang terendah memiliki pendidikan S1. Ners sebanyak 13 (13,54%) orang.

**2. Analisis Bivariat**

**Tabel 4. Distribusi Hubungan Pengetahuan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kab. Konawe**

| Pengetahuan | Pendokumentasian askep |       |        |       | Total |       | P <sub>Value</sub> | phi  |
|-------------|------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------|------|
|             | Cukup                  |       | Kurang |       | n     | %     |                    |      |
|             | N                      | %     | n      | %     |       |       |                    |      |
| Cukup       | 62                     | 86,11 | 10     | 13,89 | 72    | 75,00 | 0,03               | 0,33 |
| Kurang      | 13                     | 54,17 | 11     | 45,83 | 24    | 25,00 |                    |      |
| Total       | 75                     | 78,13 | 21     | 21,88 | 96    | 100   |                    |      |

Sumber : Data primer diolah 2013

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 72 responden yang berpengetahuan cukup, yang melakukan pendokumentasian askep dengan kategori cukup sebanyak 62 responden sedangkan dari 24 yang berpengetahuan kurang, yang melakukan pendokumentasian askep dengan kategori cukup sebanyak 13 responden. Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai  $X^2 = 10.748$  dan  $P_{Value} = 0.03$  ( $p < 0.05$ ) artinya  $H_a$  diterima atau ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan pendokumentasian askep.

**Tabel 5. Distribusi Hubungan Sikap dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kab. Konawe**

| Sikap  | Pendokumentasian askep |       |        |       | Total |       | P <sub>Value</sub> | phi  |
|--------|------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------|------|
|        | Cukup                  |       | Kurang |       | n     | %     |                    |      |
|        | n                      | %     | n      | %     |       |       |                    |      |
| Cukup  | 61                     | 85,92 | 10     | 14,08 | 71    | 73,96 | 0,05               | 0,31 |
| Kurang | 14                     | 56,00 | 11     | 44,00 | 25    | 26,04 |                    |      |
| Total  | 75                     | 78,13 | 21     | 21,88 | 96    | 100   |                    |      |

Sumber : Data primer diolah 2013

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 71 responden yang bersikap cukup, terdapat yang melakukan pendokumentasian askep yang cukup sebanyak 61 responden sedangkan dari 25 responden yang bersikap kurang, yang melakukan pendokumentasian askep dengan kategori cukup sebanyak 14 responden. Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai  $X^2 = 9.682$  dan  $P_{\text{Value}} = 0.05$  ( $p = 0.05$ ) artinya  $H_a$  diterima atau ada hubungan antara sikap dengan kinerja pendokumentasian askep. Nilai uji koefisien  $\phi = 0.31$  yang berarti memiliki kekuatan hubungan yang sedang.

**Tabel 6. Distribusi Hubungan Pengawasan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kab. Konawe**

| Pengawasan | Pendokumentasian askep |       |        |       | Total |       | $P_{\text{Value}}$ | $\phi$ |
|------------|------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|--------------------|--------|
|            | Cukup                  |       | Kurang |       | n     | %     |                    |        |
|            | n                      | %     | n      | %     |       |       |                    |        |
| Cukup      | 63                     | 86,30 | 10     | 13,70 | 73    | 76,04 | 0,01               | 0,35   |
| Kurang     | 12                     | 52,17 | 11     | 47,83 | 23    | 23,96 |                    |        |
| Total      | 75                     | 78,13 | 21     | 21,88 | 100   | 100   |                    |        |

Sumber : Data primer diolah 2013

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 73 responden yang memiliki pengawasan cukup, yang melakukan pendokumentasian askep dengan kategori cukup sebanyak 63 responden sedangkan dari 23 responden yang memiliki pengawasan kurang, yang melakukan pendokumentasian askep dengan kategori cukup sebanyak 12 responden. Berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh hasil nilai  $X^2 = 9.285$  dan  $P_{\text{Value}} = 0.01$  ( $p < 0.05$ ) artinya  $H_a$  diterima atau ada hubungan antara pengawasan dengan kinerja pendokumentasian askep. Nilai uji koefisien  $\phi = 0.31$  yang berarti memiliki kekuatan hubungan yang sedang.

## PEMBAHASAN

### Pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa dari 96 responden yang diteliti terdapat 24 (25,00%) orang yang berpengetahuan kurang. Kemudian diantara 72 responden yang berpengetahuan cukup, yang melakukan pendokumentasian askep sebanyak 62 responden. Hal ini disebabkan karena 62 responden tersebut memiliki pengetahuan yang cukup tentang dokumentasi keperawatan yang meliputi : Pengertian, kegunaan, pengelompokan data, jenis-jenis dokumentasi dan hal-hal lain yang dibutuhkan dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pengetahuan yang cukup ini disebabkan karena latar belakang tingkat pendidikan yang mereka miliki mulai dari jenjang D3 Keperawatan sebanyak 38 orang, S1 Perawat sebanyak 26 orang dan S1. Ners sebanyak 9 orang yang dari segi kualifikasi pendidikan dan kurikulum bidang ilmu yang mereka peroleh telah mencapai pada jenjang pendokumentasian askep yang lengkap dan terstruktur.

Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa pengetahuan umumnya datang dari pengalaman, juga bisa didapat dari informasi yang disampaikan oleh guru, orang tua, teman dan media lain. Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang adalah tingkat pendidikan, dimana tinggi rendahnya pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan yang diperoleh, meskipun tidak mutlak.

**Sikap**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 96 responden yang diteliti terdapat 25 orang (26,04%) yang bersikap kurang. Kemudian diantara 71 responden yang bersikap cukup, yang melakukan pendokumentasian askep sebanyak 61 responden. Hal ini disebabkan karena 61 responden tersebut sebagian besar memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dari perawat lainnya yang memiliki sikap yang berkategori kurang atau dengan kata lain sikap perawat yang cukup menyebabkan perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang cukup pula karena tingkat pendidikan yang mereka miliki juga cukup sehingga mempengaruhi sikap mereka. Menurut Notoatmodjo (2007) Sikap seseorang dapat dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki oleh individu tersebut, pengetahuan yang diperoleh selanjutnya dapat mempengaruhi sikap seseorang terhadap situasi atau kondisi yang ada disekitar lingkungannya.

**Pengawasan**

Hasil penelitian memberikan gambaran bahwa dari 96 responden yang diteliti, terdapat 11 orang (47,83%) yang berpengawasan kurang. Kemudian, diantara 73 responden yang berpengawasan baik, yang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang cukup sebanyak 63 responden. Hal ini disebabkan karena metode pengawasan yang dilaksanakan di ruangan cukup baik seperti : Pembagian tugas yang jelas dan seimbang sesuai dengan kompetensi yang dimiliki serta penghargaan atasan terhadap perawatnya sehingga perawat merasa dihargai dan dihormati. Hal ini dapat meningkatkan semangat perawat melaksanakan dokumentasi keperawatan secara maksimal. Seperti yang dikatakan oleh Nurrachmah (2005), bahwa seseorang akan mampu menunjukkan kemampuannya apabila ditunjang oleh lingkungan dan gaya kepemimpinan yang dimiliki atasannya.

**KESIMPULAN**

Dari hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan mulai tanggal 3 – 16 Juni 2013 dengan jumlah sampel 96 orang, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada hubungan sedang antara faktor pengetahuan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap BLUD RSUD Kab. Konawe.
2. Ada hubungan sedang antara faktor sikap dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap BLUD RSUD Kab. Konawe.
3. Ada hubungan sedang antara faktor pengawasan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap BLUD RSUD Kab. Konawe.

**SARAN**

Disarankan agar perawat yang bertugas di ruang rawat inap di BLUD RSUD Kab. Konawe agar mempertahankan dan senantiasa meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan agar kedepannya semakin lebih baik lagi. Sedangkan dalam hal motivasi perawat, perlu dilakukan pembenahan menyeluruh mulai dari kesadaran individu, pengetahuan dan potensi diri hingga pada penciptaan iklim kerja yang kondusif dan pola manajemen yang baik sehingga dapat menimbulkan motivasi yang baik dalam melakukan tugas-tugas keperawatan khususnya dalam hal pendokumentasian.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Ali, Z. 2010. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Alimul, Aziz. H, 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Media Salemba.
- Angraini, Putu. 2009. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Petugas Perawatan Dalam Melakukan Pencatatan Tindakan di Pusat Pelayanan Kesehatan Terpadu Kelurahan Belah Batu Kota Gianyar – Bali*. Denpasar: Fak-Keperawatan. Univ. Udayana

- Azwar, Asrul. 2004. *Pengantar Administrasi Kesehatan Jilid I*. Jakarta : PT. Bina Rupa Aksara.
- BLUD RSU Kab. Konawe, 2012. *Profil Rumah Sakit Umum Daerah*. Unaaha Diklat BLUD RSU Keb. Konawe
- Effendi, Suradi. 2004. *Analisis Faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan di badan pengelola RS. Salewangang Kab. Maros*. Makassar : FK Unhas
- Hasibuan.2005. *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Noor. 2002. *Epidemiologi*. Hasanuddin Universitas Press. Makasar
- Notoatmodjo. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurrachman, Elly.2007. *Dokumentasi Asuhan Keperawatanian*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2008. *Metodologi Penelitian & Penerapan Dalam Praktek*. Jakarta : Salemba Medika
- \_\_\_\_\_. 2011. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan / Konsep dan Praktek*. Jakarta : Salemba Medika
- Polea & Stilwell. 2005. *Dokumentasi Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Perry & Potter.2009. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Rahayu, 2006. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Prinsip, Praktik, Struktur dan Penyampaian*, Penerbit Buku Kedokteran Jakarta : EGC.
- Sihoting, 2007. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume I*, Surabaya : Airlangga University Press.
- Sukarja, I Made. 2001. *Pengaruh Gaya Kepemimpinan Demokratis Terhadap Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD. Dr. Soetomo Surabaya*. Surabaya : Prodi Kep. Univ. Airlangga
- Sugiyono,2009. *Statistik untuk penelitian*, Bandung: Alfabeta.
- Syahrun.2005. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instilasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Samarinda*. Skripsi Tidak di Publikasikan. Fakultas Kedokteran. UNAIR. Surabaya.
- Wawan, A & Dewi, M.2010. *Teori & dan Pengukuran Pengetahuan dan prilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika

## Hubungan Dukungan Suami dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014

**Neneng Sundari**

*Staf Pengajar Prodi D3 Keperawatan  
Akademi Keperawatan PPNI Kendari*

### **Abstrak**

Hasil survey awal, dari 10 ibu bersalin terdapat 7 orang ibu bersalin didampingi oleh suami dalam menjalani proses persalinan mengatakan sangat cemas saat menghadapi proses persalinan yang akan dijalani, satu – satunya yang mereka butuhkan saat ini adalah dukungan dari suami. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan suami dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014. Jenis penelitian menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 4 Juni – 4 Juli 2014. Populasi dan sampel adalah ibu bersalin di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara yang berjumlah 30 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Hasil penelitian : ada hubungan dukungan suami secara fisik dengan kelancaran proses persalinan kala I dengan taraf signifikan 0,05 sehingga terlihat nilai  $\chi^2$  *continuity correction* diperoleh nilai  $p (0,003) < \alpha (0,05)$ . Tidak ada hubungan tidak ada hubungan dukungan suami secara emosional dengan kelancaran proses persalinan kala I dengan taraf signifikan 0,05 sehingga terlihat nilai  $\chi^2$  *continuity correction* diperoleh nilai  $p (0,053) > \alpha (0,05)$ . Kesimpulan ada hubungan dukungan suami secara fisik dengan kelancaran proses persalinan kala I, Tidak ada hubungan tidak ada hubungan dukungan suami secara emosional dengan kelancaran proses persalinan kala I. Saran agar lebih meningkatkan kesadaran dan profesionalismenya dalam melaksanakan peran dan fungsinya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

**Kata Kunci : Hubungan, Dukungan Suami, Kelancaran Proses Persalinan Kala I, Ruang Delima RSU Bahteramas.**

### **Abstrack**

*Based on the beginning survey, 7 of 10 mother who were pregnant and were accompanied by their husband when they gave a birth said that they are worried during the giving birth process. The onky one thing that they need is the support of their husband. The objective of this study was to determine the relationship of support of husband with smoothness of delivery process stage 1 in the delima room of Bahteramas general hospital of Southeast Sulawesi 2014. This was an observational analytic study with cross sectional study approach. The study was conducted on 4 June – 4 July 2014. Population and sample of the study was maternity mother in the delima room of Bahteramas general hospital of Southeast Sulawesi 2014 as many as 30 respondents using accidental sampling technique. The study results : there was a relationship of support of husband physically with the smoothness of delivery process stage 1 with the significant level 0,05 so that the value of  $\chi^2$  *continuity correction* obtained the value of  $p (0,003) < \alpha (0,05)$ . There was no relationship of support of husband emotionally with the smoothness of delivery process stage 1 with the significant level 0,05 so that the value of  $\chi^2$  *continuity correction* obtained the value of  $p (0,053) > \alpha (0,05)$ . The conclusion that there was a relationship of support of husband physically with the smoothness of delivery process stage 1, there was no relationship of support of husband emotionally with the smoothness of delivery process stage 1. The suggestion of the study to further improve awareness and professionalism of nurses in the implementation of their roles and the function in the provision of health care services to the community.*

**Keywords : Relationship, Support of Husband, The Smoothness of Delivery Process Stage 1, Delima Room Bahteramas general hospital of Southeast Sulawesi**



**PENDAHULUAN**

Kelahiran merupakan titik kulminasi dari sebuah kehamilan yang merupakan titik tertinggi dari seluruh persiapan yang dibuat. Setiap ibu tentu mengharapkan kelahirannya lancar (Stoppard, 2006). Persalinan merupakan pengalaman yang membutuhkan banyak tenaga, emosi serta fisik. Oleh karena itu akan sangat menyenangkan bila ibu bersalin membagi pengalaman tersebut dengan seseorang. Pilihan pertama yang dipilih adalah suami karena ia telah terlibat dengan proses kehamilan sejak awal (Dougall, 2005). Menurut WHO (*World Health Organization*) terdapat sekitar 560.000 ibu meninggal per tahun saat hamil atau bersalin. Menteri Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tetap tinggi dikawasan ASEAN walaupun sudah terjadi penurunan dari 235 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 menjadi 225 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2011 dan turun lagi menjadi 224 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 (Monica, 2013). Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Sulawesi Tenggara pada tahun 2008 sampai dengan 2013 dari 312 menjadi kurang dari 226 per 100.000 kelahiran hidup.

Salah satu penyebab tingginya AKI secara umum yaitu kurangnya perhatian dari keluarga, khususnya peran serta suami dalam proses kehamilan dan persalinan. Padahal suami sangat berperan dalam memberikan dukungan untuk membantu menenangkan kondisi fisik maupun psikis seorang istri (Tursilowati, 2007). Berdasarkan data *Medical Record* Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara, jumlah ibu bersalin di ruang Delima pada tahun 2012 sebanyak 942 orang, pada tahun 2013 jumlah ibu post partum sebanyak 508 orang, pada tahun 2014 periode Januari-Maret sebanyak 117 orang dengan rata-rata jumlah ibu bersalin 39 orang setiap bulannya.

**METODE**

Penelitian yang dilakukan adalah menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang dilaksanakan pada tanggal 4 Juni – 4 Juli 2014. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu bersalin di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. Adapun jumlah ibu yang bersalin di ruang Delima periode Januari – Maret 2014 berjumlah 117 orang dengan rata-rata ibu bersalin 39 orang setiap bulan. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu bersalin di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling* sebanyak 30 orang.

**HASIL**

**Karakteristik Responden**

**Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Umur (Tahun) | n  | %    |
|--------------|----|------|
| <20          | 2  | 6,67 |
| 20-35        | 27 | 90   |
| >35          | 1  | 3,33 |
| Jumlah       | 30 | 100  |

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden, yang terbanyak adalah umur 20 – 35 tahun yaitu 27 orang (90%) dan terendah adalah umur umur > 35 tahun yaitu 1 orang (3,33%).

**Tabel 2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Pendidikan | n  | %     |
|------------|----|-------|
| SD         | 2  | 6,67  |
| SMP        | 9  | 30    |
| SMA        | 10 | 33,33 |
| DIII       | 2  | 6,67  |
| S1         | 7  | 23,33 |
| Jumlah     | 30 | 100   |

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden, yang terbanyak adalah yang memiliki pendidikan SMA yaitu sebanyak 10 orang (33,33%) dan yang paling sedikit adalah tingkat pendidikan SD yaitu 2 orang (6,67%).

**Tabel 3 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Pekerjaan | n  | %     |
|-----------|----|-------|
| IRT       | 22 | 73,33 |
| Honorier  | 2  | 6,67  |
| PNS       | 1  | 3,33  |
| Swasta    | 4  | 13,33 |
| Pedagang  | 1  | 3,33  |
| Jumlah    | 30 | 100   |

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden, yang terbanyak adalah IRT yaitu sebanyak 22 orang (73,33%) dan yang paling sedikit adalah PNS yaitu 1 orang (3,33%) dan pedagang yaitu 1 orang (3,33%).

**Tabel 4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan gravida di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Gravida      | n  | %   |
|--------------|----|-----|
| Primigravida | 15 | 50  |
| Multigravida | 15 | 50  |
| Jumlah       | 30 | 100 |

Tabel 4 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden, primigravida yaitu sebanyak 15 orang (50%) dan multigravida yaitu 15 orang (50%).

**Analisis Univariat**

**Tabel 5 Distribusi frekuensi kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Kelancaran Proses Persalinan Kala I | n  | %     |
|-------------------------------------|----|-------|
| Lancar                              | 10 | 33,33 |
| Tidak Lancar                        | 20 | 66,67 |
| Jumlah                              | 30 | 100   |

Berdasarkan tabel 5 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan kelancaran proses persalinan kala I, yang memiliki kriteria lancar yaitu 10 orang (33,33%) dan yang memiliki kriteria tidak lancar yaitu 20 orang (66,67%).

**Tabel 6 Distribusi frekuensi dukungan suami secara fisik di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Dukungan Fisik | n  | %     |
|----------------|----|-------|
| Baik           | 19 | 63,33 |
| Kurang         | 11 | 36,67 |
| Jumlah         | 30 | 100   |

Berdasarkan tabel 6 di atas menunjukkan bahwa dari 32 responden berdasarkan dukungan suami secara fisik, yang memiliki kriteria baik yaitu 19 orang (63,3%) dan yang memiliki kriteria kurang yaitu 11 orang (36,67%).

**Tabel 7 Distribusi frekuensi dukungan suami secara emosional di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| Dukungan Emosional | n  | %   |
|--------------------|----|-----|
| Baik               | 24 | 80  |
| Kurang             | 6  | 20  |
| Jumlah             | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 7 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan suami secara emosional, yang memiliki kriteria baik yaitu 24 orang (80%) dan yang memiliki kriteria kurang yaitu 6 orang (20%).

**Analisis Bivariat**

*a. Hubungan Dukungan Suami Secara Fisik Dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala I*

**Tabel 8 Hubungan dukungan suami secara fisik dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| No | Dukungan Fisik | Kelancaran Proses Persalinan Kala I |     |              |     | Jumlah | Nilai P |       |
|----|----------------|-------------------------------------|-----|--------------|-----|--------|---------|-------|
|    |                | Lancar                              |     | Tidak Lancar |     |        |         |       |
|    |                | n                                   | %   | n            | %   |        |         |       |
| 1  | Baik           | 10                                  | 100 | 9            | 45  | 19     | 63,33   | 0,003 |
| 2  | Kurang         | 0                                   | 0   | 11           | 55  | 11     | 36,67   |       |
|    | Jumlah         | 10                                  | 100 | 20           | 100 | 30     | 100     |       |

Sumber : Data Primer Tahun 2014

Berdasarkan tabel 8 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan suami secara fisik, yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I lancar yaitu 10 orang (100%) dan yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 9 orang (45%), sedangkan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I lancar yaitu tidak ada (0%) dan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 11 orang (55%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* dalam hal ini berdasarkan hasil SPSS yaitu nilai  $\chi^2$  *continuity correction* diperoleh nilai p (0,003) < nilai  $\alpha$  (0,05). Dengan demikian dapat disimpulkan  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, berarti ada hubungan dukungan suami secara fisik dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014.

b. Hubungan Dukungan Suami Secara Emosional Dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala I

**Tabel 9 Hubungan dukungan suami secara emosional dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014**

| No     | Dukungan Emosional | Kelancaran Proses Persalinan Kala I |     |              |     | Jumlah |     | Nilai P |
|--------|--------------------|-------------------------------------|-----|--------------|-----|--------|-----|---------|
|        |                    | Lancar                              |     | Tidak Lancar |     | n      | %   |         |
|        |                    | n                                   | %   | N            | %   |        |     |         |
| 1      | Baik               | 10                                  | 100 | 14           | 70  | 24     | 80  | 0,053   |
| 2      | Kurang             | 0                                   | 0   | 6            | 30  | 6      | 20  |         |
| Jumlah |                    | 10                                  | 100 | 20           | 100 | 30     | 100 |         |

Sumber : Data Primer Tahun 2014

Berdasarkan tabel 9 di atas menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan suami secara emosional, yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I lancar yaitu 10 orang (100%) dan yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 14 orang (70%), sedangkan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I lancar yaitu tidak ada (0%) dan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 6 orang (30%).

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* dalam hal ini berdasarkan hasil SPSS yaitu nilai  $\chi^2$  continuity correction diperoleh nilai p (0,053) > nilai  $\alpha$  (0,05). Dengan demikian dapat disimpulkan  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak, berarti tidak ada hubungan dukungan suami secara emosional dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014.

**PEMBAHASAN**

**Dukungan Fisik**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan suami secara fisik, yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I lancar yaitu 10 orang (100%) dan yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 9 orang (45%), sedangkan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I lancar yaitu tidak ada (0%) dan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 11 orang (55%). Hal ini dikarenakan saat menghadapi proses persalinan suami dapat memberikan dukungan secara fisik kepada ibu seperti memijat bagian tubuh agar tidak terlalu tegang untuk mengalihkan perhatian istri dari kontraksi, mengatur posisi ibu, selama persalinan suami dapat terus menemani ibu berjalan-jalan terutama di awal persalinan, membantu ibu tidur miring atau sesuai dengan keinginan ibu disela-sela kontraksi dan mendukung posisi ini agar dapat mengedan, mengatur nafas ibu dengan cara membimbing ibu mengatur nafas saat kontraksi dan beristirahat saat relaksasi serta memberikan asuhan tubuh.

Menurut Winkjosastro (2008), dukungan adalah keseluruhan penggerak dalam diri seseorang yang memberikan arah pada terlaksananya suatu kegiatan. Dukungan akan menyebabkan terjadinya suatu perubahan energi yang ada pada diri manusia, yang berhubungan dengan kejiwaan, perasaan dan juga emosi. Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani persalinan. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang serta membantu kelancaran proses persalinan.

### **Dukungan Emosional**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden berdasarkan dukungan suami secara emosional, yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I lancar yaitu 10 orang (100%) dan yang memiliki dukungan fisik baik dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 14 orang (70%), sedangkan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I lancar yaitu tidak ada (0%) dan yang memiliki dukungan fisik kurang dan proses persalinan kala I tidak lancar yaitu 6 orang (30%). Hal ini dikarenakan kurangnya pemahaman suami tentang pengaruh kehadiran suami pada saat ibu menghadapi persalinan dimana dapat membuat perasaan/psikologis ibu menjadi tenang sehingga proses persalinan berjalan lancar sehingga suami tidak sepenuhnya memberikan dukungan secara emosional kepada ibu. Ini diakibatkan suami yang tidak siap mental melihat kondisi ibu dalam menjalani proses persalinan sehingga suami hanya dapat memberikan dukungan penuh secara fisik.

Menurut Marshall (2007), dukungan emosional merupakan dukungan yang bersifat emosional, menjaga keadaan emosi, afeksi atau ekspresi yang ditunjukkan dalam bentuk rasa cinta, rasa percaya, pengertian dan keterbukaan serta kerelaan suami dalam membantu mengatasi masalah yang dihadapi oleh ibu bersalin. Ibu yang mendapat dukungan emosional akan merasa diperhatikan dan dilindungi oleh pasangannya. Adanya perhatian pada ibu bersalin membuat ia merasa tidak seorang diri melewati proses persalinan.

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada hubungan dukungan suami secara fisik dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014.
2. Tidak ada hubungan dukungan suami secara emosional dengan kelancaran proses persalinan kala I di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014.

### **SARAN**

Bagi institusi rumah sakit, agar lebih meningkatkan kesadaran dan profesionalismenya dalam melaksanakan peran dan fungsinya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Anon. 2009. *Hubungan Antara Pemahaman Suami Terhadap Perannya Sebagai Ayah Dengan Dukungan Yang Diberikan Pada Istri Dalam Menghadapi Kelahiran Anak Pertama*. Fakultas Psikologi : Semarang.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Bobak, Lowdermik. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. EGC : Jakarta.
- Bonny dan Meilasari. 2008. *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit, Cetakan I*. Puspa Swara : Jakarta.
- Dagun. 2005. *Peran Suami Dalam Kehamilan dan Persalinan*. EGC : Jakarta.
- Dougall. 2005. *Psikologi Umum*. PT Remaja Rosdakarya : Bandung.
- Elisabeth, A. 2007. *Memahami Segalanya Tentang Kehamilan*. Karisma Publishing Group : Tangerang.
- Handonowati. 2009. *Hubungan Pendampingan Suami Terhadap Kelancaran Proses Persalinan*. Skripsi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga : Surabaya.
- Helen. 2007. *Perawatan Maternitas*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.

- Henderson. 2006. *Hubungan Dukungan Fisik Dan Emosional Terhadap Kelancaran Persalinan*. Skripsi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga : Surabaya.
- Iskandar. 2009. *Hubungan Antara Dukungan Suami Terhadap Motivasi ibu dalam Memeriksa Kehamilan di Puskesmas Bathi Dolopo Madiun Jawa Timur*. (diakses pada tanggal 6 Maret 2011), diunduh dari <http://www.skripsi-KTI.com>
- Klein. 2009. *Perempuan Melahirkan-Panduan Menangani Persalinan*. Insistpress : Yogyakarta.
- Manuaba. 2009. *Memahami Kesehatan Reproduksi*. Arcan : Jakarta.
- Marshall. 2007. *Designing Qualitative Reseach London*. Sage Publication.
- Monica. 2013. *Asuhan Persalinan*. Arcan : Jakarta.
- Musbikin, Imam. 2006. *Ibu Hamil Dan melahirkan*. Mitra Pustaka : Jakarta.
- Nadesul. 2008. *Cara Sehat Selama Hamil Edisi Revisi*. Puspa Swara : Jakarta.
- Nugroho. 2004. *Metode Penelitian*. EGC : Jakarta.
- Pantikawati. 2010. *Proses Persalinan*. EGC : Jakarta.
- Poerwadarminta. 2005. *Konsep Asuhan Persalinan*. EGC : Jakarta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. EGC: Jakarta.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Rose. 2007. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Kelahiran Anak Pertama Pada Masa Triwulan Ketiga*. Indonesian Psychological Journal, Vol 2, 102-111.
- Rukiyah. 2009. *Psikologi Dalam Menghadapi Persalinan*. Rineka Cipta : Jakarta.
- Saifuddin. 2008. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Pustaka Sarwono Prawirohardjo : Yogyakarta.
- Sani, Rahman. 2009. *Menuju Kelahiran Yang Alami*. PT. Raja Grafindo : Jakarta.
- Sholiha. 2006. *Dukungan Suami Dalam Persalinan*. EGC : Jakarta.
- Simkin. 2005. *Hubungan antara Dukungan Suami dengan Kestabilan Emosi dalam Menghadapi Proses Persalinan*. Fakultas Psikologi UMS : Surakarta.
- Stoppard. 2006. *Tips Cerdas Kehamilan, Persiapan Hamil hingga Menyusui*. Oryza : Yogyakarta.
- Susilawati. 2009. *Partus Normal*. EGC : Jakarta.
- Sylvia. 2010. *Efektifitas Peningkatan Dukungan Suami Dalam menurunkan Terjadinya Depresi Post Partum*. Jurnal Obstetri Ginekologi Fakiultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Tursilowati. 2007. *Dukungan suami*. Salemba Medika : Jakarta.
- Varney, et al. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi IV*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.
- Winkjosastro. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR : Jakarta.

## Faktor Risiko Penyakit Stroke Di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

**Risnawati**

*Staf Pengajar Prodi D3 Keperawatan  
Akademi Keperawatan PPNI Kendari*

### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan faktor risiko kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 12 - 30 Januari 2010. Variabel *dependent* dalam penelitian ini meliputi keturunan, hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Kolesterol, merokok dan alkohol. Jenis penelitian ini yaitu *analitik observasional* dengan rancangan *Case Control Study*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang tercatat di *Medical Record* Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara yaitu sebanyak 198 pasien stroke. Jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 66 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner, data diolah dengan menggunakan analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi, analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel *dependent* dan *independent* serta besarnya faktor risiko sedangkan analisis *multivariat* untuk melihat variabel *dependent* yang paling bermakna terhadap variabel *independent*. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *SPSS versi 16,0 for Windows*, kemudian disajikan dalam tabel distribusi dan gambar dan selanjutnya dijelaskan secara narasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keturunan memiliki risiko sebesar 2,875 kali terhadap kejadian stroke, hipertensi memiliki risiko sebesar 6,348 kali terhadap kejadian stroke, DM memiliki risiko sebesar 4,133 kali terhadap kejadian stroke, kolesterol memiliki risiko sebesar 3,608 kali terhadap kejadian stroke, merokok memiliki risiko sebesar 4,320 kali terhadap kejadian stroke. Sedangkan faktor risiko yang paling dominan/utama terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009 adalah penyakit hipertensi.

**Kata Kunci :** *Stroke, Keturunan, Hipertensi, DM, Kolesterol, Merokok, Alkohol*

### Abstract

This study concern to find out the risk factors for stroke incident in General Hospital of Sulawesi Tenggara Province of 2009, this study held 12 to 30 January of 2010. Dependent variable of this study included heredity, hypertension, diabetes mellitus (DM), Cholesterol, smoking and alcohol. This research used observational analytical case control study design. The population of the study was all the stroke patients listed in Medical Record of General Hospital of Sulawesi Tenggara Province amounts 198 stroke patients. The number of samples was about 66 respondents. The data was collecting is used questionnaires, the data was processed used univariate analysis to saw the frequency distribution, bivariate analysis to knew whether there is any correlation among dependent variables and independent and magnitude of risk factors on dependent variables against independent variables while the multivariate dependent variables to saw the most significant independent variables. The data processing performed used SPSS version 16.0 for Windows, and presented in tables of distribution by narrative. The results shown that the descendants of the stroke risk is 3.250 times the incident of stroke, hypertension has a risk 3.677 times, diabetes mellitus have a risk 3.250 times, cholesterol has a risk 3.650 times the incident of stroke. While the most dominant risk factor / principal on the incident of stroke in General Hospital of Sulawesi Tenggara Province of 2009 was hypertension.

**Keywords :** *Stroke, Descent, Hypertension, DM, Cholesterol, Smoking, Alcohol*

**PENDAHULUAN**

Angka kejadian stroke di Indonesia meningkat dengan cepat dari urutan ketiga penyebab kematian melampaui penyakit yang selama ini mendominasi angka kematian terbesar di Indonesia seperti jantung dan kanker (*National Stroke Association, 2006*). Angka kejadian stroke di Indonesia, meningkat menjadi 10 kali atau 15 kali. Setiap tahun diperkirakan 500 ribu orang mengalami serangan stroke dan sekitar 2,5 % diantaranya meninggal dunia, sementara sisanya mengalami cacat ringan maupun berat. Jumlah penderita stroke di Indonesia tidak pernah mengalami penurunan karena tidak ada usaha sistematis yang dilakukan untuk mengendalikan penyebab penyakit tersebut (Yayasan Stroke Indonesia, 2008).

Faktor risiko terjadinya stroke hampir sama di seluruh dunia, diantaranya umur diatas 50 tahun, keturunan, hipertensi, penyakit jantung, Diabetes Melitus, merokok, alkohol dan kolesterol. Faktor-faktor risiko tersebut sangat mempengaruhi viskositas darah dan elastisitas pembuluh darah yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit stroke. Seseorang yang pernah mengalami stroke, memiliki kecenderungan lebih besar untuk mendapatkan serangan stroke berulang, terutama apabila faktor faktor diatas belum diatasi dengan baik (Marchesin, 2008) Data yang diperoleh pada *Medical Record* Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara menunjukkan jumlah pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Umum (RSU) Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2008 yaitu sebanyak 167 penderita dengan angka kematian yaitu sebanyak 45 orang (26,9%) dan sisanya mengalami kecacatan. Periode Januari–November 2009, jumlah pasien stroke yaitu sebanyak 198 pasien dengan angka kematian sebanyak 67 orang (33,8%). Data tersebut menunjukkan adanya peningkatan jumlah penderita stroke di RSU Provinsi Sulawesi Tenggara.

**METODE**

Penelitian yang dilakukan adalah menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *case control study* yang dilaksanakan pada tanggal 12 sampai dengan 30 Januari 2010. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang di tercatat di *Medical Record* Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara yang berjumlah sebanyak 198 pasien stroke untuk periode bulan Januari sampai dengan bulan November tahun 2009. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien stroke yang tercatat di *Medical Record* Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling* sebanyak 66 orang (kasus 66 orang dan kontrol 66 orang, kontrol diperoleh melalui proses *matching* umur dan jenis kelamin)

**HASIL**

a. Analisis besar risiko riwayat keturunan penyakit stroke dengan kejadian penyakit stroke

**Tabel 1. Analisis Besar Risiko Riwayat Keturunan Penyakit Stroke dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009**

| No           | Riwayat Keturunan | Kejadian Stroke |            |           |            | Jumlah     |            | P Value | OR/ CI                         |
|--------------|-------------------|-----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|---------|--------------------------------|
|              |                   | Kasus           |            | Kontrol   |            | n          | %          |         |                                |
|              |                   | n               | %          | n         | %          |            |            |         |                                |
| 1            | Berisiko          | 26              | 39,4       | 11        | 16,7       | 37         | 28,0       | 3,350   |                                |
| 2            | Tidak Berisiko    | 40              | 60,6       | 55        | 83,3       | 95         | 72,0       | 0,007   |                                |
| <b>Total</b> |                   | <b>66</b>       | <b>100</b> | <b>66</b> | <b>100</b> | <b>132</b> | <b>100</b> |         | Lower (1,440)<br>Upper (7,336) |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* terhadap faktor risiko riwayat keturunan penyakit stroke pada tingkat kepercayaan 95%, diperoleh nilai P sebesar 0,007 ( $P\ value < 0,05$ ), yang menunjukkan bahwa hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima, maka dinyatakan ada hubungan antara riwayat keturunan dengan kejadian stroke. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio (OR)*, diperoleh nilai *OR* sebesar 3,250 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,440 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 7,336. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain riwayat keturunan merupakan faktor risiko kejadian stroke. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki riwayat keturunan penyakit stroke memiliki risiko sebesar 3,250 kali lebih besar untuk menderita penyakit stroke, dibandingkan responden yang tidak memiliki riwayat keturunan penyakit stroke.

b. Analisis besar risiko penyakit hipertensi dengan kejadian penyakit stroke

Tabel 12. Analisis Besar Risiko Penyakit Hipertensi dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

| No           | Penyakit Hipertensi | Kejadian Stroke |            |           |            | Jumlah     |            | P Value | OR/CI                |
|--------------|---------------------|-----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|---------|----------------------|
|              |                     | Kasus           |            | Kontrol   |            | N          | %          |         |                      |
|              |                     | n               | %          | n         | %          |            |            |         |                      |
| 1            | Berisiko            | 49              | 74,2       | 29        | 43,9       | 78         | 59,1       | 0,001   | 3,677                |
| 2            | Tidak Berisiko      | 17              | 25,8       | 37        | 56,1       | 54         | 40,9       |         | (1,763)              |
| <b>Total</b> |                     | <b>66</b>       | <b>100</b> | <b>66</b> | <b>100</b> | <b>132</b> | <b>100</b> |         | <i>Upper</i> (7,672) |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio (OR)* terhadap risiko faktor penyakit hipertensi diperoleh nilai *OR* sebesar 3,677 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,763 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 7,672. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain penyakit hipertensi merupakan faktor risiko kejadian stroke. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang menderita penyakit hipertensi memiliki risiko sebesar 3,677 kali lebih besar untuk menderita penyakit stroke, dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit hipertensi.

c. Analisis besar risiko penyakit Diabetes Melitus dengan kejadian penyakit stroke

Tabel 3. Analisis Besar Risiko Penyakit Diabetes Melitus dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

| No           | Diabetes Melitus | Kejadian Stroke |            |           |            | Jumlah     |            | P Value | OR/CI                |
|--------------|------------------|-----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|---------|----------------------|
|              |                  | Kasus           |            | Kontrol   |            | N          | %          |         |                      |
|              |                  | N               | %          | n         | %          |            |            |         |                      |
| 1            | Berisiko         | 24              | 36,4       | 10        | 15,2       | 34         | 25,8       | 0,010   | 3,200                |
| 2            | Tidak Berisiko   | 42              | 63,6       | 56        | 84,8       | 98         | 74,2       |         | (1,383)              |
| <b>Total</b> |                  | <b>66</b>       | <b>100</b> | <b>66</b> | <b>100</b> | <b>132</b> | <b>100</b> |         | <i>Upper</i> (7,406) |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio* diperoleh nilai *OR* sebesar 3,200 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,383 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 7,406. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain penyakit Diabetes Melitus merupakan faktor risiko kejadian stroke. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang menderita penyakit Diabetes Melitus memiliki risiko sebesar 3,200 kali lebih besar untuk menderita penyakit stroke, dibandingkan responden yang tidak menderita penyakit Diabetes Melitus.

d. Analisis besar risiko faktor Kadar Kolesterol dengan Kejadian Penyakit Stroke

Tabel 4. Analisis Besar Risiko Kadar Kolesterol dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

| No           | Kadar Kolesterol | Kejadian Stroke |            |           |            | Jumlah     |            | P Value | OR/CI                                      |
|--------------|------------------|-----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|---------|--|
|              |                  | Kasus           |            | Kontrol   |            | N          | %          |         |  |
|              |                  | n               | %          | n         | %          |            |            |         |  |
| 1            | Berisiko         | 30              | 45,5       | 12        | 18,2       | 42         | 31,8       | 0,001   | 3,650<br>Lower<br>(1,700)<br>Upper (7,273) |
| 2            | Tidak Berisiko   | 36              | 54,5       | 54        | 81,8       | 90         | 68,2       |         |  |
| <b>Total</b> |                  | <b>66</b>       | <b>100</b> | <b>66</b> | <b>100</b> | <b>132</b> | <b>100</b> |         |  |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* terhadap faktor risiko kadar kolesterol pada tingkat kepercayaan 95%, diperoleh nilai P sebesar 0,001 atau ( $P\ value < 0,05$ ), yang menunjukkan bahwa hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima, maka dinyatakan ada hubungan antara kadar kolesterol dengan kejadian stroke. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 3,650 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,700 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 7,273. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain kadar kolesterol merupakan faktor risiko kejadian stroke. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki kadar kolesterol > 200 mg/dl memiliki risiko sebesar 3,750 kali lebih besar untuk menderita penyakit stroke, dibandingkan responden yang tidak memiliki kadar kolesterol > 200 mg/dl.

e. Analisis besar risiko faktor merokok dengan kejadian penyakit stroke

Tabel 5. Analisis Besar Risiko Faktor Merokok dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

| No           | Merokok        | Kejadian Stroke |            |           |            | Jumlah     |            | P Value | OR/CI                                      |
|--------------|----------------|-----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|---------|--|
|              |                | Kasus           |            | Kontrol   |            | n          | %          |         |  |
|              |                | N               | %          | n         | %          |            |            |         |  |
| 1            | Berisiko       | 35              | 53,0       | 21        | 31,8       | 56         | 42,4       | 0,022   | 2,416<br>Lower<br>(1,191)<br>Upper (4,914) |
| 2            | Tidak Berisiko | 31              | 47,0       | 45        | 68,2       | 76         | 57,6       |         |  |
| <b>Total</b> |                | <b>66</b>       | <b>100</b> | <b>66</b> | <b>100</b> | <b>132</b> | <b>100</b> |         |  |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* terhadap faktor risiko merokok pada tingkat kepercayaan 95%, diperoleh nilai P sebesar 0,022 ( $P\ value < 0,05$ ), yang menunjukkan bahwa hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima, maka dinyatakan ada hubungan antara merokok dengan kejadian stroke. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 2,416 dengan

nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,191 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 4,914. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1, maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain merokok merupakan faktor risiko kejadian stroke. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki kebiasaan merokok memiliki risiko sebesar 2,416 kali lebih besar untuk menderita penyakit stroke, dibandingkan responden yang tidak memiliki kebiasaan merokok.

f. Analisis besar risiko faktor alkohol dengan kejadian penyakit stroke

Tabel 6. Analisis Besar Risiko Faktor Alkohol dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

| No           | Alkohol        | Kejadian Stroke |            |           |            | Jumlah     |            | P Value  | OR/<br>CI |
|--------------|----------------|-----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|--|-----------|
|              |                | Kasus           |            | Kontrol   |            | n          | %          |  |           |
|              |                | n               | %          | n         | %          |            |            |  |           |
| 1            | Berisiko       | 32              | 48,5       | 19        | 28,8       | 51         | 38,6       | 0,032<br><br>Lower<br>(1,134)<br>Upper (4,778) |           |
| 2            | Tidak Berisiko | 34              | 51,5       | 47        | 71,2       | 81         | 61,4       |  |           |
| <b>Total</b> |                | <b>66</b>       | <b>100</b> | <b>66</b> | <b>100</b> | <b>132</b> | <b>100</b> |  |           |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* terhadap faktor risiko kadar kolesterol pada tingkat kepercayaan 95%, diperoleh nilai P sebesar 0,032 (*P value* < 0,05), yang menunjukkan bahwa hipotesis nol (*Ho*) ditolak dan hipotesis alternatif (*Ha*) diterima, maka dinyatakan ada hubungan antara alkohol dengan kejadian stroke. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Odds Ratio*, diperoleh nilai *OR* sebesar 2,328 dengan nilai *Lower Limit* (batas bawah) sebesar 1,134 dan *Upper Limit* (batas atas) sebesar 4,778. Oleh karena *Lower Limit* (batas bawah) dan *Upper Limit* (batas atas) tidak mencakup nilai 1 maka *OR* dikatakan bermakna atau dengan kata lain faktor alkohol merupakan faktor risiko kejadian stroke. Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi alkohol memiliki risiko sebesar 2,328 kali lebih besar untuk menderita penyakit stroke, dibandingkan responden yang tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi alkohol.

Analisis Multivariat

Tabel 7. Analisis Besar Faktor Risiko Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

| No | Faktor Risiko       | Beta (B) | P Value | OR    | 95% CI        |
|----|---------------------|----------|---------|-------|---------------|
|    |                     |          |         |       | Lower - Upper |
| 1  | Riwayat Keturunan   | 1,056    | 0,043   | 2,875 | 1,031-8,015   |
| 2  | Penyakit Hipertensi | 3,107    | 0,000   | 6,348 | 5,426-29,053  |
| 3  | Penyakit DM         | 2,015    | 0,001   | 4,133 | 1,039-4,450   |
| 4  | Kadar Kolesterol    | 1,283    | 0,009   | 3,608 | 1,370-9,500   |
| 5  | Merokok             | 1,140    | 0,021   | 4,320 | 1,122-6,840   |
| 6  | Alkohol             | 0,825    | 0,086   | 2,281 | 0,890-5,842   |

Sumber: Data Primer, diolah Februari 2010

Tabel 7 menunjukkan berdasarkan analisis *multivariat* pada faktor risiko kejadian stroke dengan menggunakan program *SPSS versi 16,0 for windows*, variabel yang bermakna pada uji *bivariat* dilanjutkan pada uji *multivariat*, menunjukkan hasil yang berbeda. Dimana ke 6 variabel pada uji *bivariat* seluruhnya bermakna dengan nilai *P* < 0.05. Akan tetapi pada analisis *multivariat*, hanya 5 variabel yang bermakna (karena

memiliki nilai  $P < 0,05$  dan nilai *Lower Limit - Upper Limit* yang tidak mencakup nilai 1), diantaranya yaitu riwayat keturunan dengan nilai  $P = 0,043$ , *OR* sebesar 2,875 dan nilai *Lower Limit* = 1,031 serta *Upper Limit* = 8,015, penyakit hipertensi dengan nilai  $P = 0,000$ , *OR* sebesar 6,348 dan nilai *Lower Limit* = 5,426 serta *Upper Limit* = 29,053, penyakit Diabetes Melitus dengan nilai  $P = 0,001$ , *OR* sebesar 4,113 dan nilai *Lower Limit* = 1,039 serta *Upper Limit* = 4,450, kadar kolesterol dengan nilai  $P = 0,009$ , *OR* sebesar 3,608 dan nilai *Lower Limit* = 1,370 serta *Upper Limit* = 9,500, merokok dengan nilai  $P = 0,021$ , *OR* sebesar 4,320 dan nilai *Lower Limit* = 1,122 serta *Upper Limit* = 6,840, sedangkan faktor alkohol dikatakan tidak bermakna karena memiliki nilai  $P = 0,086$  ( $P > 0,05$ ), *OR* sebesar 2,281 dan nilai *Lower Limit* = 0,890 serta *Upper Limit* = 5,842 (mencakup nilai 1). Hasil uji statistik di atas, juga menunjukkan bahwa faktor penyakit hipertensi memiliki risiko paling besar atau paling dominan terhadap kejadian stroke karena memiliki nilai *Beta (Korelasi Determinan)* tertinggi yaitu 3,107, dibanding faktor riwayat keturunan dengan nilai *Beta* = 1,056, DM dengan nilai *Beta* = 2,015, kadar kolesterol dengan nilai *Beta* = 1,283, rokok dengan nilai *Beta* = 1,140

## PEMBAHASAN

### 1. Riwayat keturunan penyakit stroke

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki riwayat keturunan penyakit stroke di dalam garis keturunan keluarga cenderung memiliki risiko untuk menderita stroke, oleh karena terdapatnya gen-gen risiko terjadinya stroke yang diturunkan dari generasi ke generasi, seperti penyakit gangguan pembuluh darah, penyakit hipertensi dan penyakit jantung yang merupakan faktor risiko terjadinya penyakit stroke. Stroke yang disebabkan oleh karena turunan atau diturunkan secara genetik menunjukkan bahwa stroke bisa diwariskan dari generasi ke generasi berikutnya. Dengan demikian, ada kemungkinan seseorang yang terkena stroke akan memiliki risiko lebih besar apabila ada keluarga yang menderita penyakit stroke disebabkan oleh sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Menurut ahli saraf di Lampung, dr. Ruth Mariva, Sp.S, menjelaskan bahwa penyakit stroke dapat diturunkan secara genetik melalui "autosomal dominan" akibat mutasi gen pada kromosom 19 yang dikenal dengan penyakit CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*), dimana kelainan terjadi pada dinding pembuluh darah kecil, terutama di otak yang sudah terjadi sejak usia dewasa (Auryn, 2007).

Sesuai dengan penelitian dan pendapat Sustrani (2003), yang menyatakan bahwa stroke terkait dengan keturunan. Faktor genetik yang sangat berperan antara lain adalah tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes dan cacat pada bentuk pembuluh darah, gaya dan pola hidup suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke. Cacat pada bentuk pembuluh darah (CADASIL) mungkin merupakan faktor genetik yang berpengaruh dibandingkan faktor risiko stroke yang lain.

### 2. Penyakit hipertensi

Sesuai dengan penelitian dan pendapat Sustrani (2003), yang menyatakan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke 3 hingga 6 kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40-90% penderita stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah diatas 140/90 mmHg tergolong dalam penyakit hipertensi, oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke meningkat seiring dengan penambahan umur pada orang yang berusia  $> 40$  tahun. Faktor-faktor lain diluar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke pada orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus

menerus hingga usia 90 tahun menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi.

Hipertensi juga dapat menyebabkan terjadinya *arterosklerosis* melalui lemahnya dinding pembuluh darah dan tekanan yang berlebihan pada waktu tertentu dan mempermudah terjadinya penumpukkan lemak atau bahan lainnya pada dinding pembuluh darah, sehingga terjadinya *arterosklerosis* yang mengakibatkan stroke dan penyakit jantung koroner (Sylvia, 1995).

### 3. Penyakit Diabetes Melitus

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa seseorang yang menderita penyakit Diabetes Melitus memiliki risiko untuk menderita penyakit stroke, oleh karena kadar gula dalam yang tinggi atau diatas 120 mg/dl akan mempengaruhi viskositas darah menjadi lebih kental sehingga akan mempengaruhi peredaran darah di dalam tubuh dan lama kelamaan juga dapat mempengaruhi tekanan didalam pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan penyakit hipertensi yang dapat menyebabkan terjadinya stroke. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dan pendapat Handerson (2002), yang menyatakan bahwa penyakit Diabetes Melitus adalah salah satu penyakit yang ditandai dengan kelainan metabolisme karbohidrat akibat dari kekurangan hormon insulin yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah (Hiperglikemia). Kadar gula darah normal adalah 60-120 mg/dl (mg/100ml) yang ideal ukurannya adalah 80-140 mg/dl pada waktu puasa sebelum tes darah, 110-150 mg/dl pada 2 jam setelah makan. Penderita diabetes memiliki risiko 3 kali lipat terkena stroke dan mencapai tingkat tertinggi pada usia 50-60 tahun Hal ini dikarenakan pada tubuh orang lanjut usia biasanya lebih banyak mengandung lemak sehingga fungsi hormon insulin terganggu didalam mengatur kadar gula dalam darah.

### 4. Kadar Kolesterol

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sustrani (2003), yang menyatakan bahwa makan kaya lemak jenuh dan kolesterol seperti daging, telur dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan berpengaruh pada risiko *arterosklerosis* dan penebalan pembuluh darah. Kadar kolesterol dibawah 200mg/dl dianggap aman sedangkan diatas 200mg/dl sudah berbahaya dan menempatkan seseorang pada risiko terkena penyakit jantung dan stroke sehingga penderita perlu pengawasan dalam intake kolesterol khususnya lemak jenuh yang dapat menyebabkan *arterosklerosis*. Kolesterol adalah salah satu turunan lemak, bila kadar kolesterol dalam tubuh cukup, maka zat ini sangat berguna untuk menjalankan fungsi beberapa organ tubuh. Apabila jumlah kolesterol dalam darah meningkat maka dapat terjadi penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah, yang kemudian dapat menyebabkan penyakit jantung dan stroke (Auryn, 2007).

Salah satu penyebab tingginya kejadian stroke di Indonesia, lebih disebabkan karena gaya dan pola hidup masyarakat yang tidak sehat, seperti malas berolahraga, makanan berlemak dan kolesterol tinggi. Serangan stroke yang terjadi pada usia produktif dan muda relatif lebih banyak disebabkan oleh gaya hidup modern yang salah. Tidak peduli makanan yang disantap mengandung kolesterol tinggi. Sering disebutkan kolesterol merupakan salah satu pemicu terjadinya serangan stroke (Corwin, 2000).

#### e. faktor merokok

Hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian dan pendapat Handerson (2002), yang menyatakan merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko *stroke iskemik*, terlepas dari faktor risiko lain yang dapat juga meningkatkan risiko *Subaracnoid Hemoragic* hingga 3,5%.

Merokok adalah penyebab kejadian hipertensi dan stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi *fibrinogen* (faktor penggumpalan darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya *arterosklerosis*. Pada pasien perokok kerusakan yang diakibatkan stroke jauh lebih parah karena dinding bagian dalam (*endorhelial*) pada sistem pembuluh darah otak (*cerebro vaskuler*) biasanya sudah menjadi lemah menyebabkan kerusakan yang lebih besar lagi pada otak sebagai akibat bila terjadi stroke tahap kedua.

**f. Alkohol**

Konsumsi alkohol secara berlebihan dan terus menerus dapat meningkatkan tekanan darah sehingga memperbesar risiko stroke baik yang *iskemik* maupun *hemoragik* karena peningkatan konsumsi alkohol dapat meningkatkan kekentalan darah dan penggumpalan darah sehingga memperbesar risiko hipertensi dan stroke (Handerson, 2002).

Alkohol dapat mempengaruhi tekanan darah bila dikonsumsi dalam jumlah yang berlebihan. Ada sekitar 8% kasus hipertensi disebabkan oleh konsumsi alkohol. Secara fisiologis bahwa konsumsi alkohol yang berlebihan dapat memacu kerja jantung serta tekanan darah mengalami peningkatan dimana alkohol dapat memicu pelepasan hormon epinefrin (adrenalin) yang mempersempit pembuluh darah, dimana kadar alkohol yang dianggap dapat menyebabkan terjadinya gangguan fungsi hati apabila seseorang mengkonsumsi alkohol sebanyak  $\geq 300$  ml (1 gelas) / hari selama kurang lebih satu tahun. Alkoholik atau seorang peminum alkohol dalam jangka waktu yang lama akan berbahaya bagi organ tubuh. Disisi lain bahaya yang akan muncul bila mengkonsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu proses pengobatan penyakit stroke. Dimana dengan mengkonsumsi alkohol dapat mengganggu efektifitas beberapa jenis obat pengontrol tekanan darah dan meningkatkan efek sampingnya (Centhini, 2003).

**KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Faktor riwayat keturunan penyakit stroke memiliki risiko sebesar 2,875 kali terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009.
2. Faktor penyakit hipertensi memiliki risiko sebesar 6,348 kali terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009
3. Faktor penyakit Diabetes Melitus memiliki risiko sebesar 4,133 kali terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009
4. Faktor kadar kolesterol memiliki risiko sebesar 3,608 kali terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009
5. Faktor merokok memiliki risiko sebesar 4,320 kali terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009
6. Faktor alkohol bukan merupakan faktor risiko kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009
7. Faktor penyakit hipertensi merupakan faktor yang paling dominan/utama atau memiliki risiko lebih besar dibanding faktor riwayat keturunan penyakit DM, kadar kolesterol dan merokok, terhadap kejadian stroke di Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2009

**SARAN**

1. Kepada keluarga penderita stroke sebaiknya ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan penderita stroke di rumah, untuk mencapai kesembuhan yang optimal.

2. Kepada petugas kesehatan yang ada di Ruang Poli Syaraf dan Ruang Teratai sebaiknya terus meningkatkan upaya penyuluhan kesehatan kepada penderita stroke dan keluarganya tentang faktor risiko kejadian stroke untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan serta pemahaman mereka tentang faktor risiko stroke yang dapat memperparah atau menyebabkan serangan berulang penyakit stroke yang mereka derita.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Aurny., 2007, *Mengenal dan Memahami Stroke*. Ar – Ruzz Media Group, Yogyakarta.
- Brunner dan Suddarth., 2001, *Medical Bedah Edisi VIII*, EGC, Jakarta.
- Bustan, M,N., 1997, *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Chentini., 2003, *Penanganan Penyakit*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Chandra., 1995, *Pengantar Statistika Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Gibson., 1995, *Anatomi dan Fisiologi Modern*, EGC, Jakarta .
- Handerson, L., 2002, *Stroke Panduan Perawat*, EGC, Jakarta.
- Harsono., 1996, *Kapita Selekt Neurologi*, Gajah Madah, Jakarta.
- Marchesin., 200., *Stroke*. <http://www.gemari.or.id.stroke>, 2 Desember 2009.
- National Stroke Asociation., 2006, *Perkembangan Stroke*. [http://www/google.com/National Stroke Asociation](http://www/google.com/NationalStrokeAsociation), 2 Desember 2009.
- Kasjono dan Yasril., 2009, *Analisis Multivariat*, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.
- Mansjoer, A., 2000, *Kapita Selekt Kedokteran*, Media Aesculapius, Jakarta.
- Notoadmodjo, S., 2003, *Metodologi Ilmu Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- N, Nasry, N., 2002, *Epidemiologi* . Hasanuddin Universitas Press, Makasar.
- Penny dan Mark., 1995, *Kiat Menghindari Penyakit Jantung*, PT.Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Price., 1995, *Patofisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta.
- Sugiyono., 2001, *Statistik Non Parametrik untuk Penelitian*, Alfa Beta, Bandung
- Sustrani., 2003, *Stroke*, PT.Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soeparman., 2000, *Ilmu Penyakit Dalam*, Karya Medika, Bandung.
- Sylvia., 1995, *Patofisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta.
- Timmreck, T, C., 2004, *Epidemiologi Suatu Pengantar*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC Edisi 2, Jakarta.
- Tjokronegoro., 2003, *Ilmu Penyakit Dalam*, FKUI, Jakarta.
- Visara., 2004, *Strategi Nasional Penanganan Strok*. [kbi.gemari.or.id/berita\\_detail.php.strategi nasional penanganan stroke/google.com](http://kbi.gemari.or.id/berita_detail.php.strategi_nasional_penanganan_stroke/google.com), 2 Desember 2009.
- Yayasan Stroke Indonesia., 2008, *Rawan Stroke di Indonesia*. <http://www.rawanstrokedIndonesia.wordpress.com/google.com>, 2 Desember 2009.

## Hubungan Sanitasi Rumah Tinggal Dengan Kejadian Penyakit Ispa Pada Balita Di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rوتا Kabupaten Konawe

**Salamang Mamang**

*Staf pengajar Prodi Kesehatan Masyarakat  
STIKES Mandala Waluya Kendari*

### **Abstrak**

Infeksi Saluran Pernafasan Akut merupakan salah satu penyebab kesakitan pada Balita di Puskesmas Rوتا, hal tersebut dipengaruhi oleh, Faktor lingkungan seperti : Kepadatan Hunian, Kelembaban Ruangan, Ventilasi Rumah serta Jenis lantai yang belum memenuhi syarat kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Sanitasi Rumah Tinggal dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rوتا Kabupaten Konawe. Jenis Penelitian merupakan penelitian Analitik Observasional dengan Rancangan *Cross Sectional Study*, Populasi dalam penelitian ini sebanyak 104 dengan jumlah sampel sebanyak 83 sampel. Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa ada Hubungan yang sedang antara Jenis lantai ( $X^2_{hit} 22,505 > X^2_{tab} 3,841$  dan  $Q = 0,521$ ), ada hubungan yang rendah antara ventilasi rumah ( $X^2_{hit} 5,958 > X^2_{tab} 3,841$  dan  $Q = 0,268$ ), ada hubungan yang rendah antara Kelembaban ruangan ( $X^2_{hit} 12,330 > X^2_{tab} 3,841$  dan  $Q = 0,385$ ), ada hubungan yang rendah antara kepadatan Hunian ( $X^2_{hit} 8,295 > X^2_{tab} 3,841$  dan  $Q = 0,316$ ) dengan Kejadian Ispa pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rوتا. Ada Hubungan antara Jenis lantai, Ventilasi, Kelembaban Ruangan dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Ispa Pada Balita dan Upaya yang dilakukan untuk menurunkan kejadian Ispa pada Balita yaitu melalui peningkatan PHBS disetiap rumah dan kebiasaan untuk membuka jendela agar sirkulasi udara lancar, cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah, menjaga kebersihan rumah dengan sering menyapu dan mengepel lantai serta tidak merokok dekat dengan bayinya.

**Kata Kunci** : *ISPA, Jenis Lantai, Ventilasi, Kelembaban, dan Kepadatan Hunian.*

### **Abstrack**

Upper acute respiratory infection is one of the prime morbidity of children under five of the rوتا healthcentre. It was caused by sanitation factors consist of housing density, rooming moisture, unqualification fulfil of ventilation and unqualification fulfil of floor. Generally the objective of this study was to determine relation between home sanitation with the incidence of acute respiratory infection in children under five in the working area of rوتا health centre at Konawe Regency. This was an observational study using cross sectional design with the number of population was 104 house and the number of sampels was 83 sampels. This result of research shown that there is sufficient relation between kind of floor ( $x^2$  count 22,505  $>$   $x^2$  tab 3,841 and  $Q = 0,521$ ) there is low relation between housing ventilation ( $x^2$  count 5,958  $>$   $x^2$  tab 3,841 and  $Q = 0,268$ ), there is low relation between rooming moisture ( $x^2$  count 12,330  $>$   $x^2$  tab 3,841 and  $Q = 0,385$ ), there is low relation between housing density ( $x^2$  count 8,295  $>$   $x^2$  tab 3,841 and  $Q = 0,316$ ) with the incidence of acute respiratory infection in children under five in the working area of rوتا health centre at Konawe Regency. There is relation between kind of floor, ventilation, rooming moisture, and housing density with the incidence of acute respiratory infection in children under five. The effort to descend the incidence of acute respiratory infection in children under five consist of increasing PHBS in each home and make a habit to open the window in order to fluent air sirculation, sun light can entry in to the home, keep clean the house, sweeping and clean the floor and then not smoking near the baby.

**Key Words** : *Acute respiratory infection, kind of floor, housing ventilation, rooming moisture, and housing density.*

## PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) tahun 2008 memperkirakan kejadian (insiden) ISPA di Negara berkembang dengan angka kematian diatas 40 per 1000 kelahiran hidup adalah 15-20 % pertahun. Secara teoritis diperkirakan bahwa 10 % dari penderita akan meninggal bila tidak diberi pengobatan. Proporsi kematian yang disebabkan oleh ISPA mencakup 20 - 30% dari seluruh kematian balita (Depkes, 2010). Berdasarkan Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) bidang kesehatan, angka kematian ISPA di Indonesia lima per seribu pada 2000 akan diturunkan menjadi tiga per seribu pada akhir 2005. Prevalensi Nasional Infeksi Saluran Pernafasan Akut (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) adalah 25,50%. Sebanyak 16 provinsi mempunyai prevalensi Infeksi Saluran Pernafasan Akut di atas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Bengkulu, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Jawa Tengah, Banten, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Maluku, Papua Barat, dan Papua. Sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi ISPA khususnya Pneumonia di atas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Jawa Barat, Banten, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua (Riset Kesehatan Dasar Nasional, 2007). Hasil Riset Kesehatan Dasar Sultra 2007, secara umum prevalensi ISPA lebih tinggi dibandingkan dengan *Pneumonia*, TB paru dan campak.

Dalam Indikator Sanitasi Rumah Tinggal variabel yang berhubungan dengan ISPA atau yang dimaksud faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit ISPA adalah faktor ekstrinsik dan intrinsik. Faktor ekstrinsik terdiri dari kepadatan hunian, jenis lantai, sarana pembuangan asap dapur dan ventilasi rumah. Sedangkan faktor intrinsik terdiri dari umur, jenis kelamin, status gizi, status imunisasi, pemberian vitamin A pada saat nifas/ Balita dan pemberian ASI. Berdasarkan observasi awal diperoleh data jumlah Balita yang berkunjung untuk berobat di puskesmas Rouda berjumlah 65 Balita yang terdiri dari 7 desa yang berada di wilayah kerja puskesmas rouda. Diantara 65 Balita tersebut terdapat 35 Balita yang berasal dari Desa Tirawonua. Hal ini menunjukkan bahwa penderita ISPA yang tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Rouda adalah Desa Tirawonua (Profil Puskesmas Rouda, 2014). Data di Puskesmas Rouda menunjukkan bahwa kasus ISPA selalu termasuk urutan pertama dalam 10 besar penyakit (Profil Puskesmas Rouda, 2014). Dari 10 rumah masyarakat di Desa Tirawonua wilayah kerja Puskesmas Rouda diperoleh dari 3 rumah yang kondisi sanitasi rumah tinggalnya memenuhi syarat dan 7 rumah yang kondisi sanitasi rumah tinggalnya tidak memenuhi syarat. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi sanitasi rumah tinggal masyarakat di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rouda masih banyak yang tidak memenuhi syarat sanitasi rumah tinggal.

Bertitik tolak dari uraian di atas, untuk itu penulis melakukan penelitian dengan judul, "Hubungan Sanitasi Rumah Tinggal dengan Kejadian Penyakit ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rouda Kabupaten Konawe tahun 2014".

## METODE

Dalam penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik observasional dengan menggunakan desain/rancangan *cross sectional study*. Penelitian ini dilaksanakan di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rouda Kabupaten Konawe Propinsi Sulawesi Tenggara. Pertimbangan pemilihan lokasi karena pemukiman penduduk/masyarakat masih kurang memenuhi syarat kesehatan (lantai semen, semipermanen dan ventilasi) dan penyakit ISPA menduduki urutan pertama tertinggi dari 30 Puskesmas di wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe. Populasi dalam penelitian ini adalah semua rumah yang berada di Desa Tirawonua Wonua wilayah kerja Puskesmas Rouda berjumlah 104 rumah. Adapun

sampel dalam penelitian ini adalah sebagian rumah di Desa Tirawunua, respondennya adalah pemilik rumah yang berjumlah 83 responden dengan teknik pengambilan sampel *simple random sampling*.

**HASIL**

**1. Hubungan Jenis Lantai dengan Kejadian ISPA Pada Balita**

Hubungan jenis lantai dengan kejadian ISPA terbagi dalam dua kategori yaitu lantai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan lantai rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan sebagaimana yang terdapat dalam tabel di bawah:

**Tabel 1. Hubungan Jenis Lantai dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawunua Wilayah Kerja Puskesmas Rouda Kabupaten Konawe**

| No                       | Jenis Lantai | Kejadian ISPA |             |                 |             | Jumlah        |            |
|--------------------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|------------|
|                          |              | Menderita     |             | Tidak Menderita |             | N             | %          |
|                          |              | n             | %           | n               | %           |               |            |
| 1.                       | TMS          | 40            | 48,2        | 5               | 6,0         | 45            | 54,2       |
| 2.                       | MS           | 15            | 18,1        | 23              | 27,7        | 38            | 45,8       |
| <b>Jumlah</b>            |              | <b>55</b>     | <b>66,3</b> | <b>28</b>       | <b>33,7</b> | <b>83</b>     | <b>100</b> |
| <b>X<sup>2</sup> hit</b> |              |               |             |                 |             | <b>22,505</b> |            |
| <b>X<sup>2</sup> tab</b> |              |               |             |                 |             | <b>3,841</b>  |            |
| <b>Phi</b>               |              |               |             |                 |             | <b>0,521</b>  |            |

*Sumber: Data Primer, Tahun 2014*

Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2 \text{ hit} = 22,505 > X^2 \text{ tab} = 3,841$  dengan nilai (Phi) 0,521 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara Jenis lantai responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang sedang.

**2. Hubungan Ventilasi Rumah dengan Kejadian ISPA Pada Balita**

Hubungan ventilasi rumah dengan kejadian ISPA terbagi dalam dua kategori yaitu ventilasi rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan ventilasi rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan sebagaimana yang terdapat dalam tabel di bawah:

**Tabel 2. Hubungan Ventilasi Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawunua Wilayah Kerja Puskesmas Rouda Kabupaten Konawe**

| No                       | Ventilasi Rumah | Kejadian ISPA |             |                 |             | Jumlah       |            |
|--------------------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|--------------|------------|
|                          |                 | Menderita     |             | Tidak Menderita |             | N            | %          |
|                          |                 | n             | %           | N               | %           |              |            |
| 1.                       | TMS             | 37            | 44,6        | 11              | 13,3        | 48           | 57,8       |
| 2.                       | MS              | 18            | 21,7        | 17              | 20,5        | 35           | 42,2       |
| <b>Jumlah</b>            |                 | <b>55</b>     | <b>66,3</b> | <b>28</b>       | <b>33,7</b> | <b>83</b>    | <b>100</b> |
| <b>X<sup>2</sup> hit</b> |                 |               |             |                 |             | <b>5,958</b> |            |
| <b>X<sup>2</sup> tab</b> |                 |               |             |                 |             | <b>3,841</b> |            |
| <b>Phi</b>               |                 |               |             |                 |             | <b>0,268</b> |            |

*Sumber: Data Primer, Diolah Tahun 2014*

Tabel.2 menunjukkan bahwa dari 83 sampel responden, hubungan antara ventilasi rumah dengan kejadian ISPA pada balita lebih banyak terdapat pada responden yang memiliki ventilasi yang tidak memenuhi syarat dengan jumlah 48 responden (57,8%)

dibandingkan dengan responden yang memiliki ventilasi rumah yang memenuhi syarat dengan jumlah 35 responden (42,2%).

Responden yang memiliki ventilasi rumah yang tidak memenuhi syarat dan menderita ISPA lebih banyak dengan jumlah 37 responden (44,6%) dibandingkan dengan responden yang memiliki ventilasi rumah yang tidak memenuhi syarat dan tidak menderita penyakit ISPA dengan jumlah 11 responden (13,3%). hal ini disebabkan oleh faktor lain seperti status imunisasi balita sehingga daya tahan tubuh balita meningkat. Responden yang memiliki ventilasi rumah yang memenuhi syarat lebih banyak menderita penyakit ISPA dengan jumlah 18 responden (21,7%) disebabkan oleh kebiasaan merokok orang tua didalam rumah, kepadatan hunian rumah, dan asap dapur. Dibandingkan dengan responden yang memiliki ventilasi rumah yang memenuhi syarat dan tidak menderita penyakit ISPA dengan jumlah 17 responden (20,5%). Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2 \text{ hit } 5,958 > X^2 \text{ tab } 3,841$  dengan nilai (Phi) 0,268 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara ventilasi rumah responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang rendah.

**3. Hubungan Kelembaban Ruang dengan Kejadian ISPA Pada Balita**

Hubungan Kelembaban ruangan dengan kejadian ISPA terbagi dalam dua kategori yaitu kelembaban ruangan yang memenuhi syarat kesehatan dan kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat kesehatan sebagaimana yang terdapat dalam tabel di bawah:

**Tabel 3. Hubungan Kelembaban Ruang dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rota Kabupaten Konawe**

| No                       | Kelembaban Ruang | Kejadian ISPA |             |                 |             | Jumlah        |            |
|--------------------------|------------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|------------|
|                          |                  | Menderita     |             | Tidak Menderita |             | N             | %          |
|                          |                  | N             | %           | N               | %           |               |            |
| 1.                       | TMS              | 38            | 45,8        | 8               | 9,6         | 46            | 55,4       |
| 2.                       | MS               | 17            | 20,5        | 20              | 24,1        | 37            | 44,6       |
| <b>Jumlah</b>            |                  | <b>55</b>     | <b>66,3</b> | <b>28</b>       | <b>33,7</b> | <b>83</b>     | <b>100</b> |
| <b>X<sup>2</sup> hit</b> |                  |               |             |                 |             | <b>12,330</b> |            |
| <b>X<sup>2</sup> tab</b> |                  |               |             |                 |             | <b>3,841</b>  |            |
| <b>Phi</b>               |                  |               |             |                 |             | <b>0,385</b>  |            |

Sumber: Data Primer, Diolah Tahun 2014

Tabel 3. menunjukkan bahwa dari 83 sampel responden, hubungan antara Kelembaban ruangan dengan kejadian ISPA pada balita lebih banyak terdapat pada responden yang Kelembaban ruangnya tidak memenuhi syarat dengan jumlah 46 responden (55,4%) dibandingkan dengan responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang memenuhi syarat dengan jumlah 37 responden (44,6%). Responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat dan menderita penyakit ISPA lebih banyak dengan jumlah 38 responden (45,8%) dibandingkan dengan responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat dan tidak menderita penyakit ISPA dengan jumlah 8 responden (9,6%) disebabkan oleh faktor lain, yaitu perilaku PHBS responden yang baik.

Responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang memenuhi syarat dan tidak menderita ISPA lebih banyak dengan jumlah 20 responden (24,1%) dibandingkan dengan responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang memenuhi syarat tapi menderita penyakit ISPA dengan jumlah 17 responden (20,5%) hal ini disebabkan oleh kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat responden.

Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  hit 12,330 >  $X^2$  tab 3,841 dengan nilai (Phi) 0,385 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara Kelembaban rumah responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang rendah.

**4. Hubungan Kepadatan Penghuni Rumah dengan Kejadian ISPA Pada Balita**

Hubungan kepadatan penghuni rumah dengan kejadian ISPA terbagi dalam dua kategori yaitu kepadatan penghuni rumah tidak padat dan kepadatan penghuni rumah padat sebagaimana yang terdapat dalam tabel di bawah ini:

**Tabel 4. Hubungan Kepadatan Penghuni Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe**

| No                          | Kepadatan Penghuni Rumah | Kejadian ISPA |             |                 |             | Jumlah       |            |
|-----------------------------|--------------------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|--------------|------------|
|                             |                          | Menderita     |             | Tidak Menderita |             | N            | %          |
|                             |                          | n             | %           | N               | %           |              |            |
| 1.                          | Padat                    | 36            | 43,4        | 9               | 10,8        | 45           | 54,2       |
| 2.                          | Tidak Padat              | 19            | 22,9        | 19              | 22,9        | 38           | 45,8       |
| <b>Jumlah</b>               |                          | <b>55</b>     | <b>66,3</b> | <b>28</b>       | <b>33,7</b> | <b>83</b>    | <b>100</b> |
| <b><math>X^2</math> hit</b> |                          |               |             |                 |             | <b>8,295</b> |            |
| <b><math>X^2</math> tab</b> |                          |               |             |                 |             | <b>3,841</b> |            |
| <b>Phi</b>                  |                          |               |             |                 |             | <b>0,316</b> |            |

*Sumber: Data Primer, Diolah Tahun 2014*

Tabel 4. menunjukkan bahwa dari 83 sampel responden, hubungan antara Kepadatan Hunian rumah dengan kejadian ISPA pada balita lebih banyak terdapat pada responden yang memiliki tempat tinggal yang padat dengan jumlah 45 responden (54,2%) disbanding responden yang tidak memiliki tempat tinggal yang padat dengan jumlah 38 responden (45,8%). Responden yang memiliki tempat tinggal yang padat penghuninya dan menderita ISPA lebih banyak dengan jumlah 36 responden (43,4%) dibanding responden yang memiliki kepadatan hunian tapi tidak menderita ISPA dengan jumlah 9 responden (10,8%). Responden yang memiliki tempat tinggal yang tidak padat tapi menderita penyakit ISPA berjumlah 19 responden (22,9%).hal ini disebabkan oleh faktor lain, walaupun kepadatan hunian menjadi masalah responden yang baik tetapi faktor lain seperti Ventilasi, bahan bakar masak dan kebiasaan merokok dapat menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya ISPA. Sedangkan responden yang tidak padat penghuninya dan tidak menderita ISPA berjumlah 19 responden (22,9%).hal ini disebabkan karena perilaku Hidup Bersih dan sehat penghuni rumah tersebut baik. Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  hit 8,295 >  $X^2$  tab 3,841 dengan nilai (Phi) 0,316 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara kepadatan Hunian responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang rendah.

**PEMBAHASAN**

**Hubungan antara Jenis Lantai terhadap kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe**

Penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara Jenis Lantai dengan kejadian ISPA pada balita lebih banyak terdapat pada responden yang memiliki lantai yang tidak memenuhi syarat dibandingkan dengan responden yang memiliki jenis lantai memenuhi syarat. Responden yang jenis lantainya tidak memenuhi syarat dan tidak menderita ISPA disebabkan oleh faktor lain, yaitu status imunisasi balita lengkap dan system kekebalan tubuh responden yang baik karena gizi cukup.Responden yang memiliki jenis lantai memenuhi syarat, tapi menderita ISPA

disebabkan oleh kepadatan hunian rumah, status imunisasi balita, kebiasaan merokok orang tua didalam rumah dll. dibandingkan dengan responden yang memiliki jenis lantai yang memenuhi syarat dan tidak menderita penyakit ISPA.

Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  hit 22,505 >  $X^2$  tab 3,841 dengan nilai (Phi) 0,521 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara Jenis lantai responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang sedang. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lubis (2002) dengan kesimpulan bahwa Jenis lantai yang tidak memenuhi syarat dapat berpengaruh terhadap kejadian ISPA pada balita. Jenis lantai rumah yang terbuat dari tanah dapat menimbulkan debu sehingga dapat mengakibatkan penghuni didalam rumah tersebut menderita ISPA khususnya balita karena balita memiliki kekebalan tubuh yang sangat rentan untuk menderita penyakit khususnya penyakit saluran pernapasan seperti ISPA.

Berdasarkan ketentuan Ditjen PPM dan PL(2002) syarat baku mutu lingkungan ditentukan bahwa debu maksimum 350 mm<sup>3</sup>/m<sup>2</sup>per hari, lantai yang baik adalah yang kedap air, tidak lembab, bahan lantai mudah dibersihkan dan dalam keadaan kering dan tidak menghasilkan debu. Menurut Suyanto (2005) Universitas Samratulangi Manado menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Jenis lantai rumah dengan kejadian ISPA pada balita. Jenis lantai rumah yang tidak memenuhi syarat seperti terbuat dari tanah dan semen serta papan pada saat musim kemarau dapat menimbulkan Debu yang sulit untuk dibersihkan sehingga dapat mengganggu saluran pernapasan dan dapat menimbulkan gejala sukar bernapas bahkan dapat menimbulkan terjadinya penyakit ISPA.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa sebagian besar rumah responden mempunyai lantai rumah berupa semen, setengah plester, tanah bahkan ada yang terbuat dari papan, sehingga pada musim kemarau akan menghasilkan debu dan sulit untuk dibersihkan. Debu dapat menyebabkan iritasi mukosa saluran pernapasan sehingga dapat merusak sistem mekanisme pertahanan saluran pernapasan, akibatnya bakteri mudah masuk kedalam saluran nafas sehingga mudah menderita ISPA. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan angka kejadian ISPA yang disebabkan oleh Jenis lantai yang tidak memenuhi syarat yaitu dengan menjauhkan anak-anak dari tempat-tempat yang mengganggu pernapasan dan pada saat membersihkan lantai harus disiram dengan air agar tidak menimbulkan debu khususnya lantai yang terbuat dari tanah.

#### **Hubungan antara Ventilasi Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe**

Responden yang memiliki ventilasi rumah yang memenuhi syarat lebih banyak menderita penyakit ISPA disebabkan oleh kebiasaan merokok orang tua di dalam rumah, kepadatan hunian rumah, dan keterpaparan asap dapur, dibandingkan dengan responden yang memiliki ventilasi rumah yang memenuhi syarat dan tidak menderita penyakit ISPA karena PHBS yang baik. Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  hit 5,958 >  $X^2$  tab 3,841 dengan nilai (Phi) 0,268 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara ventilasi rumah responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang rendah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rismawati (2005) bahwa Kondisi ventilasi yang tidak memenuhi syarat dapat berpengaruh terhadap kesehatan dan dapat mengakibatkan terjadinya penyakit ISPA. Dimana kondisi ventilasi yang memenuhi syarat yaitu 10% dari Luas lantai. Dari penelitian tersebut diperoleh nilai *Chi square* 15,467 Dengan nilai (Phi) 0,547 yang berarti bahwa hubungan antara Ventilasi rumah terhadap kejadian ISPA pada balita sedang, pada tingkat kemaknaan (CI) = 95%. Penelitian ini sejalan pula dengan penelitian yang dilakukan Riski Sartika (2006) Universitas Indonesia bahwa ventilasi yang tidak

memenuhi syarat dapat berpengaruh terhadap terjadinya penyakit ISPA khususnya pada balita. Ventilasi yang memenuhi syarat adalah 10% dari Luas lantai dan terjadi pertukaran Udara.

Kepmenkes RI tahun 2002 menyatakan bahwa luas ventilasi minimal 10% dari luas lantai, setiap ruang yang dipakai sebagai ruang kediaman sekurang - kurangnya terdapat satu jendela lubang ventilasi yang langsung berhubungan dengan udara luas bebas rintangan dengan luas 10% luas lantai. Ruangan yang ventilasinya kurang baik akan membahayakan kesehatan khususnya pernapasan khususnya saluran pernapasan. Terdapatnya bakteri diudara disebabkan adanya debu dan uap air. Keadaan ventilasi rumah sangat berhubungan dengan kejadian ISPA. Fungsi ventilasi adalah untuk menjaga agar aliran udara didalam rumah tetapi segar, sehingga keseimbangan oksigen yang diperlukan tetap terjaga. Kurangnya ventilasi menyebabkan kurangnya oksigen dan meningkatnya kadar karbondioksida didalam rumah yang bersifat racun bagi penghuninya, karena akan menghambat afinitas oksigen terhadap hemoglobin darah. Selain itu ventilasi yang buruk menyebabkan aliran udara tidak lancar, sehingga bakteri patogen sulit untuk keluar karena tidak ada aliran udara yang cukup untuk membawa bakteri keluar rumah (Notoadmojo, 2003) Lokasi penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki ventilasi yang tidak memenuhi syarat sehingga sulit terjadi pertukaran udara dan ruangan menjadi pengap sehingga dapat berisiko untuk menderita ISPA.

#### **Hubungan antara Kelembaban Ruangan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe**

Responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat dan menderita penyakit ISPA lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat dan tidak menderita penyakit ISPA disebabkan oleh faktor lain, yaitu perilaku PHBS responden yang baik. Responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang memenuhi syarat dan tidak menderita ISPA lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki Kelembaban ruangan yang memenuhi syarat tapi menderita penyakit Ispa disebabkan oleh kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat responden.

Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  hit 12,330 >  $X^2$  tab 3,841 dengan nilai (Phi) 0,385 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara Kelembaban rumah responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang rendah. Menurut Depkes RI, 2006 bahwa Kelembaban udara yang rendah dapat menyebabkan kerusakan pada lapisan epitel saluran pernapasan sehingga Virus diudara utamanya virus influenza dapat dengan mudah masuk kedalam saluran pernapasan dan dapat mengakibatkan terjadinya pilek. Syarat Kelembaban udara didalam rumah yang memenuhi syarat yaitu 40-70% sedangkan yang tidak memenuhi syarat yaitu < 40% dan > 70% yang dapat mengakibatkan terjadinya infeksi pada saluran pernapasan utamanya ISPA. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budianto (2005) Diwilayah Kerja Puskesmas Tanggerang, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Kelembaban ruangan dengan kejadian ISPA pada balita dengan nilai *chi square* 17,265 dengan nilai (Phi) adalah 0,537 yang berarti bahwa hubungan antara Kelembaban ruangan terhadap kejadian ISPA sangat kuat.

Menurut peneliti pada saat melakukan penelitian bahwa mayoritas responden yang bertempat tinggal di Desa Tirawonua memiliki Kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat. Hal ini dibuktikan bahwa berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden sering menderita ISPA yang disebabkan karena dinginnya suhu. Penelitian ini sejalan pula dengan penelitian yang dilakukan Rianti (2006) universitas Diponegoro menunjukkan bahwa Kelembaban ruangan yang memenuhi syarat adalah Kelembaban ruangan maksimal 40-70%

sedangkan Kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat minimal  $<40\%$  dan  $>70\%$ . Penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Kelembaban ruangan terhadap kejadian ISPA pada balita dengan nilai *chi square* 10,563 dengan nilai (Phi) adalah 0,357.

#### **Hubungan antara Kepadatan Penghuni Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe**

Responden yang memiliki tempat tinggal yang padat penghuninya dan menderita ISPA lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki kepadatan hunian tapi tidak menderita ISPA. Responden yang memiliki tempat tinggal yang tidak padat tapi menderita penyakit ISPA disebabkan oleh faktor lain, walaupun kepadatan hunian menjadi masalah responden yang baik tetapi faktor lain seperti Ventilasi, bahan bakar masak dan kebiasaan merokok dapat menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya ISPA. Sedangkan responden yang tidak padat penghuninya dan tidak menderita ISPA disebabkan oleh perilaku Hidup Bersih dan sehat penghuni rumah tersebut baik. Hasil analisis dan pengolahan data menunjukkan bahwa nilai  $X^2$  hit 8,295  $>$   $X^2$  tab 3,841 dengan nilai (Phi) 0,316 yang berarti bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan interpretasi ada hubungan antara kepadatan Hunian responden dengan Kejadian ISPA pada balita dan memiliki Hubungan yang rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Victoria pada tahun 1993 menyatakan bahwa makin meningkat jumlah orang per kamar akan meningkatkan kejadian ISPA. Semakin banyak penghuni rumah berkumpul dalam suatu ruangan kemungkinan mendapatkan risiko untuk terjadinya penularan penyakit akan lebih mudah, khususnya bayi yang relatif rentan terhadap penularan penyakit (Depkes RI, 2006). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2007) dengan menggunakan *cross sectional study* diperoleh hasil uji statistik dengan *Chi square* terhadap kepadatan hunian dengan kejadian ISPA pada balita diperoleh nilai  $X^2$  20.759 yang artinya responden yang penghuni rumah padat berpengaruh lebih besar untuk menderita penyakit ISPA dibanding dengan penghuni yang tidak padat. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Victoria (1996) dalam Depkes (2000) menyatakan bahwa makin meningkatnya kejadian ISPA, semakin banyak penghuni rumah berkumpul dalam satu ruangan kemungkinan mendapatkan risiko untuk terjadinya penularan penyakit akan lebih mudah. Khususnya bayi yang relatif rentan terhadap penularan penyakit.

#### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa Ada hubungan Sedang antara Jenis Lantai dengan kejadian penyakit ISPA pada Balita di Desa Tirawonua Wilayah Kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe, ada hubungan Rendah antara ventilasi rumah, Kelembaban ruangan dan Kepadatan hunian dengan kejadian penyakit ISPA pada Balita di Desa Tirawonua wilayah kerja Puskesmas Rounta Kabupaten Konawe.

#### **SARAN**

Disarankan bagi pihak pemerintah atau instansi terkait hendaknya meningkatkan sistem kewaspadaan dini terhadap kejadian ISPA melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku Hidup Bersih dan Sehat serta mengadakan penyuluhan tentang ISPA kepada masyarakat secara rutin. Bagi masyarakat hendaknya mempunyai kebiasaan untuk membuka jendela agar sirkulasi udara lancar, cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah, menjaga kebersihan rumah dengan sering menyapu dan mengepel lantai serta tidak merokok di dekat balitanya.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Achmadi, dkk., 2005, *Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas*, <http://www.Achmad.bloh.spot.com> diakses 26 Maret 2014.
- Afrida, 2003, *Kepadatan Hunian terhadap Ispa*, [http:// www.Afrida.yahoo.com](http://www.Afrida.yahoo.com) diakses 3 Juni 2014
- Anwar A, 2006. *Pengaruh Pencemaran Udara "Indoor" Pembakaran Biomassa Terhadap Kesehatan*, Majalah Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Azwar, 2002. *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, PT Mutiara Jember Widya, Jakarta.
- Depkes RI, 2006, *Program Pemberantasan Penyakit ISPA Untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita dalam Pelita VI*, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2006, *Menanggulangi ISPA pada Anak-anak*, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2005, *Paradigma Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2007, *Pedoman Pemberantasan Penyakit ISPA untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita*, Jakarta.
- Dinkes Prov. Sultra, 2007, *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara*, Kendari.
- Dinkes Kabupaten Konawe, 2011, *Profil Kesehatan Kabupaten Konawe*, Konawe.
- Ike Suhandayani, 2007. *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kejadian ISPA* . (<http://digilib.unnes.ac.id> )(online) (diakses 20 Januari 2014).
- Lamusa, Lajamudi, 2006, *Hubungan Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian ISPA*, Unhalu, Kendari.
- Lubis, 2002, *Hubungan Jenis Lantai terhadap kejadian ispa pada balita*, UNDIP, Semarang.
- \_\_\_\_\_, 2007, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Riski Sartika. 2006 *Hubungan Ventilasi dengan Ispa pada Balita*, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Rianti, 2006. *Hubungan Kelembapan Ruangan dengan Ispa pada Balita*, UNDIP, Semarang
- STIKES Mandala Waluya, 2012, *Panduan Penulisan Skripsi*, Kendari.
- Victoria (1996), Depkes, 2002 *Kepadatan Hunian Terhadap ISPA*, Depkes. Jakarta

## Faktor Resiko Kejadian Osteoarthritis Pada Lanjut Usia Di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2015

**Sri Wahyuni**

*Staf Pengajar Prodi Keperawatan*

*STIKES Mandala Waluya Kendari*

### **Abstrak**

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Kab. Muna menunjukkan bahwa jumlah penderita Osteoarthritis selama tiga tahun belakangan cenderung meningkat. Proporsi penderita Osteoarthritis pada tahun 2011 sebanyak 472 orang (9,11 %). Kemudian pada tahun 2012 jumlah kunjungan sebanyak 505 orang (9,40%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor resiko jenis kelamin, aktivitas fisik dan riwayat trauma dengan kejadian Osteoarthritis pada lanjut usia di Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2014. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan rancangan *case control study* yaitu faktor resiko yang ditelusuri dengan menggunakan pendekatan *retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 79 responden yang berada di Poli Interna Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2014 dengan jumlah sampel 44 yang terdiri atas 22 sampel kasus dan 22 sampel kontrol. Analisa data dilakukan dengan menggunakan Uji Odds Ratio (OR) pada tingkat kepercayaan 95%. Hasil penelitian faktor resiko kejadian Osteoarthritis pada lansia di Poli Interna Rumah Sakit Umum Kabupaten Muna Tahun 2014 menunjukkan bahwa jenis kelamin merupakan faktor resiko Osteoarthritis dengan nilai OR = 3,095; aktivitas fisik merupakan faktor resiko Osteoarthritis dengan nilai OR = 3,750 dan riwayat trauma merupakan faktor resiko Osteoarthritis dengan nilai OR = 3,852. Saran. Diharapkan kepada para lansia khususnya yang berjenis kelamin wanita untuk lebih mewaspadai kejadian Osteoarthritis. Lansia juga dapat beraktivitas sesuai dengan usianya dan lebih berhati-hati saat melakukan aktivitas. Lansia yang sudah pernah mengalami trauma agar lebih mewaspadai osteoarthritis sehingga dapat meminimalisir berbagai faktor resiko yang dapat mengakibatkan Osteoarthritis.

**Kata Kunci :** *Osteoarthritis, Jenis Kelamin, Aktivitas Fisik, Riwayat Trauma, Poliklinik Interna Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna*

### **Abstract**

*Based on the data obtained from the General Hospital of Muna Regency shows that Osteoarthritis during the past three years the number of people with osteoarthritis is likely to increase. The suffered proportion of Osteoarthritis in 2011 the number of visits the elderly with osteoarthritis 472 people (9.11%). Then in 2012 the number of visits with Osteoarthritis many as 505 elderly people (9.40%). This study aimed to determine the risk factors of gender, physical activity and history of trauma to the incidence of osteoarthritis at elderly in Interna Polyclinic General Hospital of Muna Regency 2014. The kind of this research are analytic observational with case control study design is traced risk factors using the retrospective approach. Population in this research are 79 respondents in Interna Policlinic General Hospital of Muna Regency 2014 with the total of sample is 49 consist of 22 sample cases and 22 control samples. Data analysis was done by using Test Odds Ratio (OR) at 95% confidence level. The results risk factor of the occurrence of osteoarthritis at elderly in Interna Polyclinic General Hospital of Muna Regency 2014 showed that gender are risk factor of the occurrence of Osteoarthritis with OR = 3.095; physical activity are risk factor of the occurrence of Osteoarthritis with OR = 3.750 and history of are risk factor of the occurrence of Osteoarthritis with OR = 3.852. Advice. It is expected that the elderly, especially the female to be more alert to the incidence of Osteoarthritis. Elderly can also move according to age and be more careful when doing activities. Elderly when ever to experience hystory of trauma to be alert Osteoarthritis so as to minimize the various factors that can lead to Osteoarthritis.*

**Keywords :** *Ostheoarthritis, Gender, Physical Activity, Hystory of Trauma, Interna Policlinic The General Hospital Of Muna Regency*

## PENDAHULUAN

Usia lanjut sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Usia lanjut adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1995), lanjut usia (lansia) adalah tahap masa tua di dalam perkembangan individu dengan batas usia 60 tahun ke atas (Notoatmodjo, 2010).

Data statistik Sulawesi Tenggara tahun 2013 jumlah lanjut usia di Sulawesi Tenggara yaitu 130.182 atau 5,83% dari jumlah penduduk Sulawesi Tenggara. Sedangkan di Kabupaten Muna jumlah lanjut usia yaitu 13.112 atau 4,88% dari jumlah penduduk Kabupaten Muna (Profil Kesehatan Sultra, 2010). Seiring dengan peningkatan jumlah lansia menyebabkan prevalensi penyakit degeneratif juga ikut meningkat. Salah satu penyakit degeneratif yang diderita lanjut usia yaitu Osteoartritis. Osteoartritis merupakan penyakit sendi degeneratif, dimana gejala utama ialah adanya nyeri pada sendi yang terkena terutama waktu bergerak. Selain terjadi karena proses degeneratif, osteoartritis disebabkan oleh banyak faktor seperti jenis kelamin, aktivitas fisik berat, riwayat trauma, obesitas dan sebagainya. Hal ini dapat mengganggu aktivitas hidup sehari-hari sehingga mempengaruhi kualitas hidup lansia (Anonim, 2010).

Osteoartritis merupakan suatu penyakit sendi yang disebabkan oleh adanya perubahan pada tulang rawan dan tulang disekelilingnya, sehingga sendi menjadi tidak elastik dan saling bergeseran antara satu sama lain, dan mengakibatkan rasa ngilu atau nyeri dan pergerakan sendi terbatas. Osteoartritis adalah gangguan pada sendi yang bergerak. Penyakit ini ditandai oleh adanya deteriorasi dan abrasi rawan sendi dan adanya pembentukan tulang baru pada permukaan persendian (Price SA, 2005). Osteoartritis disebut juga penyakit sendi degeneratif atau artritis hipertrofi. Penyakit ini merupakan penyakit kerusakan tulang rawan sendi yang berkembang lambat dan berhubungan dengan usia lanjut. Secara klinis ditandai dengan nyeri, deformitas, pembesaran sendi, dan hambatan gerak pada sendi-sendi tangan dan sendi besar yang menanggung beban. Sering kali berhubungan dengan trauma atau mikrotrauma yang berulang-ulang, obesitas, stress oleh beban tubuh, dan penyakit-penyakit sendi lainnya (Mansjoer dkk, 2008).

Studi pendahuluan, didapatkan jumlah pasien lansia yang berkunjung di Poliklinik Interna periode Juni - Juli 2014 adalah 191 lansia dan 79 kunjungan diantaranya dengan diagnosa penyakit Osteoartritis. Dari data juga didapatkan bahwa jumlah lansia berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan dengan lansia berjenis kelamin laki-laki. Pada perempuan sebanyak 46 orang (58,3%) dan laki-laki sebanyak 33 orang (41,7%). Jika dilihat kejadian Osteoartritis dari segi aktivitas sehari-hari, masyarakat yang berkunjung ke Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna kebanyakan bertani/berkebun dengan kunjungan sebanyak 33 orang (41,77%) dimana kondisi lahan bercocok tanam berada di dataran tinggi yang berbukit. Kemudian yang bekerja sebagai buruh pasar dan pelabuhan sebanyak 28 orang (35,44%) dan pekerja bangunan 13 orang (16,46%) sehingga banyak menggunakan kekuatan yang bertumpu pada lutut. Hal ini memungkinkan penggunaan sendi yang berlebihan serta dapat menyebabkan terjadinya trauma. Sisanya 5 orang (6,33%) bekerja sebagai PNS.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *analitik observational* dengan rancangan *case control study*, yang dimaksudkan untuk melihat resiko terjadinya Osteoartritis. Penelitian kasus kontrol dilakukan dengan mengidentifikasi subjek-subjek yang merupakan kasus dengan karakter efek positif, kemudian diikuti secara *retrospektif* ada tidaknya faktor resiko (kausa/penyebab) yang diduga berperan. Untuk meminimalkan bias maka salah satu cara yang dapat digunakan adalah dengan melakukan matching (pencocokan). Kelompok subjek

kontrol yang dipilih dari individu kondisinya sama dengan subjek kasus. Penelitian ini bertempat di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna. Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua lansia yang didiagnosa menderita Osteoarthritis oleh dokter dan berkunjung di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna selama bulan Mei - Juli 2014 yaitu berjumlah 79 orang sedangkan populasi kontrol penelitian ini adalah semua lansia yang berkunjung dan tidak pernah didiagnosa menderita Osteoarthritis oleh dokter RSUD Kabupaten Muna. Jadi jumlah keseluruhan sampel dalam penelitian ini sebanyak 44 responden dengan pembagian sebagai berikut : Sampel kasus adalah penderita Osteoarthritis yang berkunjung di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna sebanyak 22 lansia. Kriteria responden yang dapat menjadi sampel kasus yaitu: Pasien Osteoarthritis yang teregistrasi di buku catatan medis di Poliklinik Interna RSUD Kab. Muna tahun 2014, Bersedia menjadi responden berusia > 50 tahun. Sampel kontrol adalah bukan penderita Osteoarthritis dan berkunjung di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna sebanyak 22 lansia. Kriteria responden yang dapat menjadi sampel kontrol yaitu: Bukan pasien Osteoarthritis tetapi teregistrasi di buku catatan medis di Poliklinik Interna RSUD Kab. Muna tahun 2014, Bersedia menjadi responden dan Usia > 50 tahun

**HASIL**

**Tabel 9: Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014**

| No.           | Jenis Kelamin  | Kasus     |           | Kontrol   |           | Total     |            |
|---------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|               |                | n         | %         | n         | %         | n         | %          |
| 1.            | Berisiko       | 15        | 34,1      | 9         | 20,4      | 24        | 54,5       |
| 2.            | Tidak Berisiko | 7         | 15,9      | 13        | 29,6      | 20        | 45,5       |
| <b>Jumlah</b> |                | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>44</b> | <b>100</b> |

Sumber : Data Primer 2014

Tabel 9 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kasus, jenis kelamin berisiko terbanyak sebanyak 15 responden (34,1%) sedangkan yang tidak berisiko sebanyak 7 responden (15,9%). Pada kelompok kontrol jenis kelamin berisiko sebanyak 9 responden (20,4%) sedangkan yang tidak berisiko sebanyak 13 responden (29,6%).

**Tabel 10: Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014**

| No            | Aktivitas Fisik | Kasus     |           | Kontrol   |           | Total     |            |
|---------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|               |                 | N         | %         | n         | %         | n         | %          |
| 1.            | Berisiko        | 15        | 34,1      | 8         | 18,2      | 23        | 52,3       |
| 2.            | Tidak berisiko  | 7         | 15,9      | 14        | 31,8      | 21        | 47,7       |
| <b>Jumlah</b> |                 | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>44</b> | <b>100</b> |

Sumber : Data Primer 2014

Tabel 10 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kasus yang mempunyai aktivitas fisik berisiko sebanyak 15 responden (34,1%) dan yang tidak berisiko sebanyak 7 responden (15,9%). Pada kelompok kontrol yang mempunyai aktivitas fisik berisiko sebanyak 8 responden (18,2%) dan yang tidak berisiko sebanyak 14 responden (31,8%).

**Tabel 11 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Trauma di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014**

| No            | Riwayat Trauma | Kasus     |           | Kontrol   |           | Total     |            |
|---------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|               |                | n         | %         | n         | %         | n         | %          |
| 1.            | Berisiko       | 16        | 36,4      | 9         | 20,4      | 25        | 56,8       |
| 2.            | Tidak berisiko | 6         | 13,6      | 13        | 29,6      | 19        | 43,2       |
| <b>Jumlah</b> |                | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>44</b> | <b>100</b> |

Sumber : Data Primer 2014

Tabel 11 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok kasus yang mempunyai riwayat trauma beresiko sebanyak 16 responden (36,4%) dan yang tidak beresiko sebanyak 6 responden (13,6%). Pada kelompok kontrol yang mempunyai riwayat trauma beresiko sebanyak 9 responden (20,4%) dan yang tidak beresiko sebanyak 13 responden (29,6%).

**1. Analisa Bivariat**

Analisa statistik menggunakan rumus Odds Ratio (OR) terhadap faktor resiko antara jenis kelamin, aktivitas fisik dan riwayat trauma dengan kejadian penyakit Osteoartritis pada lanjut usia di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna tahun 2014 adalah sebagai berikut:

**a. Risiko antara jenis kelamin dengan kejadian Osteoartritis**

**Tabel 12 Analisis Resiko Jenis Kelamin Dengan Kejadian Osteoartritis di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014**

| No            | Jenis Kelamin  | Kasus     |           | Kontrol   |           | Total     |            | OR   | CI<br>95%     |
|---------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------|---------------|
|               |                | N         | %         | n         | %         | n         | %          |      |               |
| 1.            | Beresiko       | 15        | 34,1      | 9         | 20,4      | 24        | 54,5       | 3,09 | Lower         |
| 2.            | Tidak Beresiko | 7         | 15,9      | 13        | 29,6      | 20        | 45,5       |      | Upper         |
| <b>Jumlah</b> |                | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>44</b> | <b>100</b> |      | <b>10,651</b> |

Sumber : Data Primer 2014

Tabel 12 tersebut menunjukkan bahwa diantara 24 responden, dengan kategori jenis kelamin beresiko dan menderita osteoartritis sebanyak 15 responden (34,1%) dan 9 responden (20,4%) dengan kategori jenis kelamin beresiko tapi tidak menderita Osteoartritis. Sedangkan diantara 20 responden, jenis kelamin tidak beresiko tapi menderita Osteoartritis sebanyak 7 responden (15,9%) dan 13 responden (29,6%) dengan kategori jenis kelamin tidak beresiko dan tidak menderita Osteoartritis.

Berdasarkan tabel hasil analisa statistik dengan uji Odds Ratio terhadap resiko jenis kelamin pada tingkat kepercayaan (CI) = 95%, diperoleh nilai OR sebanyak 3,095 dengan nilai *lower limit* 0,899 dan nilai *upper limit* 10,651 maka menunjukkan nilai OR > 1 artinya terdapat resiko jenis kelamin perempuan beresiko 3,095 kali lebih berpeluang mengalami Osteoartritis dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki.

**b. Risiko antara aktivitas fisik dengan kejadian Osteoartritis**

**Tabel 13 Analisis Resiko Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Osteoartritis di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014**

| No            | Aktivitas Fisik | Kasus     |           | Kontrol   |           | Total     |            | OR   | CI<br>95%     |
|---------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------|---------------|
|               |                 | n         | %         | n         | %         | n         | %          |      |               |
| 1.            | Beresiko        | 15        | 34,1      | 8         | 18,2      | 23        | 52,3       | 3,75 | Lower         |
| 2.            | Tidak beresiko  | 7         | 15,9      | 14        | 31,8      | 21        | 47,7       |      | Upper         |
| <b>Jumlah</b> |                 | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>44</b> | <b>100</b> |      | <b>13,073</b> |

Sumber : Data Primer 2014

Tabel 13 tersebut menunjukkan bahwa diantara 23 responden, yang memiliki aktivitas fisik beresiko dan menderita Osteoartritis sebanyak 15 responden (34,1%) dan 8 responden (18,2%) dengan aktivitas fisik beresiko tapi tidak menderita Osteoartritis. Sedangkan diantara 21 responden, yang memiliki aktivitas fisik tidak beresiko tapi menderita Osteoartritis sebanyak 7 responden (15,9%) dan 14 responden (31,8%) dengan aktivitas fisik tidak beresiko dan tidak menderita Osteoartritis.

Hasil analisa statistik dengan uji Odds Ratio terhadap resiko aktivitas fisik pada tingkat kepercayaan (CI) = 95%, diperoleh nilai OR sebanyak 3,750 dengan nilai *lower limit* 1,076 dan nilai *upper limit* 13,073 maka menunjukkan nilai OR > 1 artinya terdapat resiko aktivitas fisik dalam kategori beresiko 3,750 kali lebih berpeluang mengalami Osteoartritis dibandingkan dengan responden yang memiliki aktivitas fisik dalam kategori tidak beresiko.

Berdasarkan tabel diatas ada 8 sampel kontrol yang tidak mengalami OA tetapi masuk pada kategori aktivitas fisik beresiko karena rata-rata aktivitas fisik yang dilakukan oleh sampel kontrol itu berlangsung cukup lama dan hampir dilakukan tiap hari mulai dari berdiri lama (2 jam atau lebih setiap hari), jalan pada daerah yang berbukit sampai dengan mendorong atau mengangkat benda-benda yang cukup berat. Aktivitas dan pekerjaan sebagai petani dan kuli dapat membebani sendi-sendi penopang tubuh khususnya lutut dan pinggang sehingga sangat beresiko untuk mengalami penyakit OA.

c. **Risiko antara riwayat trauma dengan kejadian Osteoartritis**

**Tabel 14 Analisis Resiko Riwayat Trauma Dengan Kejadian Osteoartritis di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014**

| No            | Riwayat Trauma | Kasus     |           | Kontrol   |           | Total     |            | OR   | CI 95%                   |
|---------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------|--------------------------|
|               |                | n         | %         | n         | %         | n         | %          |      |                          |
| 1.            | Beresiko       | 16        | 36,4      | 9         | 20,4      | 25        | 56,8       | 3,85 | Lower 1,086 Upper 13,661 |
| 2.            | Tidak beresiko | 6         | 13,6      | 13        | 29,6      | 19        | 43,2       |      |                          |
| <b>Jumlah</b> |                | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>22</b> | <b>50</b> | <b>44</b> | <b>100</b> |      |                          |

Sumber : Data Primer 2014

Hasil analisa statistik dengan uji Odds Ratio terhadap resiko riwayat trauma pada tingkat kepercayaan (CI) = 95%, diperoleh nilai OR sebanyak 3,852 dengan nilai *lower limit* 1,086 dan nilai *upper limit* 13.661 maka menunjukkan nilai OR > 1 artinya terdapat resiko riwayat trauma dalam kategori beresiko 3,852 kali lebih berpeluang mengalami Osteoartritis dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat trauma dalam kategori tidak beresiko.

Berdasarkan tabel diatas ada 9 sampel kontrol yang tidak mengalami OA tetapi masuk pada kategori riwayat trauma beresiko karena responden pada sampel kontrol ini rata-rata memiliki riwayat trauma baik jatuh, keseleo dan kecelakaan baik yang menyebabkan patah tulang maupun tidak. Trauma yang terjadi dapat mengakibatkan rusaknya tulang rawan sendi, sehingga sendi menjadi rusak ini menimbulkan nyeri dan hal ini pula yang memperbesar untuk menjadi resiko kejadian OA.

**PEMBAHASAN**

**Faktor risiko jenis kelamin terhadap kejadian Osteoartritis pada lanjut usia di Poliklinik Interna RSUD Kab. Muna**

Pada analisa univariat diperoleh jumlah responden perempuan 24 responden (54,5%) dan laki-laki 20 responden (45,5%). Pada analisa bivariat diperoleh jenis kelamin beresiko 24 responden (54,5%) dan jenis kelamin tidak beresiko 20 responden (45,5%). Ada 9 sampel kontrol yang tidak mengalami Osteoartritis tetapi masuk pada kategori jenis kelamin beresiko hal ini karena mayoritas sampel tersebut adalah perempuan yang memiliki berat badan berlebihan atau obesitas. Obesitas merupakan salah satu faktor yang berperan dalam progresivitas Osteoartritis. Usia pada sampel kontrol yang rata-rata diatas 50 tahun yang juga mempengaruhi dari produksi hormon estrogen. Hal-hal tersebut diatas yang akan menjadi resiko pada jenis kelamin perempuan ini untuk mengalami Osteoartritis.

Terdapat 7 sampel kasus yang mengalami Osteoarthritis tetapi masuk pada kategori jenis kelamin tidak beresiko karena pada usia kurang dari 45 tahun Osteoarthritis lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan tetapi hal ini menjadi berbanding terbalik pada sampel kasus dimana rata-rata sampelnya berusia diatas 50 tahun sehingga lansia dengan jenis kelamin laki-laki peluangnya untuk mengalami Osteoarthritis lebih kecil dibanding dengan yang lansia yang berjenis kelamin perempuan

Perempuan yang memasuki masa menopause atau berusia lebih dari 50 tahun akan mengalami penurunan hormon terutama estrogen dan fungsi fisiologis tubuh lainnya, sedangkan fungsi dari hormon estrogen salah satunya adalah membantu sintesa kondrosit dalam matriks tulang, dan jika estrogen menurun maka sintesa proteoglikan dan kolagen juga menurun sedang aktivitas lisosom meningkat, hal inilah yang menyebabkan OA banyak terjadi pada wanita (Khairani, 2013). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terbaru yang dilakukan Peni (2013) dimana sebagian besar pasien Osteoarthritis berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 72,1% dibandingkan dengan laki-laki yaitu sebanyak 27,9%. Penelitiannya menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan gejala pada pasien Osteoarthritis dimana perempuan memiliki gejala yang lebih berat dibandingkan laki-laki. Hal ini disebabkan karena laju rata-rata hilangnya kartilago sendi di proksimal tibia 4 kali lebih tinggi dan di patella 3 kali lebih tinggi dari laju rata-rata pada laki-laki.

#### **Faktor resiko aktivitas fisik terhadap kejadian Osteoarthritis pada lanjut usia di Poliklinik Interna RSUD Kab. Muna**

Pada analisa univariat diperoleh jumlah responden dengan aktivitas fisik beresiko 23 responden (52,3%) dan aktivitas fisik tidak beresiko 21 responden (47,7%). Pada analisa bivariat, berdasarkan tabel 13 ada 8 sampel kontrol yang tidak mengalami OA tetapi masuk pada kategori aktivitas fisik beresiko karena rata-rata aktivitas fisik yang dilakukan oleh sampel kontrol itu berlangsung cukup lama dan hampir dilakukan tiap hari mulai dari berdiri lama (2 jam atau lebih setiap hari), jalan pada daerah yang berbukit sampai dengan mendorong atau mengangkat benda-benda yang cukup berat. Aktivitas dan pekerjaan sebagai petani dan kuli dapat membebani sendi-sendi penopang tubuh khususnya lutut dan pinggang sehingga sangat beresiko untuk mengalami penyakit OA.

Menurut Bambang, Osteoarthritis banyak ditemukan pada pekerja fisik berat, terutama yang banyak menggunakan kekuatan yang bertumpu pada lutut. Prevalensi lebih tinggi menderita OA ditemukan pada kuli pelabuhan, petani dan penambang dibandingkan pekerja yang tidak banyak menggunakan kekuatan sendi seperti pekerja administrasi (Maharani, 2007). Aktifitas fisik seperti berjalan, naik turun tangga, berdiri lama atau saat tidur sangat berpengaruh pada derajat gangguan fungsional. Selain nyeri, gejala yang dimunculkan (*symptom*) seperti kekakuan pada sendi saat bangun tidur di pagi hari, adanya pembengkakan pada sendi, bunyi kliking saat lutut digerakkan atau adanya keterbatasan lingkup gerak sendi akan mempengaruhi aktivitas hidup sehari-hari seperti melaksanakan sholat, aktivitas BAK dan BAB (*toileting*), mengurus rumah tangga (*home management*) dan aktivitas kerja. Akibat adanya gangguan pada sendi lutut menyebabkan individu tidak dapat melaksanakan hobi seperti olahraga yang banyak menumpu pada kaki, juga kegiatan rekreasi yang dapat berdampak pada gangguan psikis individu dan dalam jangka panjang akan terpengaruh pada menurunnya kualitas hidup individu.

Hindari atau kurangi aktivitas yang dapat menimbulkan nyeri pada sendi, seperti jongkok, berdiri lama, naik turun tangga. Segera setelah nyeri berkurang penting untuk kembali beraktivitas sehingga menjaga otot-otot sekitar sendi tidak menjadi mengecil/ atrofi (Anonim, 2011). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Eka Maharani Pratiwi (2007) yang menyatakan bahwa kebiasaan aktivitas fisik dan bekerja dengan beban berat akan

beresiko terserang OA 2,25 kali lipat dibandingkan dengan orang yang tidak biasa beraktifitas dan bekerja dengan beban berat.

#### **Faktor resiko riwayat trauma terhadap kejadian Osteoartritis pada lanjut usia di Poliklinik Interna RSUD Kab. Muna**

Pada analisa univariat diperoleh jumlah responden dengan riwayat trauma beresiko 25 responden (56,8%) dan riwayat trauma tidak beresiko 19 responden (43,2%). Pada analisa bivariat, berdasarkan tabel 14 ada 9 sampel kontrol yang tidak mengalami OA tetapi masuk pada kategori riwayat trauma beresiko karena responden pada sampel kontrol ini rata-rata memiliki riwayat trauma baik jatuh, keseleo dan kecelakaan baik yang menyebabkan patah tulang maupun tidak. Trauma yang terjadi dapat mengakibatkan rusaknya tulang rawan sendi, sehingga sendi menjadi rusak ini menimbulkan nyeri dan hal ini pula yang memperbesar untuk menjadi resiko kejadian OA. Terdapat 6 sampel kasus yang mengalami OA tetapi masuk pada kategori riwayat trauma tidak beresiko karena nyeri yang mereka alami saat dilakukan penelitian telah ada jauh sebelum mereka terjatuh. Hal ini disebabkan karena sampel kasus ini menderita penyakit lain yaitu rematik dan asam urat. Sehingga responden kasus ini masuk pada kategori riwayat trauma tidak beresiko.

Menurut Bambang, cedera sendi terutama pada sendi-sendi penumpu berat badan seperti sendi pada lutut berkaitan dengan resiko Osteoartritis yang lebih tinggi. Trauma lutut yang akut termasuk robekan pada ligamentum krusiatum dan meniskus merupakan faktor resiko timbulnya OA (Wahyuningsih, 2011). Injuri dapat mengakibatkan rusaknya tulang rawan sendi, baik yang bersifat trauma akut maupun trauma berulang yang melebihi kekuatan otot dan tendon periartikular untuk menahan beban mekanik dan menyalurkannya ke rawan sendi, sehingga sendi menjadi rusak hingga dapat menimbulkan Osteoartritis (Anonim, 2011). Riwayat trauma seperti keseleo ataupun cedera yang terjadi dapat di ikuti dengan peradangan. Peradangan ini dapat menyebabkan kerusakan kartilago atau tulang rawan sendi, sehingga sendi menjadi rusak dan dapat menimbulkan osteoartritis (Maharani, 2007).

#### **KESIMPULAN**

1. Jenis kelamin perempuan merupakan faktor resiko 3x kejadian Osteoartritis dibanding dengan jenis kelamin laki-laki dengan nilai OR = 3,095 di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014.
2. Aktivitas fisik yang berat merupakan faktor resiko 3x kejadian Osteoartritis pada lanjut usia dibanding dengan aktivitas fisik tidak beresiko dengan nilai OR = 3,750 di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014.
3. Riwayat trauma merupakan faktor resiko 3x kejadian Osteoartritis pada lanjut usia dibanding dengan riwayat trauma tidak beresiko dengan nilai OR = 3,852 di Poliklinik Interna RSUD Kabupaten Muna Tahun 2014.

#### **SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Instansi terkait; Berperan aktif dalam memberikan informasi melalui penyuluhan pada saat kunjungan pasien khususnya yang mengalami Osteoartritis dengan mewaspadai gejala awal penyakit dan memperhatikan faktor resiko seperti pada pasien dengan usia lanjut guna menghindari resiko kejadian Osteoartritis dapat dideteksi sedini mungkin.
2. Lansia dan keluarga; Diharapkan kepada para lansia khususnya yang berjenis kelamin perempuan untuk lebih mewaspadai kejadian Osteoartritis. Lansia juga diharapkan agar dapat melakukan aktivitas sesuai dengan usianya dan lebih berhati-hati saat melakukan

aktivitas. Lansia yang memiliki riwayat trauma untuk lebih mewaspadai hal-hal yang menjadi faktor resiko dari kejadian Osteoarthritis.

3. Peneliti selanjutnya; Perlu diadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor resiko lain yang berhubungan dengan kejadian penyakit Osteoarthritis.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2010. *Osteoarthritis Genu*. <http://viramedika.blogspot.com>. Diakses 10 April 2014
- \_\_\_\_\_. 2011. *Osteoarthritis*. <http://digilib.unimus.ac.id>. Diakses 12 Mei 2014
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Brunner & Suddarth. 2005. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Chandra, B., 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Data RSUD Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2013
- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta : PT. Erlangga
- Hamid, Fadillah. 2011. *Osteoarthritis-Nyeri Sendi*. <http://fadillahamid.blogspot.com/2011/06/osteoarthritis-nyeri-sendi.html>. Diakses 8 April 2014
- Isbagio, H., 2008. *Struktur Tulang Rawan Sendi Dan Perubahannya Pada Osteoarthritis*. Jakarta : Cermin Dunia Kedokteran
- Khairani, Yulidar. 2013. *Hubungan Umur, Jenis Kelamin, Aktivitas Fisik dan IMT Dengan Kejadian Osteoarthritis Lutut*. Jambi : FKIK Universitas Jambi
- Lifemojo. 2011. <http://www.hd.co.id/info-kesehatan/makanan-musuhnya-tulang>. Diakses 13 Mei 2014
- Maharani, Eka, Pratiwi. 2007. *Faktor Risiko Osteoarthritis Lutut*. [http://eprintsundip.ac.id/17308/1/Eka Pratiwi Maharani.pdf](http://eprintsundip.ac.id/17308/1/Eka%20Pratiwi%20Maharani.pdf). Diakses 8 April 2014
- Mansjoer, Arif dkk. 2008. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid 1*. Jakarta: Media aesculapius
- Ma'rifatul, L., 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Medical record RSUD Kab. Muna Tahun 2013
- Notoatmodjo, S., 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi Cetakan III. Jakarta : Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2010. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nugroho, W., 2008. *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika
- Peni, 2013. *Hubungan Indeks Massa Tubuh (IMT) Dengan Nyeri, Kekakuan Sendi dan Gangguan Aktivitas Fisik Pada Pasien Osteoarthritis Lutut*. Pontianak : Fakultas Kedokteran Untan
- Potter & Perry., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran
- Price, S.A., 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara Tahun 2010
- Rimbauan dan Siagian. 2005. *Cara Mudah Memilih Pangan Yang Menyehatkan*. Jakarta : Penebar Swadaya
- Siregar, Ch. J.P. dan Amalia, L., 2005. *Farmasi Rumah Sakit, Teori dan Penerapan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Somantri, S., <http://daremaulana.blogspot.com/2013/03/makalah-askep-gerontik-aspek-penuaan.html>. Diakses 8 April 2014
- Stanley, M., 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta : EGC
- STIKES-MW. 2013. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Kendari
- Tanyadoc.com. <http://www.tanyadoc.com/kesehatan/osteoarthritis-cegah-sebelum-anda-menderita/2013/>. Diakses 12 Mei 2014

- Trisnantoro, L., 2005. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit Cetakan Kedua*. Yogyakarta : Gama Press
- Wahyuningsih, Merry., 2011 <http://health.detik.com/read/2011/12/06/170435/1784303/763/inidia-5-provinsi-dengan-jumlah-lansia-paling-banyak>. Diakses 8 April 2014
- Askandar, T., 2007. *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes Melitus*. Jakarta : Pt. Gramedia Pustaka Utama



**Hubungan Persepsi, Tradisi Dan Sosial Budaya Dengan Pelaksanaan *Post Natal Care* Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014**

**Wa Ode Nova Noviyanti Rachman**

*Staf Pengajar Prodi Kesehatan Masyarakat  
STIKES Mandala Waluya Kendari*

**Abstrak**

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan. Data pelaksanaan PNC di Puskesmas Rumbia Tengah tahun 2011 sebanyak 269 ibu nifas (74,9%), tahun 2012 sebanyak 261 ibu nifas (65,4%), tahun 2013 sebanyak 212 ibu nifas (66,2%), tahun 2014 periode Januari sampai Maret sebanyak 105 ibu nifas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan persepsi, sosial budaya dengan pelaksanaan *post natal care* di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana tahun 2014. Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan rancangan *cross sectional study*. Populasi adalah semua ibu nifas pada tahun 2014 berjumlah 105 orang. Cara penarikan sampel menggunakan metode *simple random sampling* dimana tiap ibu nifas berkesempatan untuk menjadi sampel sebanyak 52 responden. Analisis data menggunakan uji *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel penelitian. Penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan *post natal care* berhubungan kuat dengan persepsi ( $x^2_{Hit}=22,194$ ;  $\phi=0,653$ ), berhubungan cukup kuat dengan tradisi ( $x^2_{Hit}=17,997$ ;  $\phi=0,588$ ), berhubungan cukup kuat dengan sosial budaya ( $x^2_{Hit} =12,788$ ;  $\phi=0,496$ ). Disarankan bagi ibu nifas mencari informasi pentingnya pelaksanaan *post natal care* secara teratur agar seluk beluk tentang PNC dapat diketahui sehingga mengurangi risiko yang akan muncul.

**Kata Kunci** : *Pelaksanaan Post Natal Care, Persepsi, Tradisi, Sosial Budaya, Puskesmas*

**Abstrack**

Childbirth or *puerperium* periodis the period after parturution completed until restoration of content tools. PNC implementation data in the middle of 2011 thatch health center 269 puerperal woman (74,9%), in 2012 as many 261 purperal woman (65,4%), in 2013 as many 212 purperal woman (66,2%), in 2014 the period of January through March of 105 puerperal woman. This study aimed *to determine the relationship of perception, social and cultural traditions with the implementation of the post natal care health centers working area thatch middle Bombana 2014*. The research is an analytical study with *cross sectional study*. Population is all postpartum mothers in 2014 amounted to 105 people. The sampling use *simple random sampling method* in which each puerperal woman the opportunity to be a sample of 52 respondents. Data analysis using *chi square* test to see the relationship between the study variable. Research shows that the implementation of post natal care is strongly correlated with the perception( $x^2_{Hit}=22,194$ ;  $\phi=0,653$ ), related tradition is strong enough( $x^2_{Hit}=17,997$ ;  $\phi=0,588$ ), strong enough related sociocultural ( $x^2_{Hit} =12,788$ ;  $\phi=0,496$ ). Puerperal woman are advised to seek information about the importance of the implementation of the post natal care on a regular basic so that the ins and outs of the *post natal care* may be known to reduce the risk that would arise.

**Key Word** : *Implementation Post Natal Care, Perception, Tradition, Sociocultural, Health Center*

## PENDAHULUAN

Program Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi neonatal. Salah satu program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah menurunkan kematian dan kejadian sakit di kalangan ibu, dan untuk mempercepat penurunan angka Kematian Ibu dan Anak adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan perinatal di tingkat pelayanan dasar dan pelayanan rujukan primer (Gomes, 2007). Jumlah kematian maternal di Provinsi Sultra pada Tahun 2011 tercatat sebanyak 536 ibu dengan rincian 119 kematian masa hamil, 182 waktu bersalin dan 235 pada masa nifas. Pada Tahun 2012 tercatat sebanyak 598 kasus kematian dengan rincian 152 kematian masa hamil, 163 waktu bersalin dan 283 pada masa nifas dan pada Tahun 2013 tercatat sebanyak 627 ibu dengan rincian 141 kematian masa hamil, 184 waktu bersalin dan 302 pada masa nifas (Dinas Kesehatan Provinsi Sultra, 2013).

Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Bombana pada Tahun 2011 tercatat 11 kasus kematian ibu yaitu saat kehamilan 3 orang dan kematian ibu nifas 8 orang. Pada Tahun 2012 tercatat 17 kasus kematian ibu yaitu saat kehamilan 5 orang, kematian pada saat persalinan 3 orang dan kematian ibu nifas 9 orang. Pada Tahun 2013 tercatat 16 kasus kematian ibu yaitu saat kehamilan 6 orang, kematian pada saat persalinan 3 orang dan kematian ibu nifas 7 orang. Berdasarkan pelaksanaan PNC menunjukkan tahun 2011 sebesar 83,4% (4.108), tahun 2012 sebesar 88 % (4.277), dan tahun 2013 sebesar 67% (4.594) (Dinas Kesehatan Kab. Bombana, 2013).

Data Puskesmas Rumbia Tengah, pada tahun 2011 tercatat 1 kasus kematian ibu nifas. Pada tahun 2012 tidak terdapat kasus kematian ibu nifas, sedangkan tahun 2013 tercatat mengalami peningkatan kasus kematian ibu nifas sebanyak 3 orang. Sedangkan data pelaksanaan PNC di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana paling rendah di antara Puskesmas lainnya yaitu tahun 2011 pelaksanaan PNC sebanyak 269 ibu nifas (74,9%) dari total ibu nifas sebanyak 359 orang, tahun 2012 sebanyak 261 ibu nifas (65,4%) dari total ibu nifas sebanyak 345 orang, tahun 2013 sebanyak 212 ibu nifas (66,2%) dari total ibu nifas sebanyak 320 orang, tahun 2014 periode Januari sampai Maret sebanyak 105 ibu nifas.

Faktor penyebab kematian ibu tidak langsung bisa terjadi, erat hubungannya dengan tradisi dan budaya, seperti kebiasaan, keyakinan, kepercayaan, sikap dan perilaku masyarakat di Kabupaten Bombana terhadap perawatan ibu hamil, bersalin dan nifas yang mengakibatkan, tingginya angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi, seperti melakukan tradisi Badapu yaitu pembatasan konsumsi air ibu nifas tidak diperbolehkan minum air putih namun meminum air yang khusus diramu.

## METODE

Dalam penelitian ini yang digunakan adalah penelitian analitik observasional dengan menggunakan rancangan *cross sectional study* yaitu variabel-variabel yang termasuk faktor penyebab dan variabel-variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang sama (Sugiyono, 2006). Penelitian ini telah dilaksanakan di Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu nifas pada tahun 2014 berjumlah 105 orang. Sampel adalah himpunan atau bagian atau sebagian dari populasi yang diteliti dan dianggap mewakili sebanyak 52, metode penarikan sampel menggunakan *purposive sampling*

**HASIL**

1. Analisis Univariat

a. **Pelayanan *Post Natal Care***

Pelayanan *Post Natal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 1 Distribusi Responden Menurut Pelayanan *Post Natal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014**

| No    | Pelayanan <i>Post Natal Care</i> | Jumlah (n) | Persen (%) |
|-------|----------------------------------|------------|------------|
| 1.    | Lengkap                          | 24         | 46,2       |
| 2.    | Tidak Lengkap                    | 28         | 53,8       |
| Total |                                  | 52         | 100        |

*Sumber : Data Primer*

Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa dari 52 responden yang pelayanan *post natal care* lengkap sebanyak 24 responden (46,2%) dan tidak lengkap sebanyak 28 responden (53,8%).

b. **Persepsi**

Persepsi mengenai pelayanan *Post Natal Care* di Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 2 Distribusi Responden Menurut Persepsi Tentang Pelayanan *Post Natal Care* di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014**

| No    | Persepsi | Jumlah (n) | Persen (%) |
|-------|----------|------------|------------|
| 1.    | Cukup    | 25         | 48,1       |
| 2.    | Kurang   | 27         | 51,9       |
| Total |          | 52         | 100        |

*Sumber : Data Primer*

c. **Sosial Budaya**

Sosial budaya yang berhubungan dengan pelayanan *Post Natal Care* di Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3 Distribusi Responden Menurut Sosial Budaya di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014**

| No    | Sosial Budaya   | Jumlah (n) | Persen (%) |
|-------|-----------------|------------|------------|
| 1.    | Mengikuti       | 21         | 40,4       |
| 2.    | Tidak Mengikuti | 31         | 59,6       |
| Total |                 | 52         | 100        |

*Sumber : Data Primer*

Tabel 4 diatas menunjukkan bahwa dari 52 responden yang mengikuti sosial budaya sebanyak 21 responden (40,4%) dan tidak mengikuti sebanyak 31 responden (59,6%)

2. Analisis Bivariat

a. **Persepsi**

Persepsi adalah suatu pengalaman yang berbentuk data-data yang didapat melalui indera, hasil pengolahan dan ingatan. Persepsi dihayati melalui ilusi atau mispersepsi atau trick atau tipuan dan juga bukan salah tanggapan. Hubungan

persepsi dengan pelaksanaan *post natal care* di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana, disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 5 Hubungan Persepsi Dengan Pelaksanaan *Post Natal Care* Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014**

| No    | Persepsi | Pelaksanaan<br><i>Post Natal Care</i> |      |                  |      | Jumlah |      | X <sup>2</sup> Tab<br>3,841 | Nilai<br><i>Phi</i> |
|-------|----------|---------------------------------------|------|------------------|------|--------|------|-----------------------------|---------------------|
|       |          | Lengkap                               |      | Tidak<br>Lengkap |      |        |      |                             |                     |
|       |          | n                                     | %    | n                | %    | n      | %    |                             |                     |
| 1.    | Cukup    | 20                                    | 38,5 | 5                | 9,6  | 25     | 48,1 | X <sup>2</sup> Hit          |                     |
| 2.    | Kurang   | 4                                     | 7,7  | 23               | 44,2 | 27     | 51,9 | 22,194 0,653                |                     |
| Total |          | 24                                    | 46,2 | 28               | 53,8 | 52     | 100  |                             |                     |

Sumber : Data Primer

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 25 responden (48,1%) dengan persepsi cukup terdapat 20 responden (38,5%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap dan terdapat 5 responden (9,6%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap. Sedangkan dari 27 responden (51,9%) dengan persepsi kurang terdapat 4 responden (7,7%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap dan terdapat 23 responden (44,2%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap.

Hasil uji Chi-Square pada taraf kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ) menunjukkan bahwa  $x^2_{Hit} = 22,194 > x^2_{Tab} = 3,841$  sehingga  $H_0$  ditolak atau  $H_a$  diterima yang berarti ada hubungan antara persepsi dengan pelaksanaan *post natal care* di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana tahun 2014.

**b. Sosial Budaya**

Hubungan sosial budaya dengan pelaksanaan *post natal care* di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana, disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 7 Hubungan Sosial Budaya Dengan Pelaksanaan *Post Natal Care* Wilayah Kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana Tahun 2014**

| No    | Sosial<br>Budaya | Pelaksanaan<br><i>Post Natal Care</i> |      |                  |      | Jumlah |      | X <sup>2</sup> Tab<br>3,841 | Nilai<br><i>Phi</i> |
|-------|------------------|---------------------------------------|------|------------------|------|--------|------|-----------------------------|---------------------|
|       |                  | Lengkap                               |      | Tidak<br>Lengkap |      |        |      |                             |                     |
|       |                  | n                                     | %    | n                | %    | n      | %    |                             |                     |
| 1.    | Mengikuti        | 16                                    | 30,8 | 5                | 9,6  | 21     | 40,4 | X <sup>2</sup> Hit          |                     |
| 2.    | Tidak Mengikuti  | 8                                     | 15,4 | 23               | 44,2 | 31     | 59,6 | 12,788 0,496                |                     |
| Total |                  | 24                                    | 46,2 | 28               | 53,8 | 52     | 100  |                             |                     |

Sumber : Data Primer

Tabel 7 menunjukkan bahwa dari 21 responden (40,4%) dengan mengikuti sosial budaya terdapat 16 responden (30,8%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap dan terdapat 5 responden (9,6%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap. Sedangkan dari 31 responden (59,6%) dengan tidak mengikuti sosial budaya terdapat 8 responden (15,4%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap dan terdapat 23 responden (44,2%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap.

Hasil uji Chi-Square pada taraf kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ) menunjukkan bahwa  $x^2_{Hit} = 12,788 > x^2_{Tab} = 3,841$  sehingga  $H_0$  ditolak atau  $H_a$  diterima yang

berarti ada hubungan antara sosial budaya dengan pelaksanaan *post natal care* di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana tahun 2014.

## PEMBAHASAN

### 1. Pelaksanaan *Post Natal Care*

Pelaksanaan *post natal care* di Puskesmas adalah pemeriksaan kesehatan umum bagi ibu dan bayi, serta penyuluhan bagi ibu. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa umur responden terbanyak yaitu usia 25-29 tahun sebanyak 31 responden (59,6%). Hal tersebut kemungkinan dikarenakan responden berpikir bahwa kehamilannya di usia yang ideal tidak akan menyebabkan risiko yang berarti sehingga mereka beranggapan bahwa pelaksanaan PNC tidak terlalu penting.

Dari tabel 8 menunjukkan bahwa dari 52 responden yang pelayanan *post natal care* lengkap sebanyak 24 responden (46,2%) karena adanya kesadaran ibu nifas untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi sehingga tidak menimbulkan gangguan kesehatan pasca persalinan.

### 2. Hubungan Persepsi dengan Pelaksanaan *Post Natal Care*

Persepsi adalah suatu pengalaman yang berbentuk data-data yang didapat melalui indera, hasil pengolahan dan ingatan. Persepsi dihayati melalui ilusi atau mispersepsi atau trick atau tipuan dan juga bukan salah tanggapan. Tabel 12 menunjukkan bahwa dari 25 responden (48,1%) dengan persepsi cukup terdapat 20 responden (38,5%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap karena kesadaran yang dimiliki responden akan pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya pelayanan *post natal care*, selain itu juga mempercayakan bidan sebagai tempat konsultasi akan kesehatan pasca persalinan sehingga akan menambah persepsi ibu tentang pentingnya dilakukan pelayanan *post natal care*.

Penelitian ini menunjukkan dengan persepsi cukup terdapat 5 responden (9,6%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap. Hal ini disebabkan oleh tingkat pengetahuan ibu nifas yang kurang mengenai manfaat pelayanan *post natal care* pasca bersalin sehingga tidak melakukannya secara teratur, juga dipengaruhi oleh pengaruh budaya keluarga yang banyak menganjurkan kepada ibu nifas untuk melakukan pemulihan pasca bersalin dengan mengkonsumsi ramuan berupa jamu-jamuan yang di buat sendiri.

Penelitian juga menunjukkan dari 27 responden (51,9%) dengan persepsi kurang terdapat 4 responden (7,7%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap. Hal ini disebabkan oleh kesadaran yang dimiliki responden untuk selalu mempercayakan bidan sebagai tempat konsultasi akan kesehatannya pasca bersalin sehingga akan menambah keyakinan ibu tentang pentingnya melakukan pelayanan *post natal care*. Penelitian menunjukkan dengan persepsi kurang terdapat 23 responden (44,2%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap karena ibu nifas saat hamil tidak melakukan kunjungan antenatal secara lengkap, sehingga hal ini juga mempengaruhi ibu untuk melakukan kunjungan PNC dengan lengkap.

Untuk mengatasi hal tersebut perlu dilakukan sosialisasi kepada seluruh lapisan masyarakat akan pentingnya pemeriksaan kesehatan setelah persalinan dan sosialisasi kesehatan reproduksi terutama usia subur karena dapat meningkatkan kualitas generasi yang akan datang melalui media masa maupun pertemuan masyarakat desa.

### 3. Hubungan Sosial Budaya dengan Pelaksanaan *Post Natal Care*

Sistem budaya merupakan komponen dari kebudayaan yang bersifat abstrak dan terdiri dari pikiran-pikiran, gagasan, dan konsep serta keyakinan dengan demikian

sistem kebudayaan merupakan bagian dari kebudayaan yang dalam bahasa Indonesia lebih lazim disebut sebagai adat-istiadat. Tabel 14 menunjukkan bahwa dari 21 responden (40,4%) dengan mengikuti sosial budaya terdapat 16 responden (30,8%) yang pelaksanaan *post natal care* lengkap karena pengetahuan responden sehingga meski tetap menjalankan budaya keluarga namun dapat memilih anjuran budaya yang sifatnya tidak memiliki nilai negatif atau merugikan bagi kesehatan ibu dan bayi.

Penelitian ini juga menunjukkan dengan mengikuti sosial budaya terdapat 5 responden (9,6%) yang pelaksanaan *post natal care* tidak lengkap karena ibu nifas masih memegang teguh keyakinan atau budaya orangtua yang tidak menganggap penting melakukan pemeriksaan secara berkala pasca persalinan karena persalinan ditolong oleh dukun beranak yang belum terlatih.

Keterkaitan nilai budaya dengan manusia dapat diamati dari sifat-sifat dari kebudayaan antara lain budaya terwujud dan tersalurkan dari perilaku manusia, budaya telah ada terlebih dahulu daripada lahirnya suatu organisasi tertentu dan tidak akan mati dengan habisnya usia generasi yang bersangkutan, budaya diperlukan oleh manusia dan diwujudkan dalam tingkah lakunya, dan budaya mencakup aturan-aturan yang berisikan kewajiban-kewajiban, tindakan-tindakan yang diterima dan ditolak, tindakan-tindakan yang dilarang, dan tindakan-tindakan yang diizinkan

#### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari uraian diatas dapat disimpulkan Ada hubungan antara persepsi ibu,tradisi,dan social budaya dengan pelaksanaan post natal care di wilayah kerja Puskesmas Rumbia Tengah Kabupaten Bombana. Disarankan kepada Dinas Kesehatan Perlu adanya kebijakan untuk menginstruksikan kepada Bidan Desa yang terkait dengan KIE gizi dan arahan yang benar dalam melaksanakan tradisi secara berkala pada masyarakat terutama pada kelompok ibu-ibu dan tokoh masyarakat

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Adji., *Konsep Kebersihan dalam Proses Kelahiran dan Perawatan Bayi di Desa Kemantan Kebalai*, Kerinci, Jakarta; Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia. 2008
- Depkes RI. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*, Keputusan Menteri kesehatan RI nomor 1457/menkes/sk/x/2008
- Marilyn. *Rencana Perawatan Maternal/Bayi : Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien*, Edisi 2. Jakarta : EGC. 2008
- Oktavia, *Mitos-mitos Budaya Jawa dalam Masa Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Press Media. Jakarta. 2009
- Puskesmas Rumbia Tengah, *Laporan Tahunan Puskesmas Rumbia Tengah 2013*. Rumbia
- Royston, Erica., Armstrong, Sue. *Pencegahan Kematian Ibu Hamil Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta: Binarupa Aksara. 2004
- Saifuddin. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. INPKKR-POGI dan Yayasan Bina Pustaka. 2007.
- Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. 2009
- Setiadi. *Ilmu Sosial dan Budaya Dasar*, Jakarta; Penerbit Kencana. 2009

**Penerbit**

*AKPER PPNI Kendari*

*Jln. Jend. A.H. Nasution. No. 89 G, Kendari, Sulawesi Tenggara*

*Telp. 0401-3191713 Email : [ppniakper@yahoo.com](mailto:ppniakper@yahoo.com)*

ISSN : 2356-1653



9 772356 165009