

Jurnal

KEPERAWATAN

INDONESIA

- ❑ Aplikasi Mobile—Health sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Keperawatan Anak dengan Penyakit Kronis pada *Setting Home Hospital*
- ❑ Aplikasi Teori Belajar Berkaitan dengan Kemandirian Belajar Mahasiswa
- ❑ Makna Melahirkan di Rumah bagi Seorang Perempuan
- ❑ Menurunkan Derajat Flebitis Akibat Terapi Intravena pada Anak dengan Kompres *Aloe vera*: Studi Pilot
- ❑ Pengalaman Perawat IGD Merawat Pasien Do Not Resuscitate Pada Fase Perawatan Menjelang Ajal
- ❑ Pengembangan Profesional Keperawatan Berhubungan dengan Kemampuan Perawat dalam Mengatasi Nyeri Pasien
- ❑ Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak dengan Orang Tua Bekerja
- ❑ Supervisi Kepala Ruang Model Proctor untuk Meningkatkan Pelaksanaan Keselamatan Pasien

APLIKASI MOBILE - HEALTH SEBAGAI UPAYA MENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN PENYAKIT KRONIS PADA SETING HOME HOSPITAL: KAJIAN LITERATUR

Defi Efendi^{1*}, Dian Sari²

1. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok, 16424, Indonesia
2. STIKes Prima Nusantara Bukittinggi, Sumatera Barat, 26122, Indonesia

*E-mail: defiefendi86@gmail.com

Abstrak

Dominasi penyakit pada anak di Indonesia mulai bergeser dari penyakit akut menjadi penyakit kronis. Perawatan jarak jauh (*home hospital*) merupakan tren pada anak dengan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan kontinu dalam waktu yang lama. Artikel ini bertujuan untuk menggali potensi penerapan sistem *mobile-health* di Indonesia. Telaah literatur dari artikel ini didapatkan dari *PubMed*, *CINAHL*, dan *Medline* sejak tahun 2004-2014. *Mobile-health* merupakan aplikasi yang menawarkan integrasi berbagai fungsi perawatan melalui penggunaan *telepon pintar*. Beberapa negara percontohan seperti Amerika Serikat, Swedia, dan Jepang telah membuktikan kontribusi *mobile-health* dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Indonesia sejauh ini belum melakukan pengembangan *mobile-health* di berbagai layanan kesehatan. Penggunaan telepon pintar di Indonesia telah meluas untuk berbagai tujuan, sehingga aplikasi *mobile-health* untuk pelayanan keperawatan anak sangat mungkin dan mudah diterapkan. Perawat anak di Indonesia hendaknya mulai mengambil inisiatif untuk mengenali aplikasi program, melakukan riset, dan kolaborasi dengan beberapa profesi terkait agar dapat berkontribusi terhadap perbaikan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Kata Kunci: *mobile-health, anak dengan penyakit kronis, home hospitals*

Abstract

Mobile-Health Application as The Efforts to Improve of Nursing Service Quality in Children with Chronic Disease at Home Hospital Set: Literature Review. *The dominance of the disease in children in Indonesia began to shift from the acute disease into a chronic disease. Care distance (home hospital) is a trend in children with chronic diseases who require continuous treatment for a long time. This article aimed to explore the potential application of mobile-health system in Indonesia. Literature reviews in this study were obtained from PubMed, CINAHL and Medline since 2004-2014. Mobile-health is an application that offers the integration of various functions of the above treatments through the use of smartphones. Some pilot countries such as the USA, Sweden, and Japan has proved mobile contribution - health in improving the quality of service. Up to now, Indonesia has not yet conducted any mobile-health development at various health service. In fact, the use of smartphone in Indonesia has been extended for numerous purposes, therefore mobile-health application is possibly and easily implemented in pediatric nursing area. The pediatric nurse in Indonesia should commence an initiative to identify kind of applications, conduct research, and collaborate with some associated disciplines to contribute to the improvement of future health services.*

Keywords: *mobile-health, child with chronic illness, home hospitals*

Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki pola peningkatan angka kematian dan kesakitan akibat dari penyakit kronis (Muhammad, 2016). Tahap lanjutan pada

penyakit ini dapat mengakibatkan anak sering keluar masuk rumah sakit dan membutuhkan perawatan jangka panjang. Anak dan orang tua akan mengalami stres berkepanjangan, tekanan psikologis dan finansial sebagai akibat dari hospitalisasi yang berkepanjangan (Theofanidis,

2008). Oleh karena itu, diperlukan sebuah metode perawatan yang dapat mengurangi efek tersebut. Salah satu metode yang ditawarkan adalah *Hospital to Home* yang menawarkan konsep pemindahan rumah sakit kedalam rumah (Bond, Hacking, Milosevic, & Zander, 2013).

Penawaran jenis perawatan yang diberikan pada *Hospital to Home* sesuai dengan masalah klien. Misal diantaranya perawatan luka, perawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi enteral dan parenteral, hingga termasuk diantaranya yaitu pemberian obat-obat dengan pengawasan ketat, pemberian cairan intra vena, terapi oksigen, hingga operasi elektif (misal oprasi seksio sesaria pada ibu bersalin). *Hospital to Home* tetap melakukan koordinasi dengan rumah sakit sebagai induk perawatan, sehingga diperlukan alat komunikasi yang berbasis teknologi informasi (Kristjánsdóttir, et al., 2013).

Gawai akhir-akhir ini merupakan piranti elektronik yang fenomenal dan telah menyentuh berbagai lapisan masyarakat. Penggunaan gawai sebagai instrumen penerapan *mobile-health* di area keperawatan anak merupakan sebuah isu strategis yang perlu ditanggapi oleh tenaga kesehatan untuk menghasilkan perawatan yang efektif dan efisien.

Tujuan kajian ini adalah untuk untuk menggali potensi penerapan sistem *mobile-health* di

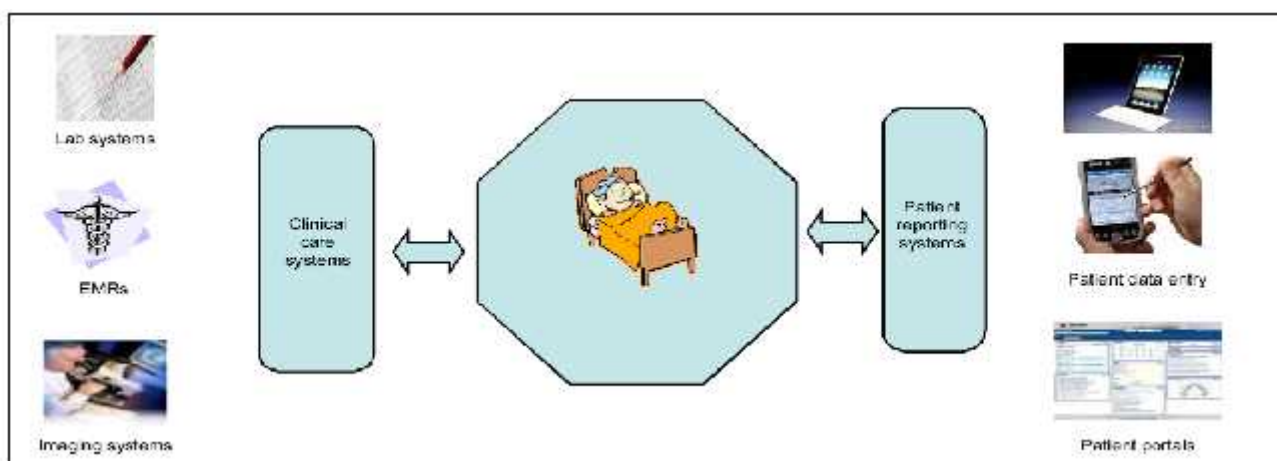
Indonesia, khususnya di area keperawatan anak dengan penyakit kronis. Melalui penggunaan sistem ini diharapkan akan meningkatkan kualitas pelayanan terhadap klien.

Metode

Metode penulisan artikel menggunakan penelusuran literatur melalui database *online* PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), dan *Medline*. Literatur dibatasi dari tahun 2004-2014 dengan kata kunci: “*Mobile-health*”, “*e-health*”, “*hospital to home*”, “*home hospital*”. Sebanyak 11 artikel didapatkan pada studi literatur ini.

Hasil

Deskripsi *Mobile-Health* untuk Perawatan Anak dengan Penyakit Kronis yang Menjalani Perawatan Paliatif (Madhfan et al, 2011). Anak dengan perawatan paliatif merupakan kelompok anak dengan penyakit kronis yang telah memasuki fase terminal. Perawatan paliatif pada anak akan melibatkan berbagai tenaga kesehatan dan koordinasi antarprofesi sehingga akan membutuhkan dukungan sistem koordinasi yang baik antara pasien dan keluarga, perawat, dokter, dan anggota tim perawatan yang lain. Studi penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas aplikasi



Gambar 1. Sistem pendokumentasian berbasis *mobile-health* (Sumber: Madvan et al, 2011)

mobile-health terhadap peningkatan kualitas komunikasi antar tim yang akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan.

Wawancara dilakukan pada tujuh dokter onkologi, perawat anak, pekerja sosial, pasien anak dan keluarga terkait dengan penggunaan *mobile-health*. Penerapan *mobile-health* melibatkan penggunaan internet, *gadget* (telepon pintar), *e-mail*, dan halaman *web* sebagai *database*. Salah satu aplikasi yang bisa digunakan adalah *carewatch*[®].

Pengkajian dapat dilakukan secara langsung dan memasukan data hasil pengkajian kedalam aplikasi *mobile-health* yang telah dipasang pada *gadget*. Anak dan keluarga juga bisa memasukkan data misalnya skala nyeri yang dialami saat ini. Diagnosis dan intervensi bisa ditetapkan dan disampaikan kepada keluarga melalui halaman *web* yang telah terintegrasi dengan telepon pintar yang ada di tangan keluarga pasien. Hasil pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium rutin dapat dikirim melalui email, sehingga keluarga tidak menjalani antrian panjang untuk mendapatkan hasil laboratorium tersebut.

Penggunaan *mobile-health* akan memudahkan semua pihak. Perawat akan dimudahkan dalam membuat rancana asuhan keperawatan karena semua data telah tersusun rapi dan lengkap. Pengkolaborasi rencana perawatan dapat dilakukan dengan segera melalui halaman berbasis web yang bisa setiap saat diakses oleh tenaga kesehatan lain tanpa harus bertatap muka. Keamanan data juga dijamin melalui pemberian *password* akun baik untuk keluarga maupun tenaga kesehatan (Heijden, Lucas, Lijnse, Heijdra, & Schermer, 2013).

Pengembangan Mobile – Health untuk Perawatan Klien dengan Penyakit Kronis mulai berkembang luas di Amerika Serikat, Australia, dan beberapa negara di Uni Eropa. Perkembangan ini diikuti dengan munculnya berbagai model yang memiliki nama, spesifikasi yang berbeda sesuai dengan area

keperawatan (Breen & Zhang, 2008). Salah satu di antaranya adalah model aplikasi *health information technology* yang diterapkan pada anak perawatan paliatif di Amerika Serikat. Studi dengan judul “*Pediatric Palliative Care and eHealth*” dilakukan pada enam orang dokter, 3 perawat dan anak dengan perawatan paliatif. Studi ini menunjukkan hasil bahwa penerapan *mobile-health* dapat meningkatkan pelayanan melalui komunikasi klien dan tim kesehatan yang fleksibel, informasi yang terstandarisasi (Hawkes, Walsh, Ryan, & Dempsey, 2013), dan pemberian pelayanan yang memandirikan pasien berbasis *cyber-infrastructure* (Madhavan et al., 2011).

Aplikasi *mobile-health* juga dikembangkan untuk memonitor keselamatan anak usia bayi-balita. Penelitian dilakukan pada 312 orang tua yang memiliki anak usia 10–31 bulan dengan pembagian menjadi dua kelompok. Kelompok pertama mendapatkan perlakuan berupa implementasi program *E-health 4home safety*, sedangkan kelompok kedua mendapatkan perlakuan sosialisasi keselamatan anak melalui *leaflet*. Proyek penelitian pendahuluan ini memang belum mendapatkan hasil perbedaan yang signifikan dari kedua kelompok perlakuan, sehingga proyek ini terus dijalankan hingga saat ini untuk mendapatkan kesimpulan yang lebih memuaskan (Beelen, et al., 2013).

Do- it-yourself healthcare merupakan contoh aplikasi *mobile-health* yang dikembangkan untuk memonitor kesehatan klien, dan pemberian promosi kesehatan di komunitas. Melalui aplikasi *do- it-yourself healthcare* klien dapat mengontrol, memprogram, dan melakukan perawatan mandiri dengan pengawasan tim kesehatan. *Do- it-yourself healthcare* memberikan tiga keuntungan diantaranya; (1) klien dapat berinteraksi dengan tim pelayanan kesehatan dengan biaya yang lebih murah, (2) kualitas pelayanan yang lebih baik, dan (3) jangkauan yang lebih luas karena pelayanan tidak lagi dibatasi jarak dan waktu (Carrera & Dalton, 2014).

Aplikasi serupa juga diterapkan pada klien dengan penyakit paru obstruksi menahun (PPOM) di Belanda melalui sebuah *pilot project* dengan hasil memuaskan. Proyek ini tergolong yang paling canggih karena aplikasi sudah mampu menginterpretasi secara otomatis sinyal fisiologis yang dikirimkan oleh telepon pintar klien. Data ini akan diterima *server* dan menjadi bahan penentuan tindakan medis. Rencana tindakan medis ini akan dikirim ke telepon pintar klien secara otomatis dalam bentuk pesan singkat berisi berbagai anjuran dokter terkait masalah yang dihadapi klien saat itu. Proyek ini terus dikembangkan hingga saat ini dengan melibatkan vendor industri telekomunikasi (Heijden, et al., 2013).

VA's Care Coordination Home Telehealth (CCHT) merupakan salah satu program yang dikembangkan di Amerika Serikat untuk pelayanan pasien dengan penyakit kronis. Program ini mampu meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan melalui peningkatan interkasi tenaga kesehatan dengan klien, koordinasi antar tim, dan aksesibilitas pelayanan (Hogan, Wakefield, Nazi, Houston, & Weaver, 2011).

Mobile-Health juga mulai dikembangkan di area kronis keperawatan jiwa dengan menggunakan program berbasis web dengan melibatkan 140 wanita di Norwegia dengan *chronic widespread pain*. Intervensi melalui telepon pintar terdiri dari satu sesi pelayanan tatap muka dan sesi komunikasi tertulis selama empat minggu. Evaluasi dilakukan dengan memberikan kuesioner dan melalui observasi aktifitas sehari-hari dan paparan manifestasi klinis seperti laporan nyeri dan stres. Hasil studi ini belum menunjukkan hasil yang signifikan, namun studi ini terus dilanjutkan untuk mengetahui efektifitas *mobile-health* jangka panjang (Kristjánsdóttir, et al., 2013).

Penelitian penggunaan *mobile-health* untuk berbagai tujuan juga masih dalam proses pengembangan diantaranya penerapan *mobile-health* untuk promosi kesehatan gigi pada anak (Menezes, Gusmão, & Machiavelli, 2013),

studi epidemiologi (Meyer, et al., 2012), kepatuhan regimen terapeutik pada penyakit kronis (Wu & Hommel, 2014), dan informasi kesehatan ilmiah (Berry, et al., 2011; Collins, Currie, Bakken, Vawdrey, & Stone, 2012; Col, Sondhi, & Amit, 2013).

Peran *Mobile-Health* dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Perawatan Klien dengan Penyakit Kronis dan Disabilitas.

Kualitas pelayanan yang baik merupakan hasil akhir dari perbaikan berbagai item pelayanan yang diberikan kepada klien khususnya pada pemberian pelayanan (*patient care delivery*), dokumentasi, dan koordinasi antar tim kesehatan yang selama ini masih menjadi masalah di berbagai tatanan pelayanan kesehatan (Sheridan, 2012). *Mobile-health* telah terbukti mampu memperbaiki sistem pendokumentasian. Aplikasi *mobile-health* akan membuat dokumentasi lebih mudah, hemat waktu, tersusun rapi, aman dari kehilangan data, mudah dicari, dan menghemat penggunaan kertas (Ridgway et al., 2011; Sheridan, 2012; Gulzar, Khoja, & Sajwani, 2013). Kondisi ini akan menekan biaya produksi, dan akan sangat mendukung perkembangan *evidence based practice nursing* karena perawat akan sangat mudah memperoleh data (Breen & Zhang, 2008; Kelley, Brandon, Docherty, & Ac-pc, 2011; Abramson, Mcginnis, & Moore, 2012; Gulzar, et al., 2013). Data yang tersentral dan bisa diakses oleh semua tim pelayanan kesehatan akan membuat koordinasi kerja menjadi lebih mudah (Hogan, Wakefield, Nazi, Houston, & Weaver, 2011).

Telepon pintar yang selalu ada di tangan membuat hubungan klien perawat lebih interaktif. Klien juga bisa dengan mudah mengetahui perawatan apa yang akan diberikan hari ini, sekaligus bisa terlibat aktif dalam penentuan rencana perawatan melalui respon interaktif perawat-klien (Hogan, et al., 2011; Abramson, et al., 2012). Melalui hubungan interaktif ini klien dan keluarga akan merasa diperhatikan dan mampu meningkatkan angka kepuasan klien (Gund et al., 2013). *Mobile-health* juga

mampu berkontribusi terhadap penekanan angka re-admisi melalui pemberian intervensi dini pada klien (Sheridan, 2012).

Pembahasan

Telepon pintar beberapa tahun terakhir tampaknya telah mengalami revolusi fungsi dari alat komunikasi menjadi sebuah komputer yang berada di genggaman (Col, et al., 2013). Kemampuan telepon pintar dalam melakukan berbagai tugas membuat telepon pintar menjadi objek pengembangan berbagai proyek untuk mendukung berbagai kebutuhan manusia. Salah satu implementasinya adalah dengan pengembangan pelayanan keperawatan jarak jauh untuk klien dengan penyakit kronis yang berada di rumah (*mobile-health*). Telepon pintar bahkan menjadi instrumen utama dalam konteks aplikasi *mobile-health* di area perawatan klien dengan penyakit kronis (Madhavan et al., 2011; Sheridan, 2012).

Mobile-health merupakan hasil pengembangan dari *eHealth* yang menggunakan komputer sebagai perangkat keras komunikasi dan dokumentasi yang terintegrasi antar anggota pelayanan kesehatan (Gund, et al., 2013). Aplikasi teknologi ini menuai kritik karena dianggap menyulitkan mayoritas tenaga keperawatan yang belum terbiasa dengan penggunaan teknologi informasi (Ridgway, et al., 2011). Etika keperawatan juga menjadi pertimbangan kritis terhadap implementasi *eHealth* (Furst, et al., 2013; Ahmed, et al., 2013). Keterbatasan sumber daya, finansial, dan kesiapan infrastruktur di negara berkembang seperti Indonesia menjadikan *eHealth* seolah-olah jauh dari realisasi (Efendi, 2014).

Keraguan di atas tampaknya akan terjawab melalui penggunaan telepon pintar. Penggunaan telepon pintar sebagai perangkat pendukung dunia kesehatan di Indonesia sudah tidak dapat dinafikan lagi (Aziz, 2017a). Tahun 2012 saja tercatat sudah ada 40.000 aplikasi kesehatan yang beredar di pasaran. Kemenkes RI juga tidak ingin ketinggalan, berita terbaru ada

aplikasi Sehat Jiwa yang diluncurkan tahun 2015 dan aplikasi Pendaftaran Online yang diluncurkan pada 2 Desember 2016 (Aziz, 2017b). Kondisi ini menggambarkan sebuah perubahan masif pada masyarakat Indonesia dalam memanfaatkan sara informasi dan teknologi melalui telepon pintar.

Penggunaan telepon pintar (*mobile-health*) memiliki beberapa keunggulan antara lain; telepon pintar telah digunakan oleh masyarakat luas (Heijden, et al., 2013), oleh karena itu penyedia layanan tidak perlu menyediakan dana untuk membeli perangkat khusus sebagai media pengaplikasian *mobile-health*. Pembuatan dan pembelian aplikasi *mobile-health* yang berbasis Java, Symbian, iOS, atau Android juga akan lebih murah karena kompleksitas program dan ukuran file lebih kecil dibandingkan dengan aplikasi pada *eHealth* yang menggunakan PC. Operasional aplikasi *mobile-health* cukup sederhana sehingga akan membuat pengguna akan lebih mudah beradaptasi terhadap penggunaan teknologi ini. Keunggulan ini cocok untuk Indonesia yang masih minim sumber daya.

Pengenalan *mobile-health* di Indonesia merupakan langkah tepat untuk mensiasati tren perawatan di luar rumah sakit yang sudah mulai merambah area keperawatan anak dengan penyakit kronis dan disabilitas (Kristjánsdóttir, et al., 2013). Aplikasi *home care* di Indonesia suatu saat pasti akan berkembang menjadi *home hospital* dengan jenis pelayanan yang lebih kompleks dan membutuhkan aplikasi *mobile-health* seperti yang telah dicontohkan di berbagai negara seperti Amerika Serikat, Swedia, dan Jepang (Ridgway, et al., 2011). Melalui percontohan ini hendaknya perawat bisa mengambil pelajaran terkait dengan peran profesi keperawatan dalam menyongsong masa depan (Sheridan, 2012).

Tuntutan klien terhadap kualitas pelayanan prima terus menjadi sorotan yang sulit terselesaikan di negara ini. *Mobile-health* merupakan salah satu solusi yang dapat berkontri-

busi terhadap peningkatan kualitas pelayanan terutama pelayanan di tingkat komunitas melalui pelayanan jarak jauh (*distance care*) (Madhavan, et al., 2011; Ridgway, et al., 2011). Penelitian terkait pengaruh *mobile-health* terhadap peningkatan kualitas pelayanan anak di rumah memang belum banyak dilakukan. Beberapa penelitian bahkan menghasilkan kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan efektifitas antara kelompok intervensi *mobile-health* dengan kelompok kontrol (perawatan metode konvensional) (Beelen, et al., 2013), namun hasil penelitian ini merupakan publikasi dari sebuah proses implementasi program yang masih berjalan hingga sekarang dan belum bersifat final.

Isu-isu hambatan implementasi *mobile-health* seperti masalah etik (keamanan dan kerahasiaan data, tingkat validitas informasi, dan sikap *caring* perawat-klien) (Ahmed, et al., 2013), perbedaan infrastruktur kota besar dengan pedesaan (Bond, Hacking, Milosevic, & Zander, 2013), minimnya dukungan pemerintah sebagai pengambil kebijakan (Sheridan, 2012) hendaknya bukan menjadi penghambat bagi perawat Indonesia untuk merespons isu pengembangan teknologi informasi tersebut. Sudah menjadi hal yang lumrah jika implementasi ide baru akan selalu dihadapkan dengan suatu hambatan. Suatu hambatan akan dapat diatasi jika dihadapi melalui sebuah proses perbaikan, dan evaluasi. Oleh karena itu, hendaknya perawat anak di Indonesia sudah mulai mengenali penggunaan aplikasi program, melakukan riset, dan berkolaborasi dengan beberapa profesi terkait agar dapat berkontribusi terhadap perbaikan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

Kesimpulan

Mobile-health dapat diaplikasikan di Indonesia khususnya di area keperawatan anak dengan penyakit kronis pada setting *home hospital*. Penerapan program *mobil-health* lebih mudah dibanding dengan *eHealth* karena *mobilhealth* menggunakan telepon pintar yang telah ber-

edar luas di masyarakat Indonesia sehingga penyedia layanan keperawatan tidak perlu membeli perangkat khusus untuk menggunakan *mobil-health*. Masyarakat juga telah terpapar dengan penggunaan telepon pintar sebagai alat multifungsi, sehingga baik perawat, klien, dan tenaga kesehatan lain akan lebih mudah dalam proses adaptasi.

Penggunaan *mobil-health* dapat meningkatkan kualitas pelayanan *home hospital* di berbagai kontinum perawatan, sehingga penggunaan *mobile-health* dalam pelayanan keperawatan anak dengan penyakit kronis dengan setting *home hospital* patut dipertimbangkan. Perawat anak Indonesia hendaknya mulai melihat penggunaan telepon pintar sebagai alat komunikasi efektif dengan beberapa profesi kesehatan lain terkait yang dapat berkontribusi terhadap perbaikan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang (LL, NN, PN).

Referensi

- Abramson, E.L., McGinnis, S., & Moore, J. (2012). A statewide assessment of electronic health record adoption and health information exchange among nursing homes. *Health Service Research*, 49 (1), 361–373. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12137>
- Ahmed, O.H., Physiotherapy, P.S., Sullivan, S.J., Schneiders, A.G., Anderson, L., Paton, C., & Mccrory, P.R. (2013). Ethical considerations in using facebook for health care support : A case study using. *PMRJ*, 5 (4), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.03.007>
- Aziz, A. (2017a). Peran AR, VR dan gawai dalam pelayanan kesehatan. *Gawai Sehat*. Diperoleh dari <https://gawaisehat.com/2017/01/27/peran-ar-vr-dan-gawai-dalam-pelayanan-kesehatan/>
- Aziz, A. (2017b). Survey berbagai jenis aplikasi yang beredar di pasaran. *Gawai Sehat*. Diperoleh dari <https://gawaisehat.com/2017/02/01/jenis-aplikasi-kesehatan-berbasis-mobil-di-pasaran/>

- Beelen, V., Vogel, M.E.J., Beirens, I., Tinneke Monique Jozef, K., Caroline, G., Hertog, D., ... Rein, H. (2013). Web-based ehealth to support counseling in routine well-child care: Pilot study of e-health4Uth home safety. *JMIR Res Protoc*, 2 (1), e9. doi: 10.2196/resprot.1862
- Berry, J.G., Goldmann, D.A., Mandl, K.D., Putney, H., Helm, D., Brien, J.O., ... Weinick, R.M. (2011). Health information management and perceptions of the quality of care for children with tracheotomy: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11 (117), 1–10.
- Kristjánsdóttir, Ó.B., Fors, E.A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T.L., van Dulmen, S., Wigert, S.H., & Eide, H. (2013). A smartphone-based intervention with diaries and therapist feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread Pain. Part 2: 11-month follow-up results of a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (3), e72. doi: 10.2196/jmir.2442.
- Bond, A., Hacking, A., Milosevic, Z., & Zander, A. (2013). Computer standards & interfaces specifying and building interoperable ehealth systems: ODP benefits and lessons learned. *Computer Standards & Interfaces*, 35 (3), 313–328. <https://doi.org/10.1016/j.csi.2011.12.005>
- Breen, G., & Zhang, N.J. (2008). Introducing ehealth to nursing homes: Theoretical analysis of improving resident care. *Springer*, 32, 187–192. <https://doi.org/10.1007/s10916-007-9121-9>
- Carrera, P. M., & Dalton, A. R. H. (2014). Maturitas do-it-yourself healthcare: The current landscape, prospects and consequences. *Maturitas*, 77(1), 37–40. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.10.022>
- Col, L., Sondhi, V., & Amit, C. (2013). Translating technology into patient care: Smartphone applications in pediatric health care. *Medical Journal Armed Forces India*, 9, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2013.03.003>
- Collins, S.A., Currie, L.M., Bakken, S., Vawdrey, D.K., & Stone, P.W. (2012). Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 45 (3), 598–607. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.04.001>
- Efendi, D., Setyowati, E., Ekawati, H., Barus, Linda Sari, & Sofiah, Y. (2014). *Analisis Hasil Riset Sistem Informasi Keperawatan*. Jakarta: Unpublished.
- Furst, C. M., Finto, D., Malouf-todaro, N., Moore, C., Orr, D. A., Santos, J., ... Tipton, P. H. (2013). Changing times: Enhancing clinical practice through evolving technology. *Medical Surgical Nursing*, 22 (2), 131–134.
- Gulzar, S., Khoja, S., & Sajwani, A. (2013). Experience of nurses with using eHealth in Gilgit-Baltistan, Pakistan: A qualitative study in primary and secondary healthcare. *BMC Nursing*, 12 (6), 1–6.
- Gund, A., Sjöqvist, B.A., Wigert, H., Hentz, E., Lindcrantz, K., & Bry, K. (2013). A randomized controlled study about the use of eHealth in the home health care of premature infants. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13 (22), 1–11.
- Heijden, M., Van Der, Lucas, P.J.F., Lijnse, B., Heijdra, Y.F., & Schermer, T.R.J. (2013). An autonomous mobile system for the management of COPD. *Journal of Biomedical Informatics*, 46 (3), 458–469. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2013.03.003>
- Hogan, T.P., Wakefield, B., Nazi, K.M., Houston, T.K., & Weaver, F.M. (2011). Promoting access through complementary eHealth technologies: Recommendations for VA's home telehealth and personal health record programs. *JGIM*, 28 (2), 628–636. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1765-y>
- Kelley, T.F., Brandon, D.H., Docherty, S.L., & Ac-pc, C. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Nursing Scholarship*, 43 (2), 154–162. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x>

- Madhavan, S., Sanders, A.E., Chou, W.S., Shuster, A., Boone, K.W., Dente, M.A., ... Hesse, B. W. (2011). Pediatric palliative care and ehealth. *American Journal of Preventive Medicine*, 40 (5), S208–S216. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.01.013>
- Menezes, J., Gusmão, C., & Machiavelli, J. (2013). A proposal of mobile system to support scenario-based learning for health promotion. *Procedia Technology*, 9, 1142–1148. <https://doi.org/10.1016/j.protcy.2013.12.127>
- Meyer, J., Fredrich, D., Piegsa, J., Habes, M., Berg, N., Van Den, & Hoffmann, W. (2012). A mobile and asynchronous electronic data capture system for epidemiologic studies. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 110 (3), 369–379. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2012.10.015>
- Muhammad, I. (2016). Trend penyakit kronik bergeser. *Warta Kesehatan*.
- Hawkes, C.P., Walsh, B.H., Ryan, C.A., & Dempsey, E.M. (2013). Smartphone technology enhances newborn intubation knowledge and performance amongst paediatric trainees. *Resuscitation*, 84 (2), 223–226. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.06.025>
- Ridgway, L., Mitchel, C., & Sheean, F. (2011). Information and communication technology (ICT) use in child and family nursing: What do we know and where to now? *Contemporary Nurse*, 40 (1), 118–129.
- Sheridan, S. (2012). The implementation and sustainability of electronic health records. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 16 (3). Diperoleh dari <http://ojni.org/issues/?p=1992>
- Theofanidis, D. (2008). Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*, (2), 1–9.
- Wu, Y.P., & Hommel, K.A. (2014). Using technology to assess and promote adherence to medical regimens in pediatric chronic illness. *The Journal of Pediatrics*, 164 (4), 922-927. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.11.013.

APLIKASI TEORI BELAJAR BERKAITAN DENGAN KEMANDIRIAN BELAJAR MAHASISWA

Umi Farida Hidayati^{1*}, Mora Claramita², Yayi Suryo Prabandari²

1. Akademi Keperawatan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, Wonosobo 56311, Indonesia
2. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281, Indonesia

*E-mail: umifarydha@gmail.com

Abstrak

Teori belajar terdiri dari teori belajar *behaviourism*, sosial kognitif, dan konstruktivisme. Sistem asrama merupakan pendidikan informal yang mendukung pembelajaran formal. Dengan sistem asrama, mahasiswa diharapkan dapat mandiri dalam hal belajar. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui aplikasi teori belajar di asrama berkaitan dengan kemandirian belajar mahasiswa. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan etnografi. Subjek penelitian berjumlah 14 orang. Pengambilan data menggunakan teknik observasi dan wawancara. Hasil penelitian ini adalah aplikasi teori behaviorisme dengan adanya peraturan terkait kehidupan asrama serta adanya pelanggaran terhadap peraturan di asrama, tetapi *punishment* kurang tegas. Aplikasi teori sosial kognitif terlihat dominan dengan adanya pengasuh asrama yang menjadi *role model*, mahasiswa belajar dengan mengamati dan mencontoh, interaksi antar mahasiswa dalam belajar, pengaturan belajar sendiri oleh mahasiswa. Aplikasi teori konstruktivisme adalah pengasuh asrama memfasilitasi mahasiswa, adanya interaksi dan kolaborasi antara pengasuh asrama dan mahasiswa maupun antar mahasiswa, dan adanya pembelajaran sesuai konteks keperawatan.

Kata kunci: asrama, kemandirian belajar, teori belajar

Abstract

Application of Learning Theory related to Independent Learning of the Students. Learning theory consists of behaviorism, social cognitive and constructivism. Boarding school is an informal educational supports formal learning. With a dormitory system, students are expected to be independent in their learning process. The purpose of this study was to determine the application of learning theory related to the student learning independence. This study used a qualitative method with an ethnographic approach. There were 14 subjects. The data was collected by observation and interview techniques. The result of this research was application of the theory of behaviorism with the relevant regulations of dormitory life and a violation of the rules in the dorm, but the punishment was less firm. Application of social cognitive theory was dominant in the presence of dormitory staff as a role model, students learn by observing and imitating, the interaction between students in learning, self regulatory in learning. Application of the theory of constructivism was shown by dormitory staff facilitating to students, the interaction and collaboration between dormitory staff and student and among students and the learning context related to nursing.

Keywords: dormitory, independent learning, learning theory

Pendahuluan

Belajar adalah cara memperoleh tidak hanya *skills* (keterampilan) dan *knowledge* (pengetahuan), tetapi juga *value* (nilai), *attitudes* (sikap) dan reaksi emosional. Teori belajar yang mendasari cara seseorang belajar terdiri dari teori belajar *behaviourisme*, sosial kognitif, dan

konstruktivisme (Ormrod, 2012; Notoatmodjo, 2010; Shephard, 2008).

Untuk mendukung peningkatan kualitas pembelajaran sebagian besar pendidikan akademi keperawatan (AKPER) di Indonesia menerapkan sistem asrama pada mahasiswa. Sistem asrama di Indonesia sudah ada sejak jaman

dahulu (*kabudan*), yang disebut sebagai pondok pesantren atau pawiyatan atau asrama. Sistem asrama tersebut merupakan sistem pengajaran yang teratur dan tertib. Sistem asrama merupakan lembaga pendidikan dan pengajaran dengan paduan paling sempurna. Sistem asrama merupakan pendidikan informal yang mendukung pembelajaran. Downey (2012) menyatakan bahwa lingkungan informal mendukung lingkungan pembelajaran formal.

Akademi Keperawatan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah (AKPER Pemprov Jateng) merupakan salah satu institusi yang mewajibkan mahasiswa tinggal di asrama dan disediakan pengasuh asrama. Kewajiban mahasiswa di asrama ini sejak tahun 2011 untuk mahasiswa tingkat pertama, sedangkan tingkat ke dua dan ke tiga diperbolehkan tidak tinggal di asrama karena keterbatasan kapasitas asrama. Dengan tinggal di asrama, mahasiswa juga diharapkan dapat mandiri, baik dalam kehidupan sehari-hari maupun dalam belajar.

Berdasarkan latar belakang tersebut, perlu dilakukan penelitian tentang aplikasi teori belajar berkaitan dengan kemandirian belajar mahasiswa. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui aplikasi teori belajar di asrama mahasiswa AKPER Pemprov Jateng berkaitan dengan kemandirian belajar mahasiswa.

Metode

Jenis penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan etnografi. Populasi penelitian adalah mahasiswa AKPER Pemprov Jateng yang tinggal di asrama. Jumlah populasi penelitian sebanyak 95 mahasiswa tingkat satu dan dua. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini sebanyak 14 orang dengan rincian 2 mahasiswa merupakan lurah asrama, 2 mahasiswa merupakan mahasiswa dengan pengalaman tinggal di asrama, dan 9 mahasiswa merupakan mahasiswa yang tidak mempunyai pengalaman tinggal di asrama, serta 1 pengasuh asrama.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman observasi dan wawancara. Pelaksanaan penelitian dilakukan selama empat bulan di asrama maha-siswa AKPER Pemprov Jateng.

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Analisis data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut: menentukan unit analisis data, indikasi unit yang sama dan yang berbeda, menentukan analisis domain, menentukan hubungan dan keterkaitan antar domain, membuat kesimpulan spekulatif, kesimpulan, mencari kasus negatif dan berbeda, serta menentukan teori (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Hasil

Aplikasi Teori Behaviorisme. Penerapan teori *behaviorism* di asrama dilakukan yaitu dengan adanya peraturan-peraturan yang wajib dipatuhi oleh mahasiswa yang tinggal di asrama sesuai dengan buku panduan akademik. Hasil observasi menunjukkan beberapa pelanggaran terhadap peraturan tersebut seperti peraturan makan, peraturan meninggalkan asrama, piket asrama, dan peraturan belajar.

Sanksi terhadap pelanggaran yang dilakukan mahasiswa berupa teguran dan nasehat, misalnya mahasiswa yang seharusnya melaksanakan piket kebersihan, namun tidak melakukan ketika diingatkan, mahasiswa jadi menyadarinya. Pemberian pujian juga diberikan kepada mahasiswa misalnya dengan kata “bagus, kamu sudah kembali ke asrama”, “bagus, kamu sudah berubah”, “bagus, jadi contoh buat adik-adiknya ya”, “besok jangan dilakukan lagi ya”. Pemberian *reinforcement* ini mengubah perilaku mahasiswa jadi tidak melanggar atau menunjukkan perilaku lebih baik, misalnya dengan menegur jika bertemu mahasiswa lain, kembali ke asrama tepat waktu, dan lain sebagainya.

Beberapa pelanggaran cenderung ada pembiaran atau tidak mendapat sanksi yang tegas.

Pembiaran ini juga karena berhubungan dengan senioritas. Lurah asrama putri merupakan mahasiswa tingkat 2, jika ada yang melanggar dari tingkat 3, maka lurah tidak berani menegur karena kakak kelas dianggap lebih mengetahui tentang peraturan asrama.

Sanksi terhadap pelanggaran sudah tertera dalam buku panduan mahasiswa. Sanksi yang banyak diberikan terhadap pelanggaran yang dilakukan oleh mahasiswa berupa teguran lisan dan ceramah agama. Teguran tertulis, skorsing, dan pemutusan studi tidak dilakukan karena pelanggaran yang dilakukan masih dalam kategori pelanggaran ringan-sedang. Mahasiswa juga memperlihatkan perilaku yang lebih baik ketika diberi pujian.

Aplikasi Teori Sosial Kognitif. Hasil observasi terhadap peran pengasuh asrama ditunjukkan dalam Tabel 1. Interaksi antar mahasiswa juga memengaruhi mahasiswa dalam berperilaku baik, misalnya mahasiswa belajar ketika melihat mahasiswa lain belajar. Mahasiswa menyatakan peran lingkungan dan teman sangat berpengaruh terhadap dirinya dalam perilaku belajar di asrama. Mahasiswa juga menyata-

kan lebih merasa termotivasi oleh teman atau kakak kelas. Kamar asrama diatur terdiri dari mahasiswa tingkat 1, 2 dan 3, dan interaksi mahasiswa dengan teman sekamar juga baik bahkan lebih nyaman karena ada kakak kelas yang dapat membantu dalam penyelesaian tugas.

Perilaku belajar mahasiswa terlihat ketika sedang mengerjakan tugas bersama-sama. Waktu yang dijadwalkan adalah pukul 19.30 sampai 21.30 setiap malam, tetapi sedikit mahasiswa yang memanfaatkan jam belajar tersebut karena mahasiswa belajar di waktu lain misalnya malam hari, dini hari atau pagi hari. Pemanfaatan jam belajar digunakan untuk mengerjakan tugas secara berkelompok.

Aplikasi Teori Konstruktivisme. Pengasuh asrama berperan memfasilitasi mahasiswa penghuni asrama selama mahasiswa praktik klinik. Pengasuh asrama mempunyai jadwal praktik sehingga mudah mengontrol dan mengkoordinasi mengenai jam keluar masuk asrama dan makan. Pengasuh asrama juga bekerja sama dengan mahasiswa dalam menyiapkan kegiatan keagamaan, seperti kegiatan di bulan Ramadhan,

Tabel 1. Hasil observasi tugas pengasuh asrama

No	Tugas	Hasil Observasi
1	Memantau dan membimbing tertibnya peraturan asrama	1) Pengasuh asrama melaksanakan apel tiap minggu malam
2	Membimbing mahasiswa untuk mempunyai akhlak dan sikap profesional perawat melalui kehidupan asrama	2) Pengasuh asrama mendampingi rapat mahasiswa tiap bulan
3	Memfasilitasi kegiatan asrama	3) Pengasuh asrama mengontrol mahasiswa yang sedang praktik dengan mempunyai jadwal praktik
4	Membantu dan mendukung kelancaran pembelajaran di asrama	4) Pengasuh asrama menelpon mahasiswa yang tidak kembali ke asrama selama 3 hari dan melakukan teguran lisan
5	Menegakkan kedisiplinan, keamanan, ketertiban dan keindahan di lingkungan asrama	5) Pengasuh asrama tidak menegur mahasiswa yang membawa makanan ke kamar, menonton televisi ketika jam belajar,
6	Memonitor terpenuhinya kebutuhan asrama untuk P3K, kebersihan, dan pemenuhan nutrisi	6) Pengasuh asrama memberikan contoh dan secara bersama-sama melakukan kerja bakti
7	Berkoordinasi dengan seksi kemahasiswaan dalam rangka pembinaan sikap dan perilaku mahasiswa	7) Pengasuh asrama mendampingi mahasiswa dalam kegiatan di asrama (yasinan, tarawih, tadarusan)
		8) Pengasuh asrama mengingatkan untuk menjaga kebersihan asrama dan etika menerima tamu.
		9) Pengasuh asrama memfasilitasi mahasiswa dalam kegiatan akademi, pendataan fasilitas asrama yang rusak,
		10) Pengasuh asrama koordinasi dengan mahasiswa dan penanggungjawab asrama terkait dengan pergantian kamar.

Tabel 2. Hasil penelitian

No	Teori	Hasil
1	Teori behaviorisme	1) Ada peraturan asrama yang wajib dipatuhi 2) Ada pelanggaran terhadap peraturan makan, meninggalkan dan kembali ke asrama, kebersihan lingkungan asrama, dan jam belajar 3) <i>Punishment</i> berupa teguran dan nasihat 4) Ada sistem <i>reinforcement</i> , tetapi tidak dominan 5) Mahasiswa menunjukkan perubahan perilaku ketika diberi <i>punishment</i> dan <i>reinforcement</i>
2	Teori sosial kognitif	1) Mahasiswa belajar dengan mengamati dan mencontoh 2) Ada pengasuh asrama sebagai <i>role model</i> 3) Interaksi antar penghuni asrama memengaruhi perilaku mahasiswa 4) Lingkungan/teman berpengaruh dalam perilaku mahasiswa 5) Mahasiswa mempunyai pengaturan belajar sendiri walaupun ada peraturan jam belajar
3	Teori konstruktivisme	1) Pengasuh asrama memfasilitasi mahasiswa selama di asrama mengenai fasilitas, kegiatan dan etika tetapi tidak dalam belajar 2) Interaksi dan kerjasama antar mahasiswa dalam kegiatan kampus dan belajar selama di asrama 3) Ada pembelajaran sesuai dengan konteks ilmu keperawatan (misalnya asuhan keperawatan), sikap (peduli, disiplin, tanggung jawab, sopan santun)

melaksanakan kerja bakti kebersihan asrama, *rolling* kamar, pendataan fasilitas asrama yang rusak/ perlu diganti, senam pagi, dan ketika mahasiswa mengalami masalah dalam kegiatan kampus. Pengasuh asrama juga berkoordinasi dengan pihak lain yang terkait, selain dengan mahasiswa. Mahasiswa tidak segan untuk meminta pendapat dari pengasuh asrama.

Pengasuh asrama juga memberi pengarahan tentang etika masuk kamar, menyapa ketika bertemu, berpenampilan sopan dan rapi, menjaga sopan santun, memiliki rasa sosial yang tinggi, berinteraksi dengan lingkungan sekitar, mengikuti kegiatan kampus dan menjaga fasilitas asrama dan kampus.

Interaksi dan kerjasama antar mahasiswa juga terlihat ketika mahasiswa menyiapkan kegiatan kampus, mengerjakan tugas berkelompok sehingga jika ada kesulitan mahasiswa bisa berdiskusi, kegiatan olahraga di sore hari setelah perkuliahan, dan seni musik. Kakak kelas juga memfasilitasi adik kelas dalam kehidupan asrama seperti yang dinyatakan oleh mahasiswa sebagai berikut:

"...iya disini kadang tu kamu tuh di asrama tapi ga pernah ngobrol sama mbak-mbaknya tetapi mbak-mbaknya malah peduli jadi enak rasanya mereka tu malah nganggep kita kayak temennya gitu lho bu seiring berjalannya waktu saya mulai akrab dengan mbak-mbaknya terus saya juga diajarin ini lho perjuangannya kalau kita mau kegiatan ya ini perjuangannya ini lho kepanitiannya."

"... sosialisasi dengan teman sekarang meningkat lagi karena baru sama adik-adiknya. mereka mbok kamu gini tapi mereka juga nglakuin."

Mahasiswa juga berbagi tentang pengetahuan, baik pengetahuan dalam konteks ilmu keperawatan atau pengetahuan dan keterampilan lainnya, misalnya penyusunan tugas akhir, atau aplikasi komputer. Mahasiswa pun belajar dari tugas perkuliahan yang telah dilakukan dan pengalaman dari kakak kelas.

"..mereka kadang saya tanya tentang pelajaran mereka langsung kasih tau kalau minta contoh tugas/ aspek kok ga dari

kemarin disini satu minggu dua minggu tu ternyata mbak-mbaknya baik-baik."

Mahasiswa lebih rajin dan semangat dalam belajar di asrama karena pengaruh lingkungan asrama, yaitu pengaruh teman, adanya fasilitas, motivasi dari teman dan kakak kelas, dan adanya persaingan antar penghuni asrama dan mahasiswa bisa berdiskusi baik dengan teman maupun dari kakak kelas. Secara umum, aplikasi teori belajar di asrama digambarkan dalam Tabel 2.

Pembahasan

Penggunaan aturan merupakan salah satu hal yang penting dalam mendukung proses kemandirian, terutama dalam menentukan yang benar dan yang salah (Benson & Grove, 1998). Penerapan teori behaviorisme di asrama AKPER Pemprov Jateng yaitu adanya peraturan yang wajib dipatuhi oleh mahasiswa yang tinggal di asrama sesuai dengan buku panduan akademik. Hal ini didukung penelitian Saomah (2006) menunjukkan bahwa pada awalnya bentuk kepatuhan itu karena dikontrol oleh pembina asrama. Namun, seiring dengan lamanya waktu tinggal di asrama serta kematangan remaja itu sendiri, proses kepatuhan itu berkembang menjadi sesuatu yang diputuskan dan dikontrol oleh diri sendiri sehingga siswa bisa menjadi mandiri.

Dalam proses *operant conditioning*, ada yang disebut dengan *punishment*/ hukuman, yaitu stimulus yang jika diberikan pada suatu respon akan menurunkan kemungkinan respon tersebut muncul kembali (Ormrod, 2012). Dari hasil observasi didapatkan terdapat pelanggaran terhadap peraturan tersebut seperti peraturan makan, peraturan meninggalkan asrama, piket asrama, dan peraturan belajar. Pelanggaran yang dilakukan mahasiswa termasuk dalam kategori ringan sampai sedang. Pelanggaran-pelanggaran yang dilakukan mahasiswa di asrama putra dan putri kurang terkontrol baik oleh lurah asrama maupun pengasuh asrama. Pelanggaran tersebut cenderung ada pembiaran atau tidak adanya sanksi yang tegas terhadap pelanggaran yang

dilakukan. Sanksi terhadap pelanggaran yang dilakukan mahasiswa berupa teguran lisan dan nasehat, misalnya mahasiswa melaksanakan piket kebersihan ketika diingatkan, mahasiswa jadi lebih ramah kepada yang lain ketika diberi nasehat. Hal ini didukung Dewantara (2013) yang menyatakan bahwa dalam sebuah pendidikan tidak menggunakan paksaan, tidak juga dengan pembiaran, tetapi perlu memperhatikan perilaku siswa agar sesuai. Salah satu peralatan pendidikan berupa perintah, paksaan dan hukuman, tetapi banyak yang tidak setuju dengan metode tersebut.

Dalam *operant conditioning* perilaku dapat "dibentuk" (*shaping*) melalui penggunaan *reinforcement* yang tepat. Skinner menjelaskan bahwa *reinforcement* adalah elemen kunci dalam teori *operant conditioning*, yang dapat mengakibatkan perilaku tersebut berulang kembali atau menghilang sesuai keinginan (Ormrod, 2012). Dalam penelitian ini, mahasiswa juga memperlihatkan perilaku yang lebih baik ketika diberikan pujian. Pemberian *reinforcement* ini mengubah perilaku mahasiswa menjadi tidak melanggar atau menunjukkan perilaku yang lebih baik, misalnya dengan bertegur sapa jika bertemu mahasiswa lain, kembali ke asrama tepat waktu, dan lain sebagainya. Hal ini sesuai dengan penelitian Mendari (tahun) yang bahwa konsep motivasi belajar berkaitan erat dengan prinsip bahwa memperoleh *reinforcement*/penguatan dibandingkan dengan perilaku yang tidak mendapat penguatan atau perilaku yang terkena hukuman (*punishment*). Pemberian *reinforcement* dapat disimpulkan lebih efektif terhadap perubahan perilaku dibandingkan dengan *punishment* (Mendari, 2010).

Seorang *role model* mempunyai kompetensi sebagai seorang perawat. Model mempunyai juga mempunyai kebanggaan dan kekuatan, dan berperilaku sesuai dengan gender dan relevan dengan situasi pembelajar (Ormrod, 2012). *Role model* di asrama putri pengasuh asrama putri yang juga merupakan seorang perawat yang pernah mempunyai pengalaman tinggal di asrama. Kondisi ini kurang sejalan dengan hasil

penelitian Qodir (2004) di pondok pesantren. Tokoh sentral yang menjadi teladan atau *role model* diasrama putera di pondok pesantren adalah Kyai.

Individu belajar dengan cara mengamati. Cara ini merupakan perwujudan dari pendidikan dengan cara memberikan contoh perilaku bagi siswa (Ormrod, 2008). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini. Pengasuh asrama memberikan contoh berupa tindakan nyata kepada mahasiswa, dengan cara melaksanakan kerja bakti kebersihan, kegiatan keagamaan, dan senam pagi.

Social Cognitive Theory (SCT) menggambarkan perilaku dan fungsi manusia sebagai hasil dari kedinamisan hubungan antar individu, tindakan individu dan lingkungannya, yang disebut dengan *triadic reciprocal causation* (Bandura, 2004; Ormrod, 2008, 2009). Dalam penelitian ini, interaksi antara mahasiswa dengan mahasiswa lain juga memengaruhi mahasiswa dalam berperilaku baik dalam hal positif maupun negatif, misalnya mahasiswa belajar ketika melihat mahasiswa lain belajar. Mahasiswa menyatakan peran lingkungan dan teman sangat berpengaruh terhadap dirinya dalam perilaku belajar di asrama. Mahasiswa lebih rajin dan semangat dalam belajar di asrama karena adanya pengaruh lingkungan, yaitu lingkungan asrama, pengaruh teman, adanya fasilitas, motivasi dari teman dan kakak kelas, dan adanya persaingan antar penghuni asrama. Hal ini sesuai dengan pernyataan Soekanto (2005), yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi interaksi sosial adalah imitasi, identifikasi, sugesti dan simpati.

Menurut Bandura, individu mempunyai kemampuan dasar *self regulatory* yang merupakan pusat dari pengembangan individu. Banyak tindakan individu diatur oleh standar internal dan tindakan evaluatif dari tindakan yang dilakukan (Ormrod, 2009). Dalam penelitian ini, perilaku belajar mahasiswa terlihat ketika sedang mengerjakan tugas bersama-sama. Waktu yang dijadwalkan adalah pukul 19.30 – 21.30 setiap

malam, tetapi sedikit mahasiswa yang memanfaatkan jam belajar tersebut karena mahasiswa belajar di waktu lain misalnya malam hari, dini hari atau pagi hari. Pemanfaatan jam belajar digunakan untuk mengerjakan tugas secara berkelompok. Mahasiswa jarang memanfaatkan jam belajar tersebut karena pada jam tersebut suasana asrama ramai sehingga kurang kondusif untuk belajar. Dengan kondisi asrama tersebut, mahasiswa mempunyai pengaturan belajar sendiri di luar jam belajarnya. Mahasiswa jarang memanfaatkan perpustakaan karena mahasiswa kurang menyukai belajar dari buku tetapi lebih menyukai belajar dari internet. Perlu penjelasan tambahan krn saat ini metode pembelajaran online telah diterapkan dalam proses pembelajaran SCL. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Afifah (2007) yang memperlihatkan bahwa semua responden mengakses internet untuk kegiatan pembelajaran.

Aplikasi Teori Konstruktivisme. Menurut surat tugas pengasuh asrama, pengasuh asrama mempunyai tugas memfasilitasi kegiatan di asrama, membantu dan mendukung kelancaran pembelajaran di asrama. Hasil penelitian menunjukkan pengasuh asrama mempunyai peran memfasilitasi mahasiswa selama di asrama, yaitu selama mahasiswa praktik klinik, pengasuh asrama mempunyai jadwal praktik sehingga mudah mengontrol dan mengkoordinasi mengenai jam keluar masuk asrama dan makan. Pengasuh asrama juga memfasilitasi kegiatan di asrama seperti kegiatan ramadhan, melaksanakan kerja bakti kebersihan asrama, kegiatan keagamaan, *rolling* kamar, pendataan fasilitas asrama yang rusak/perlu diganti, menyediakan fasilitas obat-obatan Pertolongan Pertama Pasa Kecelakaan (P3K), senam pagi dan ketika mahasiswa mengalami masalah dalam kegiatan kampus. Hal ini sesuai dengan penelitian Yue, *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa tanggung jawab pengelola asrama adalah manajemen asrama, keamanan siswa, logistik, serta kesehatan fisik dan psikologis. Pengelola juga memperhatikan siswa setelah pembelajaran di kelas selesai, melatih cara berdisiplin dan komunikasi efektif dengan siswa lain, serta menerapkan

pola tidur yang baik dan perilaku sehat dan mengenali penyakit siswa yang umum terjadi.

Pengasuh asrama juga bekerjasama dan bekerjasama dengan mahasiswa dalam menyiapkan kegiatan Ramadhan, melaksanakan kerja bakti kebersihan asrama, kegiatan keagamaan, *rolling* kamar, pendataan fasilitas asrama yang rusak/perlu diganti, senam pagi dan ketika mahasiswa mengalami masalah dalam kegiatan kampus, pengasuh asrama juga bisa langsung berkoordinasi dan mahasiswa meminta pendapat dari pengasuh asrama.

Interaksi dan kolaborasi antar mahasiswa juga terlihat ketika mahasiswa menyiapkan kegiatan kampus secara bersama-sama, mengerjakan tugas berkelompok, sehingga jika ada kesulitan mahasiswa bisa berdiskusi, kegiatan olahraga di sore hari setelah perkuliahan, dan seni musik. Mahasiswa lebih rajin dan semangat dalam belajar di asrama karena pengaruh lingkungan asrama, yaitu pengaruh teman, adanya fasilitas, motivasi dari teman dan kakak kelas, dan adanya persaingan antar penghuni asrama dan mahasiswa bisa berdiskusi baik dengan teman maupun dari kakak kelas. Salah satu prinsip teori konstruktivisme adalah adanya interaksi sosial yang berperan penting dalam pengembangan pemahaman mahasiswa. Pembelajaran efektif dengan bekerjasama dengan yang lain pada saat menyelesaikan tugas yang tidak dikerjakan sendiri (Cantilon & Wood, 2010). Interaksi sosial di asrama terlihat pada saat mahasiswa berkumpul menonton televisi, sekedar berkunjung di kamar, meminjam barang, meminjam buku, tugas, dan lain sebagainya. Hal ini sesuai dengan Soekanto yang menyatakan interaksi sosial terjadi jika ada 2 syarat, yaitu adanya kontak sosial dan komunikasi sosial (Soekanto, 2005).

Belajar sesuai konteks mendukung kemampuan pembelajar untuk digunakan pada masa yang akan datang (Dornan, et al., 2011). Dalam penelitian ini, mahasiswa juga berbagi tentang ilmu baik dalam konteks ilmu keperawatan maupun ilmu lain misalnya penyusunan tugas

akhir, komputer, tugas dan pengalaman kakak kelas. Mahasiswa juga belajar berperilaku yang sesuai dengan perawat seperti kedisiplinan, komunikasi, interaksi dan peduli dengan orang lain, bertanggungjawab terhadap diri dan lingkungannya. Hal ini sesuai dengan penelitian Yue, et al. (2012) yang menyatakan bahwa tanggung jawab pegelola asrama adalah memperhatikan siswa setelah pembelajaran di kelas selesai, melatih cara berdisiplin dan komunikasi efektif dengan siswa lain.

Steinberg menyatakan beberapa alasan yang mendukung pencapaian prestasi yang lebih baik dari remaja yang mandiri itu antara lain: memiliki motivasi intrinsik yang lebih tinggi dalam belajar, mampu menggunakan sumber-sumber pribadi dan sumber yang diberikan dari institusi tempat belajar secara lebih baik, mampu melaksanakan pembelajaran mereka dalam suatu cara yang *independent* (Mendari, 2010). Mahasiswa yang tinggal di asrama mahasiswa AKPER Pemprov Jawa Tengah telah dibekali aturan tentang jam belajar, tetapi mahasiswa kurang memanfaatkan kesempatan ini karena mahasiswa mempunyai pengaturan sendiri. Hal ini sesuai dengan teori sosial kognitif yang menyatakan bahwa individu mempunyai kemampuan dasar *self regulatory* yang merupakan pusat dari pengembangan individu. Banyak tindakan individu diatur oleh standar internal dan tindakan evaluatif dari tindakan yang dilakukan (Ormrod, 2009).

Kesimpulan

Teori belajar yang dominan dan mendukung kemandirian belajar mahasiswa di asrama adalah teori sosial kognitif. Bagi sekolah berasrama disarankan menyediakan pengasuh asrama sebagai *role model* dan fasilitator kehidupan di asrama untuk mendukung pembelajaran. Program *mentoring* dari kakak kelas dapat dilakukan untuk mempercepat adaptasi mahasiswa baru, menetralkan adanya senioritas serta kontrol perilaku mahasiswa. Untuk mendukung proses pembelajaran di asrama, perlu dukungan lingkungan yang kondusif. Oleh karena itu, di-

perlu manajemen yang mampu menjaga komitmen seluruh staf yang terlibat (SR, AYN, INR).

Referensi

- Afifah, E. (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan internet sebagai sarana pencarian informasi pembelajaran pada mahasiswa keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11 (2), 41–46.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I.N. (2014). *Metodologi penelitian kualitatif dalam riset keperawatan*. Jakarta: Raja Grafindo.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educational Behavior*, 31, 143–164.
- Benson, N.C., & Grove, S. (1998). *Psychology for Beginners*. Crambridge: Icon Books Ltd.
- Cantilon, P., & Wood, D. (2010). *ABC of learning and teaching in medicine* (2nd Ed.). London: Wiley-Blackwell.
- Dewantara, K.H. (2013). *Karya Ki Hadjar Dewantara bagian pertama: Pendidikan*. Yogyakarta: Majelis Luhur Persatuan Tamansiswa.
- Downey, A. (2012). *Formal and informal learning environments*. University of North Texas.
- Mendari, AS. (2010). Aplikasi teori hierarki kebutuhan Maslow dalam meningkatkan motivasi belajar mahasiswa. *Widya warta*, 1 (34), 82–91.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ormrod, J.E. (2008). *Psikologi pendidikan, membantu siswa tumbuh dan berkembang* (Jilid 1, Edisi 6). Jakarta: Erlangga.
- Ormrod, J.E. (2009). *Psikologi pendidikan, membantu siswa tumbuh dan berkembang*. Jilid 2. Edisi 6. Jakarta: Erlangga.
- Ormrod, J.E. (2012). *Human learning* (6th Ed.) One Lake Street, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Qodir, A. (2004). Pembaharuan sistem pendidikan pesantren dalam pembentukan kemandirian santri. *Jurnal Studi Agama dan Masyarakat*, 1 (1), 55–72.
- Saomah, A. (2006). *Hubungan antara gaya pengasuhan orangtua authoritative, authoritarian, indulgent, dan indifferent dengan kemandirian siswa* (Tesis, Tidak dipublikasi). Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran, Bandung.
- Shephard, K. (2008). Higher education for sustainability: seeking affective learning outcomes. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 9 (1), 87–98.
- Soekanto, S. (2005). *Sosiologi suatu pengantar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Yue, A., Shi, Y., Chang, F., Yang, C., Wang, H., Yi, H., et al. (2012). *Dormitory management and boarding students in china's rural elementary schools*. Rural Education Action Project. Diperoleh dari <http://fsi.stanford.edu/>

MAKNA MELAHIRKAN DI RUMAH BAGI SEORANG PEREMPUAN

Wiwit Kurniawati^{1*}, Imami Nur Rachmawati¹, Yati Afiyanti¹

1. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: wiwit.k@ui.ac.id

Abstrak

Peristiwa persalinan adalah peristiwa normal dalam kehidupan suatu keluarga, sehingga melahirkan di rumah dengan ditolong tenaga kesehatan merupakan pilihan yang bisa dilakukan oleh perempuan. Studi kualitatif fenomenologi untuk menggali makna melahirkan di rumah bagi perempuan yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan belum banyak dilakukan. Studi ini merupakan bagian dari studi yang lebih besar tentang Pengalaman Perempuan selama Proses Persalinan di rumah di tolong tenaga kesehatan. Tujuan partisipan yaitu perempuan yang telah melewati proses persalinan di rumah dengan ditolong oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja sebuah puskesmas di Kabupaten Malang berpartisipasi pada penelitian ini. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam sebanyak dua kali yang dilengkapi dengan catatan lapangan. Wawancara direkam kemudian dibuat transkrip wawancara. Hasil penelitian menemukan tiga tema tentang makna melahirkan di rumah yang dirasakan oleh partisipan, meliputi melahirkan sebagai kodrat perempuan, kebahagiaan bagi seorang perempuan yang melahirkan di rumah dan makna pembelajaran bagi keluarga ketika ibu melahirkan dirumah. Hasil penelitian ini memberikan informasi yang bermanfaat dalam penentuan kebijakan untuk membuat desain program maupun intervensi keperawatan guna membantu memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan ibu bersalin di rumah.

Kata kunci: makna, melahirkan di rumah, perempuan, tenaga kesehatan

Abstract

***The Meaning of Home Birth for a Woman.** Pregnancy and childbirth are a normal and healthy moments in life of the family. Home birth experience assisted by the health professionals can be a woman's choice. A study of qualitative phenomenology about the meaning of home birth for women assisted by health provider is still rare. This study is a part of a research about women's experience during labor with home birth assisted by the health providers. Seven women experienced child birth processes at home with the assisting of health providers in a public health center in Malang municipal, East Java. Data was collected by conducting two interviews along with the field notes. The interview was recorded, than, transcribed. The research finding discussed about the women experiences of home birth processes assisted by the health providers. Furthermore, this research discussed about the deep meaning of home birth for a women, including the nature of birthing and childbirth as women, the happiness for a woman who experienced child birth processes at home and the meaning the family life learning when the mother experiencing child birth processes at home. The result of this research is considered for giving information in determine policy in designing program of nursing intervention design for assisting and providing the women health needs in home birth processes.*

Keywords: meaning, home birth, women, health provider

Pendahuluan

Sejarah tempat persalinan dari abad ke abad telah mengalami pergeseran. Sebelum abad kedua puluh persalinan sering dilakukan di rumah (Calcette, Dos Santos, Collaco, Granemann & Dario, 2011). Pada permulaan abad kedua puluh terjadi perpindahan tempat persalinan

dari rumah ke rumah sakit. Asuhan maternitas ilmiah di rumah sakit sejak saat itu semakin terkenal, terutama di Amerika (Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Zwelling & Phillips, 2001).

Pelayanan obstetrik di rumah sakit yang semakin berkembang, mendorong tenaga kesehatan menggunakan teknologi dalam pelayanan ibu dan

anak. Meningkatnya penggunaan teknologi pada pelayanan perinatal, menyebabkan klien tidak diperlakukan sebagai subyek. Hal ini disadari betul oleh perawat, sehingga timbul gerakan persalinan natural yang menghendaki persalinan berfokus pada keluarga (*family centered*) sebagai pengganti model medis. Perhatian terhadap penggunaan teknologi di rumah sakit yang berlebihan, kurangnya keterlibatan keluarga dan kurangnya kontrol personal membuat klien mencari pertolongan persalinan di rumah sebagai pilihan (Phillips, 1999; Zwelling & Phillips, 2001).

Istilah "persalinan natural" mengacu pada berbagai metode, termasuk pada pendekatan Lamaze, Bradley, dan *home-birth* atau persalinan di rumah, yang menitik beratkan pada cara alami atau kurang mengandalkan teknologi medis (Cosans, 2004). Mansfield (2008) menekankan pada kealamiah persalinan dan menunjukkan tiga jenis praktek sosial yang dijabarkan sebagai bagian integral pada persalinan natural, yaitu aktivitas selama persalinan, persiapan sebelum persalinan, dan dukungan sosial baik pada individu maupun pada konteks sosiokultural yang lebih luas.

Persalinan natural ini banyak diminati para perempuan. Sebuah studi tentang pengalaman seorang edukator persalinan di Amerika Serikat melaporkan bahwa perempuan memilih persalinan natural karena menyukai tantangan. Mereka merasa mendapat kepuasan dengan situasi persalinan yang dianggap berat (Lothian, 2000).

Sebuah penelitian pada perempuan di Korea juga menyimpulkan bahwa para perempuan menginginkan praktek persalinan yang menjadikan mereka sebagai subyek. Praktek ini ditemukan apabila mereka melakukan persalinan natural (Lee & Park, 2012). Persalinan natural menitik beratkan cara alami dan kurang mengandalkan teknologi medis sehingga dapat dilakukan di rumah (Cosans, 2004).

Persalinan di rumah dipilih karena berbagai alasan. Jouhki (2012) menemukan alasan utama perempuan memilih persalinan di rumah, yaitu pengalaman persalinan yang lalu, pertimbangan persalinan merupakan proses alami, otonomi meningkat, lingkungan rumah, institusi, keinginan untuk memilih penolong persalinan, ketidakpercayaan pada keamanan medis, dan kesempatan anak yang lain atau saudara kandung bayinya untuk menyaksikan persalinan. Menurut partisipan dalam penelitian kualitatif ini yang paling penting adalah otonomi, sesuatu yang tidak dapat diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan pada umumnya.

Pemilihan tempat persalinan di negara berkembang termasuk Indonesia masih dipengaruhi masalah sosio-budaya dan sosio medis (Grace, 1996; Sofiah, 2003; Swasono, 1998). Tempat persalinan yang dianggap ideal adalah di rumah sakit mengingat masih tingginya kejadian penyulit persalinan yang berkontribusi pada Angka Kematian Ibu (AKI). Mayoritas persalinan menurut data Riskedas dilakukan oleh tenaga kesehatan (87,6%). Persalinan di rumah sakit dilakukan sebanyak 70,4%, sedangkan di rumah hanya 29,6% (Kemenkes RI, 2013).

Data tersebut menunjukkan bahwa arus utama tempat persalinan di Indonesia adalah di fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan pendekatan medis. Akan tetapi, bila menelusuri berbagai forum diskusi di dunia maya, masyarakat di Indonesia khususnya perempuan sudah banyak menunjukkan ketertarikannya bahkan mempraktekkan persalinan di rumah. Penelitian tentang persalinan di rumah oleh tenaga kesehatan profesional perlu dilakukan untuk mengidentifikasi pendapat dari sedikit perempuan yang memilih persalinan di rumah.

Metode

Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi makna melahirkan di rumah bagi seorang perempuan dengan penolong tenaga kesehatan.

Penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pemilihan tempat persalinan adalah hal yang penting bagi kehidupan seorang perempuan sehingga fenomenologi merupakan pendekatan yang tepat untuk dipilih. Penentuan partisipan digunakan metode *gate-keeper*, yaitu melalui kader di wilayah tersebut. Partisipan adalah tujuh orang perempuan yang bersalin di rumah dan pertolongan persalinannya dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam dua tahun terakhir, dapat menceritakan pengalamannya dengan lancar, tinggal di wilayah Kabupaten Malang.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam sebanyak dua kali yang berlangsung selama 30–60 menit di rumah masing-masing partisipan. Catatan lapangan (*field-notes*) digunakan juga untuk memperoleh data lain yang tidak dapat direkam melalui wawancara. Wawancara direkam setelah partisipan mendapat penjelasan dan memberikan persetujuan. Validasi data dilakukan pada pertemuan yang kedua dengan membawa transkrip untuk dibaca kembali oleh partisipan.

Analisis data menggunakan model Colaizzi (Holloway, 2005) yang terdiri dari membuat transkrip verbatim, membaca berulang-ulang hasil transkrip wawancara dan catatan lapangan, mengidentifikasi kutipan kata dan pernyataan yang bermakna atau pengkodean, membuat kategori dari beberapa kode yang mempunyai kedekatan makna, menentukan sub tema jika diperlukan, menyusun tema, dan mendeskripsikan berbagai tema yang ditemukan.

Keabsahan data penelitian ini mengikuti prinsip melalui peneliti lain yang tidak terlibat langsung dalam proses, memvalidasi kepada partisipan secara langsung, dan mendiskusikan temuan tema kepada pihak yang tidak terlibat dalam proses penelitian tetapi memahami substantinya.

Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari komite etik penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Selama

proses penelitian, semua prinsip etik telah diterapkan.

Hasil

Bagian hasil menjabarkan karakteristik dari partisipan dan tema yang ditemukan pada penelitian ini.

Latar Belakang Partisipan. Usia partisipan antara 25 tahun sampai 39 tahun. Semua partisipan adalah penduduk asli di sebuah wilayah di Kabupaten Malang. Tiga partisipan telah menyelesaikan pendidikan SMA, dua bergelar Sarjana, masing-masing satu SD dan tidak tamat SD. Pekerjaan partisipan hampir semuanya ibu rumah tangga, kecuali satu orang yang bekerja sebagai guru SD. Agama yang dianut oleh partisipan semuanya adalah Islam. Empat orang partisipan hanya memiliki pengalaman melahirkan di rumah, dua partisipan pernah melahirkan di puskesmas selain di rumah, dan seorang partisipan yang lainnya memiliki pengalaman melahirkan di rumah maupun di rumah sakit. Pengalaman melahirkan dengan ditolong oleh selain tenaga kesehatan, dimiliki oleh dua orang partisipan. Jarak antara wawancara yang dilakukan pada semua partisipan dalam penelitian ini dengan pengalaman melahirkan di rumah ditolong tenaga kesehatan adalah kurang dari dua tahun untuk semua partisipan. Lama perkawinan bervariasi antara 3 tahun sampai 19 tahun. Terdapat 2 partisipan dengan penghasilan keluarga yang tidak tentu dan lainnya berkisar antara kurang dari sejuta sampai tiga juta.

Makna Melahirkan di Rumah bagi Seorang Perempuan. Temuan dalam penelitian tentang makna melahirkan di rumah bagi seorang perempuan meliputi tiga tema yaitu melahirkan sebagai kodrat bagi seorang perempuan, kebahagiaan bagi seorang perempuan yang melahirkan di rumah, dan makna pembelajaran bagi keluarga ketika ibu melahirkan di rumah.

Melahirkan Merupakan Suatu Kodrat bagi Seorang Ibu. Semua partisipan mengungkapkan

bahwa salah satu kodrat perempuan yang menjadi seorang ibu adalah melahirkan. Melahirkan dianggap sebagai kesempurnaan peran perempuan, seperti ungkapan partisipan berikut ini:

"... memang hal itu sudah sewajarnya sebagai seorang perempuan yang sudah bersuami... Ya memang sudah kodrat seorang perempuan melahirkan bu..." (P1)

"... melahirkan memang sudah kodrat perempuan ya.. jadi ya harus dijalani..." (P7)

Makna melahirkan sebagai kodrat perempuan lebih jauh dijelaskan oleh partisipan yaitu harus merasakan sakit pada saat melahirkan dan menjalani perjuangan hidup yang membawa ibu pada kepasrahan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa. Mereka menganggap bahwa melahirkan identik dengan rasa sakit atau perjuangan hidup dan mati, seperti ungkapan:

"Ya memang setiap orang melahirkan pasti sakit bu... Semua orang bilang begitu... dimana ada yang tidak sakit melahirkan?... Pokoknya saya pasrah saja pada Tuhan..." (P1)

Penderitaan menghadapi nyeri persalinan harus disikapi dengan sikap menerima:

"Walaupun sakit karena ingin punya anak ya harus diterima saja... sakit ataupun tidak saya terima saja bu. Itu sudah kodrat perempuan..." (P4)

Kebahagiaan bagi Seorang Perempuan yang Melahirkan di Rumah. Walaupun persalinan dianggap identik dengan nyeri tetapi semua partisipan mengungkapkan tentang pengalaman kebahagiaan pada saat melahirkan di rumah, seperti yang mereka alami. Bagi partisipan lingkungan rumah memberikan perasaan yang berbeda dibandingkan dengan melahirkan di tempat lain, termasuk di klinik atau RS. Melahirkan di rumah justru tidak perlu banyak

persiapan dan kerepotan yang ditimbulkan makin menambah kebahagiaan.

"Ya senang, Alhamdulillah sudah melahirkan, padahal saya hanya orang seperti ini, persiapan melahirkan juga tidak banyak bu..." (P1)

"Yaa apa ya, hahaha tidak bisa digambarkan ya bu, kebahagiaan melahirkan di rumah yang luar biasa tidak bisa dilukiskan... Meskipun repot-repot, itu kalo sudah punya bayi, bayinya sudah lahir kok rasanya tidak terasa ya susah. Yang ada hanya bahagia aja hahaha..." (P7)

Melahirkan di rumah juga memberikan keistimewaan karena lingkungan yang tidak asing dan bisa didampingi oleh orang terdekat, bukan hanya suami:

"Yaa bahagia sekali, senang sekali bisa melahirkan di rumah.. rumah sendiri itu yo rasanya lain, ga takut gitu karena di rumah sendiri kan sudah biasa, apalagi ditunggu suami, orang tua..." (P3)

"Kebahagiaan yang lain yaitu berkaitan dengan finansial. Partisipan merasa bahwa melahirkan di rumah dapat mengurangi biaya persalinan, "dari segi biaya hmmm, kalo diitung-itung yaa memang lebih murah. Puskesmas murah juga sih tapi kan ke sananya pake ongkos [tersenyum]" (P2).

Makna Pembelajaran bagi Keluarga Ketika Ibu Melahirkan di Rumah. Melahirkan di rumah mengandung makna pembelajaran bagi keluarga. Untuk menjalani proses persalinan di rumah, tidak hanya ibu tetapi seluruh anggota keluarga harus disiapkan, baik secara fisik maupun psikologis. Menurut pengalaman partisipan penelitian ini, melahirkan di rumah merupakan suatu tahapan pembelajaran kepada keluarga untuk mengetahui atau memahami bahwa persalinan itu merupakan suatu peristiwa alamiah yang harus dilewati oleh seorang ibu.

Berikut ini adalah pernyataan partisipan tentang fenomena tersebut:

"..kalo di rumah kan dikuatirkan anak-anak sliweran (mondar-mandir).. Terus pas melahirkan kan umumnya juga ada teriakan-teriakan.. umumnya.. kalo pas mengejan itu lho.. pasti... Uúghhh!!! [ekspresi gemas] Takutnya anak saya dalam hati merasa kasihan atau apa... [menghela napas panjang] saya kuatir secara psikologi terhadap kakaknya yang masih kecil, jangan sampai melukai jiwanya, gitu lho... kan waktu ibu mengejan.. anak mungkin ketakutan.. Wah ibuku kesakitan.. Nah, jangan sampai ada anggapan anak kalau melahirkan itu sesuatu hal yang menakutkan gitu lho bu. Saya mendengar setelah saya melahirkan anak saya cerita-cerita... ya saya dengar [mengangguk-angguk]... oh berarti anak saya itu belajar..." (P2)

Pembahasan

Makna melahirkan dirasakan oleh partisipan yang melahirkan di rumah sebagai kodrat seorang perempuan seperti halnya menstruasi, hamil, dan menyusui karena semuanya itu merupakan keadaan manusia yang tidak dapat diubah ataupun ditolak. Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Afyanti (2004) yang mengidentifikasi bahwa perempuan menghadapi kehamilan dan persalinan sebagai kodrat.

Persalinan mengandung makna perjuangan menghadapi rasa sakit yang dipercaya oleh perempuan sebagai keharusan. Sikap pasrah ini juga ditemukan dalam penelitian oleh Rachmawati (2012) sehingga mereka menerima kekurangpedulian tenaga kesehatan terhadap penanganan nyeri. Lothian (2000) justru menemukan pandangan para perempuan yang menganggap persalinan adalah tantangan. Keberhasilan melewati proses persalinan yang dianggap berat tersebut dapat memberikan pengalaman positif.

Temuan lain tentang makna melahirkan dalam penelitian ini adalah kebahagiaan bagi seorang perempuan yang dapat melahirkan di rumah. Kebahagiaan di sini dapat dikatakan sebagai kepuasan terhadap persalinan dan pengalaman persalinan yang positif. Janssen, Henderson, dan Vedam (2009) melaporkan temuan pengalaman persalinan yang positif pada perempuan yang menerapkan persalinan di rumah. Perempuan merasakan pengalaman tentang kepercayaannya terhadap keterampilan dan pengetahuan bidan yang menolongnya, dukungan emosi, dan pemberdayaan yang mereka peroleh melalui hubungannya dengan bidan, persepsi rileksasi terhadap suasana rumahnya sendiri yang tidak asing, mereka terinformasi, dan terlibat dalam perencanaan perawatannya, dan lamanya waktu yang dihabiskan oleh bidan penolongnya bersama mereka dan keluarganya.

Makna kebahagiaan ini juga mengandung aspek kepuasan terhadap pengalaman persalinannya. Janssen, Carty, dan Reime (2006); Jouhki, Suominen, dan Astedt-Kurki (2015) menyatakan bahwa perempuan yang merencanakan persalinannya di rumah lebih merasakan kepuasan pada pengalamannya, terutama yang melengkapi seluruh proses persalinannya di rumah.

Makna pembelajaran bagi keluarga khususnya anak-anak untuk mengetahui atau memahami bahwa persalinan itu merupakan suatu hal alamiah yang dialami oleh seorang ibu. Beberapa keuntungan persalinan di rumah adalah ibu tetap berada pada lingkungan keluarganya sehingga hal tersebut meningkatkan tumbuh kembang seluruh anggota keluarga, *sibling* atau anak-anak yang lain tidak perlu terpisah dengan ibunya sehingga mendukung penerimaan mereka terhadap anggota keluarga yang baru lahir.

Hasil ini sejalan dengan salah satu temuan motivasi perempuan untuk memilih persalinan di rumah yang diungkapkan oleh Jouhki (2012) yaitu agar *sibling* dapat menyaksikan proses kehadiran adiknya sebagai anggota

keluarga baru. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa persalinan di rumah memberikan pembelajaran bagi suami. Jouhki, Suominen, dan Astedt-Kurki (2015) mengungkapkan pendapat para suami yang mendampingi istrinya dalam persalinan di rumah. Pengalaman para suami meliputi berbagi tanggung jawab, mendukung istri, dan berpartisipasi dalam proses persalinan. Pengalaman tersebut dianggap sebagai tantangan; suami harus mengambil peran seperti penolong persalinan. Mereka merasa bahwa persalinan di rumah menghubungkan mereka satu sama lain sebagai keluarga, dan pengalaman tersebut dapat memberdayakan peran suami.

Penelitian ini tidak menemukan isu otonomi seperti halnya penelitian terdahulu yang berkaitan dengan persalinan natural, terutama persalinan di rumah. Sebagaimana negara berkembang yang lain, kesadaran akan hak-hak pasien baru menjangkau golongan masyarakat tertentu di Indonesia. Sebagian besar masyarakat masih bersifat pasif dalam menerima pelayanan kesehatan (Siregar & Budhiartie, 2013).

Kesimpulan

Penelitian ini mengidentifikasi tiga tema yang menggambarkan makna melahirkan di rumah bagi seorang perempuan dengan ditolong tenaga kesehatan, yaitu melahirkan sebagai kodrat bagi seorang perempuan, kebahagiaan bagi seorang perempuan yang melahirkan di rumah dan makna pembelajaran bagi keluarga ketika ibu melahirkan di rumah.

Hasil penelitian ini merekomendasikan perlunya memahami kebutuhan para perempuan untuk melakukan persalinan di rumah. Persalinan di rumah tidak dianjurkan dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia. Namun demikian, seharusnya keinginan perempuan untuk melakukan persalinan natural dalam lingkungan dan mendapat dukungan orang di sekitarnya dapat diwujudkan dalam sebuah proses persalinan dimana pun tempatnya.

Persalinan di rumah dalam kondisi masyarakat tertentu perlu dipertimbangkan sebagai opsi. Sistem pelayanan secara umum dapat mengakomodasi kebutuhan ini dengan menyediakan pedoman pelaksanaan atau persyaratan tertentu (SR, HR, PN).

Referensi

- Calcette, M.F., Dos Santos, E.K.A., Collaco, V.S., Granemann, B., & Dario, L.D.B. (2011). Planned homebirth in Brazil with nurse-midwife assistance: Perceptions of women and companions. *Midwifery Today, Eugene* 98 (55–58), 68–69. [http:// search.proquest.com/docview/1417585700/4B63ACADCD0A4CCEPQ/1?accountid=17242](http://search.proquest.com/docview/1417585700/4B63ACADCD0A4CCEPQ/1?accountid=17242).
- Cosans, C. (2004). The meaning of natural childbirth. *Perspectives in Biology and Medicine*, 47 (2), 266–272. doi: 10.1353/pbm.2004.0022
- Gorrie, T.M., McKinney, E.S., & Murray, S.S. (1998). *Foundations of maternal-newborn nursing* (2nd Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Grace, J. (1996). Healers and modern health services: antenatal, birthing and post-partum care in rural East Lombok, Indonesia. In P.L. Rice & L. Manderson (Eds.), *Maternity and reproductive health in Asian societies*, (pp. 145-167). Amsterdam: Harwood.
- Holloway, I. (2005). *Qualitative research in health care*. Berkshire: Open University Press.
- Janssen, P.A., Carty, E.A., & Reime, B. (2006). Satisfaction with planned place of birth among midwifery clients in British Columbia. *J Midwifery Women's Health*, 51 (2), 91–97. doi: 10.1016/j.jmwh.2005.10.012
- Janssen, P.A., Henderson, A.D., & Vedam, S. (2009). The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth*, 36 (4), 297–304. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x

- Jouhki, M.R. (2012). Choosing homebirth - The women's perspective. *Women and Birth*, 25 (4), e56–e61. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.002>
- Jouhki, M.R., Suominen, T., & Astedt-Kurki, P. (2015). Supporting and Sharing-home birth: Fathers' perspective. *Am J Mens Health*, 9 (5), 421–429. doi: 10.1177/1557988314549413
- Kemendes RI. (2013). Riset kesehatan dasar: Riskesdas 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Soc Sci Med*, 66 (5), 1084–1094. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.025
- Lee, E.J., & Park, Y.S. (2012). Meaning of 'natural childbirth' and experiences of women giving birth using midwifery - A feminist approach. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 18 (2), 135–148. doi: 10.4069/kjwhn.2012.18.1.135
- Lothian, J.A. (2000). Why Natural childbirth? *The Journal of Perinatal Education*, 9 (4), 44–46. <http://doi.org/10.1624/105812400X87905>
- Phillips, C.R. (1999). Family centered maternity care: Past, present, future. *International Journal of Childbirth Education*, 14 (4), 1–6. Diperoleh dari <http://www.proquest.com/pqdauto>.
- Rachmawati, I.N. (2012). Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery*, 20 (4), 263–270.
- Siregar, E., & Budhiartie, A. (2013). Perlindungan hukum hak-hak pasien dalam transaksi terapeutik. *Majalah Hukum Forum Akademika*, 172–194. Diperoleh dari <http://online-journal.unja.ac.id/index.php/FoRAk/article/download/>
- Sofiah, E. (2003). *Pengalaman ibu hamil, bersalin dan nifas yang ditangani oleh dukun beranak (studi Kasus di Kecamatan Ujung Berung, Kota Bandung Jawa Barat)* (Tesis, tidak dipublikasikan). Program Pascasarjana Kajian Wanita Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia.
- Swasono, M.F. (1998). *Kehamilan, kelahiran, perawatan Ibu dan Bayi dalam konteks budaya*. Jakarta: UI Press.
- Zwelling, E., & Phillips, C.R. (2001). Family centered maternity care in the new millenium: Is it real or is it imagined? *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15 (3), 1–12.

MENURUNKAN DERAJAT FLEBITIS AKIBAT TERAPI INTRAVENA PADA ANAK DENGAN KOMPRES *ALOE VERA*: STUDI PILOT

Oswati Hasanah^{1*}, Riri Novayelinda¹, Maifera¹, Isdelni¹

1. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, Pekanbaru 28293, Indonesia

*E-mail: unni_08@yahoo.com

Abstrak

Terapi intravena merupakan jenis terapi yang banyak diberikan pada pasien anak yang dirawat. Pemasangan intravena dalam waktu yang lama dapat menimbulkan komplikasi pada anak, seperti flebitis. Salah satu tindakan mengatasi flebitis adalah dengan mengompres *Aloe vera* yang bermanfaat karena memiliki elektrolit dalam konsentrasi rendah sehingga tidak menimbulkan ekstrasvasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pemberian *Aloe vera* terhadap derajat flebitis pada anak. Penelitian kuasi eksperimen ini melibatkan 15 anak yang dipilih dengan *consecutive sampling*. Semua sampel diberikan kompres *Aloe vera* murni. Derajat flebitis diukur dengan menggunakan skala flebitis *Infusion Nurses Society* (INS) sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil penelitian ini menemukan bahwa rerata derajat flebitis sebelum perlakuan sebesar 2,60 dengan skor minimum-maksimum 1–5, rerata derajat flebitis sesudah perlakuan menjadi 1,07 dengan skor minimum-maksimum 0–3. *Aloe vera* efektif menurunkan derajat flebitis pada anak ($p=0,000$). Penelitian selanjutnya perlu dilakukan untuk membandingkan efektifitas kompres *Aloe vera* dengan terapi non farmakologis lainnya.

Kata kunci: *Aloe vera*, flebitis, pasien anak, terapi intravena

Abstract

Reducing the Grade of Phlebitis due to Intravenous Therapy in Children with Aloe Vera Compress. *Intravenous therapy is a type of treatment that is widely provided to hospitalized children. Intravenous application in a long time causes complications in children, such as phlebitis. One of the interventions in handling phlebitis is compressing Aloe vera which is useful because it has electrolyte in low concentration so as not to cause extravasation. This study aims to identify the effect of Aloe vera on the degree of phlebitis in hospitalized children. This quasi-experimental study involved 15 children selected by consecutive sampling. All samples received a pure Aloe vera compress. The grade of phlebitis was measured using the INS phlebitis scale before and after the intervention. This study found that the mean degree of phlebitis before treatment was 2.60 with a minimum-maximum score 1–5, and after treatment, the average grade of phlebitis was 1.07 with a minimum-maximum score 0–3. Aloe vera effectively decreased the degree of phlebitis in children ($p=0.000$). Further research needs to compare the effectiveness of Aloe vera compresses with other non-pharmacological measurements.*

Keywords: *Aloe vera*, intravenous therapy, pediatric, phlebitis

Pendahuluan

Terapi intravena merupakan jenis terapi yang banyak diberikan pada anak saat dirawat terutama di ruang rawat intensif. Sekitar 80% pasien anak mendapatkan terapi infus di rumah sakit (Zheng, et al., 2014). Terapi ini bertujuan untuk mengganti cairan yang hilang, koreksi elektrolit, transfusi darah, atau untuk medikasi

(Lavery & Ingram, 2008; & Riris & Kuntarti, 2014).

Pemberian terapi intravena apalagi dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan komplikasi. Salah satu komplikasi yang paling banyak terjadi adalah flebitis. Flebitis merupakan inflamasi pada tunika intima vena yang disebabkan oleh faktor kimia, mekanis, bakteri,

dan *post infusion* yang menimbulkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan, dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, et al., 2010; Foster, Wallis, Paterson, & James, 2002; Saini, Agnihotri, Gupta, & Walia, 2011). Jenis terapi intravena, kualitas kateter intravena dan teknik pemasangan, serta status penyakit merupakan penyebab flebitis (Premji, 2007).

Anak merupakan kelompok umur yang rentan mengalami kejadian flebitis. Data dari salah satu penelitian di rumah sakit anak di Afganistan menunjukkan bahwa 69,9% anak yang dirawat mengalami flebitis. Risiko flebitis akan meningkat setelah 24 jam pemasangan dan dilaporkan risikonya meningkat di ruang rawat intensif (Premji, 2007). Penelitian yang dilakukan di ruang rawat anak salah satu RS di Jakarta mengidentifikasi jenis terapi intravena sebagai salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kejadian flebitis pada anak.

Skala penilaian flebitis yang banyak di pakai untuk penelitian antara lain Visual Infusion Phlebitis (VIP), Infusion Nurses Society (INS), Maddox, Baxter, Lipman atau Dinley. Secara umum penilaian terhadap flebitis pada skala tersebut dilakukan berdasarkan observasi. Skala VIP dan INS merupakan skala yang banyak digunakan tetapi sampai saat ini belum ada skala penilaian flebitis yang memiliki nilai validitas dan reliabilitas sangat baik (Ray-Barruel, et al., 2014).

Skala INS pertama kali dipublikasikan pada tahun 1998 di Amerika Serikat dan telah mengalami perubahan menjadi beberapa versi. Penilaian flebitis dengan menggunakan skala 0–4. Pengamatan yang dilakukan meliputi aspek nyeri, warna kulit, kondisi vena dan jenis cairan yang keluar dari luka flebitis. *Royal College of Nursing* (RCN) telah mengklasifikasikan derajat visual flebitis yaitu derajat 0 (tampak tempat insersi masih sehat), derajat 1 (nyeri atau eritema pada tempat insersi), derajat 2 (terdapat dua dari kriteria klinis yaitu nyeri, eritema, pembengkakan), derajat 3 (semua dari

kriteria klinis tampak jelas yaitu nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi), derajat 4 (nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi, *venous cord* teraba), dan derajat 5 (nyeri sepanjang kanula, eritema, indurasi, *venous cord* teraba, demam). Skala INS menggunakan indikator klinis, sehingga secara klinis pun terlihat perbedaan pada tiap responden, yaitu dilihat dari eritema, ekspresi nyeri, rabaan vena, warna di area flebitis dan kondisi drainase di area tersebut. Adapun data nyeri pada infant didapatkan dengan menggunakan *Wong–Baker Faces Pain Rating Scale*, yang disebut nyeri jika intensitas sama atau lebih dari satu.

Adanya flebitis akan membatasi akses intravena, akses cairan, obat dan nutrisi pada anak. Selain itu, flebitis juga akan meningkatkan risiko kejadian infeksi dan sepsis karena bakteri akan masuk melalui area flebitis tersebut ke dalam aliran darah. Oleh karena itu, penanganan yang tepat dan cepat untuk mencegah dan mengatasi flebitis sangat diperlukan untuk menurunkan angka morbiditas anak (Nugraini, 2014).

Penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi flebitis ini telah banyak diupayakan seperti menggunakan kompres alkohol 75%, $MgSO_4$ 33–50%, dan larutan garam 0,9%, namun belum ada yang efektif. Beberapa penelitian menunjukkan penanganan flebitis yang menggunakan air hangat dan antibiotik topikal dapat mengurangi kejadian flebitis pada anak (Oktafiani, Nurbaya, & Hadia, 2013). Beberapa penelitian mencoba untuk menggunakan terapi non-farmakologis dengan tanaman tradisional, salah satunya *Aloe vera* atau dikenal sebagai lidah buaya. Ilmuwan Yunani menyebutkan *Aloe vera* merupakan tanaman mujarab. Tanaman ini memiliki sejarah panjang dalam penggunaannya sebagai anti inflamasi dan luka bakar. Pengaplikasian secara topikal atau eksternal berupa minyak *Aloe vera*, daun/batang *Aloe vera* segar, dan jus *Aloe vera* merupakan pengobatan *adjuvant* untuk gangguan pada kulit. Penelitian yang dilakukan di China oleh Zhang, et al. (2014) membuktikan bahwa *Aloe vera*

bermanfaat untuk pencegahan dan penatalaksanaan flebitis. Penelitian lain juga melaporkan bahwa dengan mengompres *Aloe vera* dan campuran gliserin dan magnesium sulfat dapat menurunkan derajat flebitis (Suzanna, Souza, & Malarvizhi, 2014).

Pemakaian *Aloe vera* memiliki keunggulan, antara lain mudah didapat dan tidak menimbulkan ekstrasvasasi karena tidak memiliki elektrolit dalam konsentrasi tinggi. *Aloe vera* mengandung 20 jenis asam amino dan asam salisilat yang bersifat anti inflamasi dan anti bakteri. Kandungan *lignin* pada *Aloe vera* memudahkan penetrasi zat-zat tersebut ke dalam kulit. Selain itu, kandungan *Aloe vera* lebih sedikit menimbulkan efek alergi pada kulit anak yang masih sensitif (Suzanna, Souza, & Malarvizhi, 2014).

Pemberian *Aloe vera* dianggap lebih aman diberikan pada anak mengingat *Aloe vera* tidak mengandung elektrolit yang dapat menimbulkan ekstrasvasasi pada pembuluh darah (Zheng, et al., 2014). Penelitian awl ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pemberian *Aloe vera* terhadap derajat flebitis pada anak.

Metode

Pada penelitian ini rekrutmen responden yang rentang usianya satu bulan hingga 10 tahun dilakukan karena belum ada catatan angka pasti jumlah dan rentang usia anak yang mengalami flebitis di sebuah RS di Kota Pekanbaru, Riau. Pada saat penelitian berlangsung, kejadian flebitis pada anak yang mendapat terapi intra-vena juga terbatas, sehingga dengan rentang usia yang panjang diharapkan jumlah responden dapat terpenuhi.

Penelitian eksperimen semua *pre* dan *post-test* tanpa kontrol ini melibatkan 15 anak yang dipilih menggunakan *consecutive sampling*, berasal dari ruang intensif anak, ruang rawat bedah, dan penyakit dalam. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah lembar observasi yang berisi skala derajat flebitis menggunakan

skala INS, yang dinilai sebelum dan sesudah perlakuan. *Pre-test* dilakukan pada hari pertama sebelum intervensi, sedangkan *post test* dilakukan pada hari ke tiga setelah intervensi selesai dilakukan pada hari kedua.

Cara pengumpulan data dimulai dari penetapan sampel. Setelah ditetapkan sampel sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, peneliti meminta izin kepada perawat ruangan dan keluarga untuk dilakukan kompres. Persetujuan dilakukan dengan menandatangani surat pernyataan. *Aloe vera* yang digunakan adalah *Aloe vera* murni yakni dengan kandungan 100% *Aloe vera* yang disimpan dalam lemari pendingin. Semua responden diberikan kompres *Aloe vera* yang dipasang setiap 3 (tiga) jam selama total 8 (delapan) jam setiap hari selama 2 (dua) hari dengan menggunakan kassa.

Analisis data dilakukan dengan perangkat lunak komputer. Analisis univariat dilakukan terhadap data jenis kelamin anak dan derajat flebitis *pre* dan *post test*. Analisis bivariat dilakukan dengan uji Wilcoxon terhadap data derajat flebitis *pre* dan *post test*.

Hasil

Karakteristik Responden. Karakteristik responden mencakup jenis kelamin dan usia. Responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (66,7%) dan paling banyak berada pada rentang anak usia sekolah (60%). Secara rinci dapat dilihat pada tabel 1.

Derajat Flebitis. Sebelum Perlakuan *Aloe vera* sebagian besar derajat flebitis responden berada pada derajat 2 (53,3%). Setelah mendapat kompres *Aloe vera*, sebagian besar responden derajat flebitisnya berada pada derajat 1 (46,7%).

Pengaruh Pemberian Kompres *Aloe vera* pada Rerata Derajat Flebitis. Tabel 3 menunjukkan rerata derajat flebitis sebelum perlakuan *Aloe vera* yaitu sebesar (2,60) dengan skor minimum-maksimum (1–5), terjadi penurunan rerata derajat flebitis sesudah perlakuan

Aloe vera menjadi (1,07) dengan skor minimum-maksimum (0–3). Hasil analisis lebih lanjut diperoleh $p = 0,000$ ($p < \alpha = 0,05$) dan dapat disimpulkan bahwa *Aloe vera* efektif menurunkan derajat flebitis pada anak.

Pembahasan

Anak yang dirawat di RS sebagian besar akan mendapatkan prosedur medis, baik yang bertujuan diagnostik maupun terapi, diantaranya adalah terapi intravena (Zheng, et al., 2014). McCarthy, Kleiber, Hanrahan, Zimmerman, Westhus, dan Allen (2010a) menemukan tingkat kortisol yang tinggi pada anak yang akan

dipasang selang intravena. Hal ini berarti anak mengalami distress. Distress yang dialami anak diantaranya adalah berbagai tingkat cemas, takut, dan nyeri, serta rentang perilaku anak dari yang kalem dan terkontrol sampai panik dan memukul-mukul. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu usia anak, jenis kelamin, pengalaman, tempramen, kecemasan, gaya coping, sensitivitas nyeri, dan *genotype*, serta persiapan sebelum prosedur. Anak yang lebih muda menunjukkan perilaku distress lebih tinggi dan mengalami nyeri lebih parah akibat prosedur medis (McCarthy, et al., 2010b). Pada penelitian ini tidak dianalisis keterkaitan antara terapi intravena dan karakteristik responden.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	N (15)	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	10	66,7
Perempuan	5	33,3
Umur		
Infant (1 – 12 bulan)	6	40
Toddler (1-3 tahun)	0	0
Pra sekolah (3-5 tahun)	0	0
Sekolah (6 – 12 tahun)	9	60

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Derajat Flebitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Derajat Flebitis	Derajat Flebitis			
	Sebelum Perlakuan		Sesudah Perlakuan	
	n	%	n	%
Derajat 0	0	0	4	26,7
Derajat 1	1	6,7	7	46,7
Derajat 2	8	53,3	3	20
Derajat 3	3	20,0	1	6,7
Derajat 4	2	13,3	0	0
Derajat 5	1	6,7	0	0
Jumlah	15	100	15	100

Tabel 3. Perbandingan Derajat Flebitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Derajat Flebitis	n	Rerata	Min-Maks	p
Sebelum perlakuan	15	2,60	1 - 5	0,000
Sesudah perlakuan	15	1,07	0 - 3	

Pasien anak yang dirawat dengan pemberian tindakan terapi intravena berisiko mengalami flebitis. Jacinto, Avelar, Wilson, dan Pedreira (2014) menemukan bahwa dari 338 anak, 2,7% diantaranya mengalami flebitis. Tidak ada kaitan antara karakteristik demografi dengan kejadian flebitis. Pemasangan lebih dari lima hari, perawatan intermiten dan pemasangan terapi yang permanen merupakan risiko flebitis. Selain itu, gerakan aktif anak dan fiksasi yang tidak tepat juga dapat menimbulkan efek mekanik yaitu gesekan kanula ke pembuluh darah dan akhirnya menimbulkan inflamasi pada tunika intima vena (Peach, 2005).

Pada penelitian ini ditemukan sebagian besar anak mengalami flebitis derajat 2 (53,3%) sebelum perlakuan. Setelah mendapat kompres *Aloe vera*, sebagian besar responden derajat flebitisnya berada pada derajat 1 (46,7%). Derajat 1 artinya terdapat nyeri atau eritema pada tempat insersi, sedangkan, derajat 2 artinya terdapat dua dari kriteria klinis yaitu nyeri, eritema, dan pembengkakan (Higginson, 2011). Hasil ini mendukung hasil studi sebelumnya yang dilakukan oleh Abdul-Hak dan Barros (2014) di Brazil. Mereka melaporkan bahwa pada pasien dewasa yang dilakukan terapi intravena yang mengalami flebitis derajat 1 sebanyak 46,2%, kemudian derajat 2 (40%), derajat 3 (18,3%) dan tidak ditemukan pasien yang mengalami flebitis derajat 4. Pada pasien anak di RS di India ditemukan insiden flebitis sebanyak 71,25% dan mayoritas merupakan flebitis derajat 2 (46,25%) (Nagpal, Khera, & Kumar, 2015).

Penatalaksanaan flebitis yang selama ini digunakan berupa kompres air hangat, MgSO₄, larutan garam (NaCl) 0,9%, dan alkohol 75%. Penggunaan beberapa bahan ini belum menimbulkan efek yang signifikan terhadap pengurangan gejala flebitis. Kompres *Aloe vera* adalah salah satu alternatif penatalaksanaan flebitis yang telah diterapkan pada pasien dewasa di China dan terbukti lebih efektif. Penelitian ini juga menerapkan kompres *Aloe vera* namun pada anak usia *infant* sampai

usia sekolah yang mengalami flebitis di ruang perawatan.

Berdasarkan uji statistik pemberian kompres *Aloe vera* murni pada penelitian ini menghasilkan perbaikan yang signifikan berupa penurunan derajat flebitis dengan derajat minimum yaitu 0 dan maksimum 3. Nilai $p = 0,00$ yang dimaknai sebagai terdapat pengaruh *Aloe vera* terhadap penurunan derajat flebitis pada anak. Hal ini sejalan dengan penelitian Zheng, et al., (2014) yang menjelaskan bahwa *Aloe vera* mampu menurunkan derajat flebitis dan apabila dibandingkan dengan MgSO₄ 33% atau 50%, *Aloe vera* 1,24 kali lebih efektif untuk mengatasi flebitis. Flebitis dapat disebabkan oleh cedera pada vena saat insersi kanula, infeksi, dan iritasi dari zat kimia/medikasi (Alexander, et al., 2010). Iritasi vena dari medikasi maupun cairan infus dipengaruhi oleh faktor pH dan osmolaritas dari cairan tersebut yang memiliki efek signifikan terhadap kejadian flebitis (Kohno, et al., 2009). *Potential of Hydrogen* (pH) darah normal berada pada rentang 7,35–7,45 dan cenderung basa sementara cairan yang diperlukan dalam pemberian terapi adalah 7. Antibiotik memiliki pH yang rendah sehingga berpengaruh terhadap peningkatan kejadian flebitis. Larutan nutrisi parenteral seperti glukosa, asam amino, dan lipid juga mampu mengakibatkan hal yang sama (Macklin, 2003). Cairan dengan osmolaritas tinggi (hipertonik) juga terbukti lebih sering menimbulkan kejadian flebitis dibandingkan dengan cairan yang bersifat isotonik. Namun cairan isotonik dapat menjadi hipertonik apabila ditambahkan dengan obat, elektrolit, atau cairan nutrisi. Tunika intima pada pembuluh darah vena akan mengalami trauma jika mendapatkan cairan dengan osmolaritas tinggi (Uslusoy & Mete, 2008).

Aloe vera mengandung 75 zat kandungan aktif seperti vitamin, enzim, lignin, gula, saponins, asam salisilat, asam amino yang beberapa diantaranya memiliki reaksi farmakologis (Shelton, 1991 dalam Zheng, et al., 2014), serta mengandung metabolit sekunder yakni aloe emodin dan chrysophanol (Lee, et al., 2013). Zat-zat ini

berperan sebagai efek sistem imun, zat pelembab, anti-aging, dan anti-septik. Selain itu, *Aloe vera* mengandung carboxypeptidase yang menghambat aktivasi bradykinin, salisilat yang juga menghambat proses vasokonstriksi (Klein, 1998 dalam Zheng, et al., 2014). *C-glucosyl chromone*, salah satu kandungan *Aloe vera*, merupakan anti inflamasi. Kandungan zat ini mampu menurunkan proses inflamasi yang terjadi dengan cara menghambat pengeluaran cyclooxygenase dan menekan produksi prostaglandin E2 (Malik & Zarnigar, 2013). Penurunan proses inflamasi yang terjadi dibuktikan dengan berkurangnya rerata derajat flebitis sebelum perlakuan yakni derajat 3 yang ditandai dengan nyeri sepanjang kanula, eritema, dan indurasi menjadi derajat 1 yang ditandai dengan tidak ditemukan kembali indurasi dan nyeri atau eritema.

Aloe vera terbukti efektif dan bermanfaat dalam penanganan flebitis pada anak. Pembuatan sari *Aloe vera* murni relatif mudah dilakukan, dibuat dengan menggunakan bahan-bahan yang sederhana dan diolah dengan cara yang sederhana pula, selain itu juga minimal efek samping. Dilihat dari sudut pandang ekonomis, intervensi ini *cost effective* dan *cost efficient* untuk diterapkan di rumah sakit. Akan tetapi, secara metodologis penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal besar sampel. Keterbatasan jumlah sampel menyulitkan hasil ini dapat digeneralisasi. Penelitian ini juga tidak mempertimbangkan faktor atau variabel lain yang mungkin memengaruhi derajat flebitis.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (66,7%), sebelum intervensi sebagian besar responden dengan derajat flebitis pada derajat 2 (53,3%), sesudah intervensi sebagian besar responden dengan derajat flebitis berada pada derajat 1 (46,7%). Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa *Aloe vera* efektif menurunkan derajat flebitis pada anak.

Pada penelitian selanjutnya direkomendasikan untuk membandingkan efektifitas kompres *Aloe vera* dengan terapi non farmakologis lainnya. Disarankan juga untuk menambah jumlah responden agar hasilnya dapat digeneralisasi dengan menggunakan metode uji klinis (LL, NN, INR).

Referensi

- Abdul-Hak, C.K., & Barros, Â.F. (2014). The incidence of phlebitis in a Medical Clinical Unit. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23 (3), 633–638. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000900013>.
- Alexander, M., Corrigan, A., Gorskin, L., Hankins, J., & Perucca, R. (2010). *Infusion nursing: An evidence based approach*. Missouri: Saunder Elsevier.
- Foster, L., Wallis, M., Paterson, B., & James, H. (2002). A descriptive study of peripheral intravenous catheters in patients admitted to a pediatric unit in one Australian hospital. *Journal of Infusion Nursing*, 25 (3), 159–167.
- Higginson, R. (2011). Phlebitis: Treatment, care and prevention. *Nursing Times*, 107 (36), 18–21.
- Jacinto, A.K.L., Avelar, A.F.M., Wilson, A.M.M. M., & Pedreira, M.L.G. (2014). Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in children: Study of predisposing factors. *Escola Anna Nery*, 18 (2), 220–226. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140032>
- Kohno, E., Murase, S., Matsuyama, K., & Okamura, N. (2009). Effect of corticosteroids on flebitis induced by intravenous infusion of antineoplastic agents in rabbits. *International Journal of Medical Sciences*, 6 (4), 218–223. doi: 10.7150/ijms.6.218.
- Lavery, I., & Ingram, P. (2008). Safe practice in intravenous medicines administration. *Nursing Standard*, 22 (46), 44–47. doi: 10.7748/ns.2008.07.22.46.44.c6600

- Lee, Y.S., Ju, H.K., Kim, Y.J., Lim, T.G., Uddin, M.R., Kim, Y.B., ... & Park, S.U. (2013). Enhancement of anti-inflammatory activity of Aloe vera adventitious root extracts through the alteration of primary and secondary metabolites via salicylic acid elicitation. *PLoS One*, 8 (12), e82479.
- Macklin, D. (2003). Phlebitis, a painful complication of peripheral IV catheterization that may be prevented. *American Journal of Nursing*, 103 (2), 55–60.
- Malik, I. & Zarnigar, H.N. (2013). Aloe vera: A review of its clinical effectiveness. *International Research Journal of Pharmacy*, 4(8), 75–79.
- McCarthy, A.M., Kleiber, C., Hanrahan, K., Zimmerman, M. B., Westhus, N., & Allen, S. (2010a). Impact of parent-provided distraction on child responses to an IV insertion. *Children's Health Care: Journal of the Association for the Care of Children's Health*, 39 (2), 125–141. <http://doi.org/10.1080/02739611003679915>
- McCarthy, A.M., Kleiber, C., Hanrahan, K., Zimmerman, M. B., Westhus, N., & Allen, S. (2010b). Factors Explaining Children's Responses to Intravenous Needle Insertions. *Nursing Research*, 59 (6), 407–416. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181f80ed5>
- Nagpal, P., Khera, G. K., & Kumar, Y. (2015). A study assesses the clinical pattern of phlebitis among children admitted in selected hospital of Ambala, Haryana. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 11 (2), 68–77.
- Nugraini, Y.C. (2014). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian plebitis pada pasien anak di ruang Pinus Eka Hospital BSD* (Skripsi, Tidak dipublikasi). Universitas Esa Unggul. Diperoleh dari <http://digilib.esaunggul.ac.id/analisis-faktor-faktor-yang-berhubungandengan-kejadian-plebitis-pada-pasien-anakdi-ruang-pinus-eka-hospitalbsd-skripsi-2458.ht ml>.
- Oktafiani, N., Nurbaya, S., & Hadia (2013). *Pengaruh pemberian kompres air hangat dan terapi antibiotik terhadap penyembuhan phlebitis di Ruang Perawatan Anak RSUD Daya Makassar*. Diperoleh dari <http://library.stikesnh.ac.id/files/disk1/4/e-library%20stikes%20nani%20hasanuddin--ninaoktafi-180-1-ar tikel-3.pdf>
- Pearch, J. (2005). Restraining children for clinical procedures: In contrast to staff in educational settings, child health professionals are not receiving adequate training for holding and restraining children. Jo Pearch explores the issues. *Paediatric Nursing*, 17 (9), 36-38. <http://dx.doi.org/10.7748/paed.17.9.36.s27>
- Premji, R. (2007). *French Medical Institute for Children (FMIC): A study on incidences of phlebitis and causes in pediatric patients at FMIC, Afghanistan*. Diperoleh dari http://www.stti.iupui.edu/pp07/congress10/premji_r.pdf
- Ray-Barruel, G., Polit, D.F., Murfield, J.E. & Rikard, C.M. (2014). Infusion phlebitis assessment measures: A systematic review. *Journal of Evaluation in clinical practice*. 20 (2), 191–202. doi: 10.1111/jep.12107.
- Riris, E., & Kuntarti. (2014). Pengetahuan tentang terapi intravena berhubungan dengan perilaku perawat dalam pencegahan flebitis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17 (3), 108–118. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v17i3.456>
- Saini, R., Agnihotri, M., Gupta, A., & Walia, I (2011). Epidemiology of infiltration and phlebitis. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(1). Diperoleh dari <http://medind.nic.in/nad/t11/i1/nadt11i1p22.pdf>
- Suzanna, J.D., D' Souza, S.W., & Malarvizhi, M (2014). Effectiveness of fresh aloe vera and glycerine magnesium sulphate: Application on phlebitis among children. *International Journal of Current Research*. Diperoleh dari http://www.journalcra.com/sites/default/files/5659_0.pdf

Uslusoy, E., & Mete, S. (2008). Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheter: A descriptive study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20 (4), 172–180. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00305.x.

Zheng, G. H., Yang, L., Chen, H. Y., Chu, J. F., & Mei, L. (2014). Aloe vera for prevention and treatment of infusion phlebitis. *Cochrane Database Syst Rev* (6), Cd009162. doi: 10.1002/14651858.CD009162.pub2.

PENGALAMAN PERAWAT IGD MERAWAT PASIEN DO NOT RESUSCITATE PADA FASE PERAWATAN MENJELANG AJAL

Maria Imaculata Ose^{1*}

1. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan, Kalimantan Utara 77123, Indonesia

*E-mail: onijuntak@gmail.com

Abstrak

Do Not Resuscitate (DNR) menjadi keputusan yang tidak mudah diambil oleh dokter dan membutuhkan pertimbangan dan rekomendasi dari perawat. Keterbatasan pengalaman, pengetahuan dan informasi DNR, kriteria IGD yang lebih berfokus pada perawatan gawat darurat menyebabkan tidak dapat maksimalnya peran perawat dalam perawatan menjelang ajal. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat di IGD dalam merawat pasien DNR di ruang IGD. Desain Penelitian dengan metode Kualitatif pendekatan Fenomenologi interpretif, partisipan empat perawat IGD. Data dikumpulkan melalui *Indepth interview*, menggunakan analisis tematik Braun dan Clark. Hasil Penelitian empat tema yaitu 1. Memahami kegagalan resusitasi merupakan pasien DNR, 2. Melakukan resusitasi sebagai Protap Penanganan awal, 3. Berkolaborasi mengambil keputusan DNR, 4. Menyiapkan kematian pasien dengan baik. Kesimpulannya yaitu pengambilan keputusan *DNR (Do Not Resuscitate)* membutuhkan pertimbangan dan pemahaman pada kriteria DNR, selain itu perawat harus terlibat dalam kolaborasi dengan tim yang merawat pasien, sehingga keputusan DNR tepat. Perawatan DNR di IGD memberikan resusitasi sebagai tindakan awal dan mempersiapkan kematian pasien dengan baik dengan melibatkan keluarga pasien.

Kata kunci: DNR, perawatan menjelang ajal, perawat IGD

Abstract

Experience of ER Nurse in Treating Do Not Resuscitate Patients in End of Life Care Phase. Do Not Resuscitate (DNR) is a difficult decision for doctors to make. In making the decision, the doctors need to consider nurses' recommendation. Due to limited knowledge, experiences, and information of DNR, plus the criteria of emergency department which are only focused on emergency treatments, the nurses cannot maximize their roles in the end of life care. This study, thus, aimed to explore the nurses' experiences in the emergency rooms especially in taking care of DNR patients. This research employed a qualitative method that was interpretive phenomenology approach involving four nurses who were working in the emergency department. Data was collected through in depth interview, using thematic analysis suggested by Braun & Clark. The results of the study cover four themes; they are to 1. Understand the failure of resuscitation during the treatment, 2. Perform resuscitation as an early standard operating procedure to treat patients 3. Collaborate in making decision on DNR, 4. Prepare patients for a good death. The conclusion is before deciding to perform DNR (Do Not Resuscitate), doctors need to understand the criteria of DNR and get nurses involved in it. DNR treatment in the emergency rooms is an early standard operating procedure to treat patients at the end of life phase and to prepare them for a good death by also engaging their family members.

Keywords: DNR, end of life care, emergency of nursing

Pendahuluan

Do Not Resuscitate (DNR) merupakan keputusan untuk tidak melanjutkan tindakan CPR setelah 30 menit tidak menunjukkan ada *Return of spontaneous circulation (ROSC)*. Pasien-

pasien dengan DNR termasuk dalam kategori sebagai pasien menjelang ajal. Salah satu kompetensi perawat IGD menurut *Emergency Nursing Association* yaitu memecahkan masalah dengan menggunakan prinsip etik dalam pengambilan keputusan dan memiliki tanggung

jawab dalam memberikan perawatan menjelang ajal (Wolf, 2015).

Saczynski, *et al.* (2012) menyebutkan fenomena pengambilan keputusan DNR cenderung meningkat setiap tahunnya, di Massachusetts pada semua pusat kesehatan pasien mendapatkan DNR adalah sebanyak 1051 orang dari total jumlah 4182 pasien antara tahun 2001 hingga 2007. DNR menjadi keputusan yang tidak mudah diambil oleh dokter dan membutuhkan pertimbangan dan rekomendasi dari perawat (Brizzi, 2012).

Kondisi dilema dirasakan oleh perawat yang timbul akibat dari kurangnya pengalaman, pengetahuan dan informasi terkait DNR. Keterbatasan dan tidak adekuatnya informasi DNR memengaruhi keefektifan pemberian perawatan yang bermartabat (Amestiasih, 2015). Masalah yang juga dihadapi perawat yaitu kurang optimal dalam pengambilan keputusan terkait tingginya tingkat stres dan kecemasan maupun faktor lingkungan IGD (Chan, 2011). Lingkungan ramai, tingginya tuntutan dan waktu tunggu yang lama di IGD menjadi hambatan bagi perawat dalam menyediakan perawatan menjelang ajal secara optimal. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan Bailey, Murphy, dan Porock (2011) bahwa perawatan pasien yang menjelang ajal di IGD terlihat tidak maksimal.

Brizzi (2012) menyebutkan bahwa fokus perawatan yang diberikan terhadap pasien-pasien dengan DNR adalah perawatan menjelang ajal. Alligood dan Tomey (2014) mengungkapkan bahwa perawatan menjelang ajal mempersiapkan pasien menghadapi kematian dengan baik, bertujuan pasien merasakan bebas dari nyeri, merasa kenyamanan, merasa dihargai, dihormati dan berada dalam kedamaian dan ketenangan juga merasa dekat dengan orang dirawatnya.

Perawat memiliki tantangan dalam praktik membantu meningkatkan kualitas hidup selama di IGD melalui pengembangan hubungan an-

tara perawat dengan pasien, mempertahankan komunikasi dan bertindak sebagai pelindung untuk pasien selama krisis (Bailey, *et al.*, 2011). Doran (2013) menyebutkan bahwa adanya ketegangan dalam kepedulian sosial atau caring pada Perawat yang bekerja di IGD memiliki pengalaman dalam menghadapi banyak situasi etik yang sulit yang sering mengalami ketegangan emosi dibandingkan dengan perawat lainnya.

Berdasar pengamatan peneliti pada Desember 2015 di IGD RSUD dr. Saiful Anwar, Situasi IGD yang *crowded* dengan banyaknya jumlah kunjungan pasien, Jumlah kunjungan pasien ke IGD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dalam 3 tahun terakhir yaitu dari tahun 2012 sampai dengan tahun 2014 menunjukkan fluktuasi yaitu pada tahun 2012 jumlah pasien sebesar 30.498 pasien, tahun 2013 berjumlah 31.416 pasien dan tahun 2014 berjumlah 29.891 pasien. Kematian di IGD selama tahun 2014 sebanyak 730 pasien. (Laporan Tahunan RSUD dr. Saiful Anwar Malang, 2014).

Hasil dari wawancara dalam studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada salah satu perawat IGD menjelaskan kurang terlibat dalam pengambilan keputusan terkait dengan kurangnya pengetahuan dan pengalaman, dan persepsi pada pasien DNR bukan termasuk pasien prioritas selain itu lingkungan IGD yang dinilai bukan tempat ideal untuk memberikan perawatan Perawatan menjelang ajal. Perawat IGD mengatakan tidak dapat berpusat dalam mendampingi, memberikan dukungan spiritual pada pasien DNR.

Fenomena kehadiran pasien DNR di IGD menjadi bagian dari tanggung jawab dari peran perawat dalam memberikan perawatan menjelang ajal. Persepsi, pengalaman, pengetahuan dan informasi yang tidak adekuat terkait dengan DNR sehingga perawat mengalami konflik dalam merawat pasien menjelang ajal. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat di IGD dalam merawat pasien DNR di IGD.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Penelitian ini dilakukan di ruang IGD RSUD dr. Saiful Anwar. Empat orang partisipan dengan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi. Teknik pengumpulan data dengan *In-depth interview*. Adapun kriteria partisipan adalah: (1) Perawat yang memiliki pengalaman kerja 8–19 tahun di ruang *Critical Care* IGD RSUD dr. Saiful Anwar, (2) Perawat yang memiliki pengalaman pengalaman merawat pasien terlantar pada fase Perawatan menjelang ajal (3) Pendidikan partisipan D3 keperawatan–S1 Keperawatan (4) Dalam keadaan sehat secara fisik, (5) Bersedia sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan menjadi partisipan. Pada penelitian ini, saturasi data dicapai pada wawancara partisipan ke empat. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis tematik Braun dan Clarke (2006) terdiri dari 6 tahapan. Penelitian ini telah mendapatkan laik etik di RSUD dr. Saiful Anwar. Keabsahan data untuk mencapai *Credibility, Dependability, Confirmability dan Transferability* dengan melakukan Triagulasi data, dan *inquiry audit*.

Hasil

Hasil penelitian ini ada 4 (empat) tema yaitu: memahami kegagalan resusitasi merupakan pasien DNR, melakukan resusitasi sebagai Protap Penangan awal, berkolaborasi mengambil keputusan DNR, dan menyiapkan kematian pasien dengan baik.

Memahami Kegagalan Resusitasi. Memahami kegagalan resusitasi mengandung makna kontekstual mengetahui secara benar dengan mengenal ciri-ciri secara pasti pasien dalam kondisi DNR (*Do Not Resuscitate*). DNR yaitu tidak melakukan tindakan resusitasi pada pasien. Pada umumnya pasien-pasien DNR pada awal telah dilakukan tindakan resusitasi, namun pada perjalanan penyakit menunjukkan indikasi-indikasi tidak adanya perbaikan pada

kondisi tanda-tanda vital baik dari Tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, saturasi oksigen maupun status kesadaran.

“... awalnya tentu yang dikatakan DNR itu adalah pasien sudah tidak ada nafas, nafasnya tidak spontan, ada cuman jantungnya aja, kita cek refleks gags, kita jadikan patokannya, refleks pupil, refleks batuk dan menelan, tapi nadinya masih ada ...” (P1)

Kondisi pasien dengan DNR antara lain pasien dengan kondisi kritis dan pasien dengan penyakit terminal. Perawat menyebutkan pasien-pasien yang ditemukan pada dengan kondisi kritis yang sudah tidak menunjukkan adanya perbaikan setelah dilakukan resusitasi menunjukkan pasien-pasien tersebut dapat diputuskan DNR. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh perawat:

“...DNR itu kalau pasiennya mengalami kegagalan multidisfunction atau multi-organ failure, jadi diresusitasi tidak response... jadi nanti ada beberapa point yang nanti kesimpulannya pasiennya DNR...” (P2)

Selain pada pasien dengan kondisi kritis, pada pasien yang masuk ke ruang gawat darurat dengan kondisi terminal dan penyakit-penyakit, yaitu seperti kanker, yang memiliki riwayat dirawat dengan penyakit yang sama dalam kondisi penyakit yang serius atau penyakit regeneratif.

“... pasien yang DNR itu umumnya sebelum di DNR kan pasiennya P1 karena ada yang sudah dirawat kemudian DNR dan ada yang aslinya dari sana sudah DNR... artinya begini... sudah dirawat pasiennya sudah sakit kronis pasien sepsis sudah lama, sudah berbulan-bulan dirumah sakit swasta atau rumah sakt luarlah dirujuk ke kita dengan kondisi jelek... sehingga dirawat tapi gagal resusitasi dan di lebel DNR...” (P2)

“... DNR, do not resuscitate artinya pasien itu sudah... contoh pasien bila datang kesini pasien sudah kronis kayak kanker dengan stadium berapa... itu istilahnya seandainya kita resusitasi dia akan memperpanjang... istilah kasihan...” (P3)

Berdasarkan pernyataan di atas dapat dijelaskan perawat memahami kegagalan resusitasi merupakan pasien DNR di IGD dengan kondisi pasien kritis dan penyakit terminal yang mana pada pasien tersebut sudah tidak menunjukkan adanya perbaikan setelah dilakukan resusitasi.

Melakukan Resusitasi sebagai Protap Penanganan Awal. Pada saat pasien datang ke IGD maka perawat akan melakukan triage pada pasien tersebut. Pasien-pasien dengan penyakit kronik dan penyakit terminal yang memiliki penurunan kesehatan sangat signifikan sehingga perawat melakukan pengkajian dan pemeriksaan pada tahap awal. Penurunan kesehatan ditandai dengan adanya manifestasi kegagalan multiorgan ditandai dengan penurunan dari *airway, breathing, circulation* dan status kesadaran. Pasien yang telah dilakukan penilaian triage maka segera dilakukan tindakan resusitasi berdasarkan prioritas sesuai dengan protap yang diberlakukan di IGD.

“... yah tetap kita tangani jadi P1 dulu...” (P1)

“... biasanya pasien kalau kesini dia... biasanya kalau di tanya di anamnese dengan penyakitnya apa ini, ... memang perlu resusitasi... resusitasi awal karena... kita beranggapan kan kita tidak mengerti... pasti pasien diresusitasi dulu...” (P3)

Pemeriksaan penunjang menjadi suatu bagian yang dilakukan yang terpenting dilakukan. Hasil dan pemeriksaan penunjang dapat menjelaskan penyebab dari kondisi pasien, dan menjadi pertimbangan dalam menentukan intervensi selanjutnya pada pasien dan tidak langsung ditentukan sebagai pasien DNR.

“... sebelum kita ngomong DNR harus ada pemeriksaan dari dokternya... bukan hanya dari perawatnya. DNR tidak segampang itu kita bilang DNR... harus ada banyak rantai pemeriksaannya...” (P1)

“... kalau misalnya sudah gak ada nafas anggap saja sudah... yah mungkin orang awam yah kalau sudah tidak ada nafas anggap aja meninggal sudah... orang kesehatan kan gak gitu harus pemeriksaan penunjang yang lain.” (P3)

Berkolaborasi Mengambil Keputusan DNR.

Berkolaborasi merupakan tindakan dan interaksi yang dibutuhkan oleh tim secara komprehensif terkait dalam mengambil dan menentukan keputusan DNR pada pasien tersebut. Keputusan dilakukan secara bersama dalam memberikan label DNR yang nantinya akan digelangkan pada pasien.

“... DNR itu tidak bisa diputuskan oleh 1 orang, misalnya dari bedah, anastesi, dan salah satu dari IPD, atau EM nya atau syaraf, jadi 3 orang dari secound opini (opini alternatif) baru dapat disimpulkan pasien itu DNR...” (P1)

“... perawatnya terlibat pada saat pengkajian DNR, controlling akhir pengisian form DNR...” (P2)

DNR diputuskan ketika pasien menunjukkan tidak adanya perbaikan setelah dilakukan resusitasi yang ditunjukkan dari status hemostatis dan hemodinamik pasien yang dapat diukur dari tanda-tanda vital, nadi, tekanan darah, suhu, maupun saturasi pasien atau dari pantuan lain. Riwayat penyakit kronis, penyakit terminal juga menjadi bagian dari pertimbangan dalam pengambilan keputusan.

“... nanti kalau sudah berhasil mungkin dokter atau siapanya itu... menanyakan anamnesenya penyakit apa ini... kalau misalnya penyakit mohon maaf ini misalnya penyakit B 24 atau pasien yang kanker

stadium lanjut itu... ow ini pertimbangan-nya banyak, seandainya arrest lagi... kalau di kita ada namanya form... form DNR itu sama ada stikernya, biasanya kalau sudah ada stikernya atau ada formnya...”

Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar memiliki standar operasional prosedur dalam memutuskan DNR pada pasien. Standar Operasional Prosedur mencakup beberapa point yaitu sebelum diputuskan adanya penjelasan secara komprehensif pada keluarga.

Keluarga berperan secara aktif dalam pengambilan keputusan DNR. Penjelasan pada keluarga mencakup bagaimana prognosis, kondisi, maupun harapan hidup dari pasien. Keluarga yang menyetujui DNR dalam sebuah *inform consent* maka pasien tidak lagi dilakukan resusitasi secara aktif, tindakan RJP maupun tindakan Invasif dan memberikan kematian yang baik bagi pasien.

“... dikasih informasi ke keluarga seandainya sewaktu-waktu dia henti jantung, dia akan menurun kita... silakan keluarga... kita tidak bisa memberikan lama istilahnya henti jantung kita pijat jantung atau apa karena mungkin pasien ada banyak ini pertimbangan...” (P3)

“... kita sudah tidak akan melakukan tindakan apapun dengan persetujuan keluarga dengan surat pernyataan yang ditanda-tangani dari pihak keluarga dan rumah sakit ataupun dari dokter yang menangannya... kalau pasien DNR” (P4)

Menyiapkan Kematian Pasien dengan Baik. Peran keluarga menjadi pusat dalam perawatan pasien dengan DNR. Keluarga diberikan kesempatan untuk berada disamping pasien untuk memberikan dukungan secara emosi, psikologis maupun spiritual dari pasien. Dengan demikian, hal ini dapat memberikan ketenangan pada pasien DNR yang menjelang ajal.

“...sudah DNR... ke keluarga... memberikan secara spiritual... karena secara medis itu atau kesehatan itu yah sudah kita...” (P1)

“... yang kita lakukan adalah pendampingan. Kita memanggil keluarganya untuk bimbingan pasien itu saja... kalau tindakan apa itu kita tidak ada,... jadi kita suruh keluarga untuk mendampingi dan mendoakan... itu membantu itu aja...” (P4)

Sebagian besar keluarga menyampaikan pada perawat bahwa keputusan DNR yang diambil berdasarkan alasan perasaan kasihan dan iba pada pasien. Selain itu, keluarga menginginkan pasien mendapatkan kematian yang baik tanpa dilakukan tindakan yang hanya memperpanjang kondisi kritis pasien.

“... yah rata-rata yang sudah berusaha semaksimal mungkin... bahkan ada yang juga belum dilakukan resusitasi keluarganya sudah menyerah duluan karena apa yah kata kuncinya adalah keluarga... begitu keluarga ngomong pasiennya masih layak dikejar kalau keluarga mengizinkan yah kita kejar... tapi gak yah sudah gak usah dikejar... yah sudah terkait dengan apa namanya hak kepemilikan... milik keluarga...” (P2)

Pembahasan

DNR merupakan suatu tindakan spesifik untuk tidak memberikan resusitasi jantung paru pada pasien, namun tetap melakukan perawatan rutin (Brizzi, 2012). Keputusan DNR diambil ketika tindakan CPR selama 30 menit tidak menunjukkan ada nadi, pernafasan dan respon pasien. Penerapan DNR di IGD RSUD Saiful Anwar yaitu setelah upaya komprehensif mencegah nafas dan henti jantung tidak menunjukkan adanya perbaikan.

Kriteria pasien DNR menurut Brizzi (2012) yaitu pasien usia 75 tahun dengan penurunan

fungsi organ tubuh, telah mengalami stroke sebelumnya dan perdarahan pada intraventricular dikaitkan dengan ketidakefektifan hasil yang dicapai apabila dilakukan CPR. Park (2000) menyebutkan DNR suatu tindakan penghentian upaya memperpanjang umur klien. Saczynski (2010) menentukan kriteria DNR yaitu pasien berusia 85 tahun mengalami penurunan fungsi tubuh, dan mengalami ketergantungan untuk melanjutkan hidupnya, memiliki riwayat komorbiditas seperti diabetes mellitus (DM) hipertensi, dan gagal jantung.

Pemahaman, dan pengetahuan yang baik terkait DNR mendukung perawat dalam pengambilan keputusan tepat dan efektif terkait DNR dan mempersiapkan perawatan menjelang ajal. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Wolf, (2015) yang menyebutkan kurangnya pemahaman patofisiologi penyakit dalam mengidentifikasi kondisi menjelang ajal menjadi penyebab ketidaksiapan perawat dalam memberikan dukungan sosial dalam perawatan menjelang ajal. Sikap yang positif, keyakinan yang tinggi menjadi indikasi perawat dalam memberikan perawatan menjelang ajal yang berkualitas. Perhatian dan kepedulian maupun manajemen holistik menjadi komponen yang penting dalam perawatan menjelang ajal yang baik.

Lingkungan kerja yang memprioritaskan penanganan dalam menyelamatkan nyawa sehingga tindakan resusitasi merupakan tindakan penanganan awal. Pada pemberian label DNR di IGD mendapatkan tindakan resusitasi pada tahap awal dan waktu penerapan DNR lebih pendek dibandingkan dengan Penerapan DNR di ICU. Menentukan status DNR diperlukan konsultasi dan kesepakatan antara perawat dengan dokter yang merawat pasien dan atas persetujuan keluarga pasien (Mcmahon, *et al.*, (2009). Kerjasama dan kolaborasi mengarahkan untuk memastikan agar seluruh staf dapat bertanggung jawab dalam perawatan pasien. Semakin baik koordinasi dan komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi, maka terjadi kesalahan-kesalah-

an akan sangat kecil untuk terjadi dan begitu pula sebaliknya. Sikap para pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai pelaksana kebijakan harus dilandasi dengan sikap disiplin. Di sisi lain, kolaborasi menjadi suatu wadah untuk meningkatkan informasi dan pengetahuan bagi perawat. Hal yang berbeda disampaikan oleh Boyd, *et al.*, (2011) menyebutkan di lapangan kolaborasi antara perawat dengan dokter belum berjalan optimal, dan perawat tidak terlibat dalam komunikasi pengambilan keputusan dan cenderung menyetujui pendelegasian.

Perawat memiliki peran dan tanggung jawab dalam merawat pasien yang menjelang kematian (Calvin, Kite-Powel, & Hickey, 2007). Perawatan menjelang ajal merupakan salah satu kompetensi yang harus dimiliki perawat IGD yang disebutkan dalam *Emergency Nursing Association* (Wolf, 2015). Kompetensi tersebut yaitu memiliki pengetahuan dan kemampuan melakukan perawatan pada fase menjelang ajal, bagaimana melakukan persiapan pada pasien maupun memberikan dukungan sosial menjelang kematian (Seiler, *et al.*, 2012). Chan (2005) dan Wolf (2015) menyebutkan bahwa perawatan menjelang ajal dinilai masih kurang diterapkan dalam pelayanan kesehatan terutama di IGD.

Perawatan pasien dalam tahap menjelang ajal, yang membutuhkan penanganan yang bertujuan untuk memberi rasa nyaman, ketenangan, kedekatan support sosial (Beckstrand, *et al.*, 2012, Decker, *et al.*, 2015). Alligood dan Tomey (2014) menyebutkan perawatan menjelang ajal mempersiapkan pasien menghadapi kematian dengan baik, bertujuan pasien merasakan bebas dari nyeri, merasa kenyamanan, merasa dihargai, dihormati dan berada dalam kedamaian dan ketenangan juga merasa dekat dengan orang dirawatnya. Hal yang berbeda disampaikan Mcmahon-Parkes, *et al.* (2009) menyebutkan petugas di IGD merasakan kurang nyaman dengan adanya kehadiran keluarga saat melakukan tindakan pada pasien, namun memiliki pandangan bahwa pada pasien dengan

kasus kritis dan gawat, keluarga memiliki hak untuk tetap disisi dan mendampingi pasien. McMahan, *et al.* (2009) menyebutkan petugas di IGD merasakan kurang nyaman dengan adanya kehadiran keluarga saat melakukan tindakan pada pasien, namun memiliki pandangan bahwa pada pasien dengan kasus kritis dan gawat, keluarga memiliki hak untuk tetap disisi dan mendampingi pasien.

Peran keluarga sebagai pendukung pasien selama resusitasi masih jarang diberikan. Steiger dan Balog (2010) menjelaskan kehadiran keluarga dalam proses resusitasi sejak dahulu selalu menjadi kontroversi dan menimbulkan berbagai pendapat baik itu yang bersifat mendukung maupun menolak. Ritme kerja yang cepat dan tekanan yang tinggi dalam proses resusitasi menyebabkan terbatasnya sikap empati, komunikasi dan keterlibatan petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga. Meskipun keluarga memiliki kecenderungan emosional, dan keinginan selalu mendampingi pasien namun disisi lain keluarga memiliki respon ansietas dan ketakutan saat pasien dilakukan intervensi. Dengan demikian perawat perlu mengidentifikasi keinginan keluarga dalam memfasilitasi kehadiran yang mampu memberikan perasaan nyaman pada pasien, keluarga maupun tim kesehatan yang merawat.

Hasil penelitian ini menjadi bahan masukan dalam pelayanan perawatan pasien untuk dilakukan ronde keperawatan dan diskusi dengan tenaga kesehatan lain ketika mengambil keputusan DNR dan memberikan pelayanan perawatan menjelang ajal.

Kesimpulan

Pengambilan keputusan *DNR (Do Not Resuscitate)* membutuhkan pertimbangan dan pemahaman pada kriteria DNR. Selain itu, perawat harus terlibat dalam kolaborasi dengan tim yang merawat pasien, sehingga keputusan DNR tepat. Perawatan DNR di IGD memberikan resusitasi sebagai tindakan awal dan mempersiapkan kematian pasien dengan baik

dengan melibatkan keluarga pasien (YA, YU, TN).

Referensi

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work*. Atlanta, USA: Elsevier Health Sciences.
- Amestiasih, T., Ratnawati, R., & Rini, I.S. (2015). Studi fenomenologi: Pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan do not resuscitate (DNR) di Ruang Icu Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Medika Respati*, X, 1–11. Diperoleh dari <http://journal.resp.ati.ac.id/index.php/medika/article/view/391>
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (23–24), 3364–3372. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N., & Randall, V. (2011). Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care. *Oncology nursing forum*, 38 (3), E229–E239.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Brizzi, M., Abul-Kasim, K., Jalakas, M., Selariu, E., Pessah-Rasmussen, H., & Zia, E. (2012). Early do-not-resuscitate orders in intracerebral haemorrhage; frequency and predictive value for death and functional outcome. A retrospective cohort study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 20 (1), 1–6.
- Calvin, A.O., Kite-Powel, D.M., & Hickey, J.V. (2007). The neuroscience ICU nurse's perceptions about end of life care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39 (3), 143–150.
- Chan, G.K. (2005). Understanding end-of-life caring practices in the emergency department. *Nursing Philosophy*, 6 (1), 19–32.

- Chan, G.K. (2011). Trajectories of approaching death in the emergency department: clinician narratives of patient transitions to the end of life. *Journal of pain and symptom management*, 42 (6), 864–881.
- Doran, K.M., Vashi, A.A., Platis, S., Curry, L.A., Rowe, M., & Gang, M. (2013). Navigating the boundaries of emergency department care: Addressing the medical and social needs of patients who are homeless. *Am J Public Health*, 103 (Suppl 2), S355–S360. doi: 10.2105/AJPH.2013.301540.
- Mcmahon-Parkes, K., Moule, P., Bengert, J., & Albarran, J.W. (2009). The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients towards family-witnessed resuscitation: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 46 (2), 220–229.
- Saczynski, J.S., Gabbay, E., McManus, D.D., McManus, R., Gore, J.M., Gurwitz, J.H., ... Goldberg, R.J. (2012). Increase in the proportion of patients hospitalized with acute myocardial infarction with do-not-resuscitate orders already in place between 2001 and 2007: A nonconcurrent prospective study. *Clinical Epidemiology*, 4 (1), 267–274. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S32034>.
- Seiler, A.J., & Moss, V.A. (2012). The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24 (5), 303–312.
- Steiger, N.J., & Balog, A. (2010). Realizing patient-centered care: Putting patients in the center, not the middle. *Frontiers of health services management*, 26 (4), 15–26.
- Somes, J., & Donatelli, N.S. (2012). Do Not intubate/do not resuscitate: Treating the severely ill or injured geriatric patient in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 38 (3), 283–286.
- Park, Y.R., Kim, J.A., & Kim, K. (2011). Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it. *Nursing ethics*, 18 (6), 802–813.
- Wolf, L.A., Altair, M.D, et al. (2015). Exploring the management of death: Emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41 (5), e23–e33.
- Laporan Tahunan Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2010.

PENGEMBANGAN PROFESIONAL KEPERAWATAN BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MENGATASI NYERI PASIEN

Tri Mulia Herawati^{1*}, Rr. Tutik Sri Hariyati², Efy Afifah²

1. PSIK Fakultas Kesehatan Universitas MH Thamrin, Jakarta 12720, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: tmherawati@gmail.com

Abstrak

Pengembangan Profesional Berkelanjutan (PPB) merupakan komponen sistem jenjang karir dimana perencanaan dan implementasi perencanaan karir dapat memengaruhi proses kehidupan perawat. Jenjang karir di beberapa RS telah dilaksanakan namun kadangkala belum selaras dengan pelaksanaan rekrutmen, rotasi, pengembangan profesional berkelanjutan dan promosi yang menjadi komponen tidak terpisahkan dari jenjang karir. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh PPB dengan implementasi manajemen nyeri di rumah sakit. Desain penelitian menggunakan deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Data dikumpulkan melalui data primer sebanyak 121 perawat pelaksana serta data sekunder dokumen rekam medis pasien berisi catatan keperawatan terkait manajemen nyeri yang terdiri dari pengkajian, intervensi dan re-evaluasi. Teknik pengambilan sampel adalah *simple random sampling*. Analisis menggunakan regresi linier berganda. Hasil penelitian didapatkan bahwa variabel implementasi sistem jenjang karir yang paling berpengaruh terhadap implementasi manajemen nyeri oleh perawat klinik adalah pengembangan profesional berkelanjutan (PPB) ($p=0,027$). Peneliti merekomendasikan perlunya perencanaan terstruktur melalui analisis kebutuhan training bagi masing-masing perawat

Kata kunci: sistem jenjang karir, perawat, pengembangan profesional berkelanjutan, manajemen nyeri

Abstract

The effect of continuous professional development to the implementation of pain management by nurses in hospital. Continuing Professional Development (CPD) is a component of a career ladder system which its planning and implementation can affect in a nurse's life process. In some hospitals, the nursing career ladder system were not associated with recruitment, rotation, continuous professional development and promotion process. This study aimed to identify the effect of CPD to the implementation of pain management in a hospital. The design research was descriptive correlative with cross sectional approach. Data were collected through primary data as much as 121 nurses and also secondary data from patient medical records related to pain management nursing documentation included assessment, intervention, and re-evaluation. The sampling technique was simple random sampling. Data were analyzed by multiple linear regression. The result showed that the variables of the career ladder system implementation that most affected on the pain management implementation by clinical nurses is continuing professional development (CPD) ($p=0.027$). It is recommended to make structured planning through training needs analysis for each nurse

Keywords: career ladder system, nurse, continuing professional development, pain management

Pendahuluan

Kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat dari pencapaian pelaksanaan indikator kualitas pelayanan keperawatan (Hariyati, 2014). *National Quality Forum* di tahun 2004 menetapkan 15 standar nasional yang digunakan

untuk mengevaluasi pelayanan keperawatan. Indikator kualitas pelayanan keperawatan juga dapat merujuk pada data *The National Database of Nursing Quality Indicator* (Montalvo, 2007). Indonesia menetapkan 6 (enam) indikator mutu pelayanan klinik, salah satunya adalah terpenuhinya rasa nyaman (manajemen

nyeri) (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2008).

Pengelolaan nyeri pada pasien rumah sakit diberikan dalam bentuk proses manajemen nyeri komprehensif. Strategi optimalisasi manajemen nyeri dapat berfokus pada pendidikan staf, adanya prosedur pengkajian nyeri, batasan waktu pemberian obat, serta perbaikan proses pengkajian itu sendiri (Mantell, Hartwell, & Branowicki, 2014). Praktisi kesehatan juga harus memiliki kemampuan atau kompetensi mengenai manajemen nyeri sesuai lingkup pelayanan yang diberikan dan perlu adanya pengembangan pengetahuan, keterampilan dalam melaksanakan manajemen nyeri. Pengembangan pengetahuan dan keterampilan dapat dilaksanakan dengan Pengembangan Profesionalisme Berkelanjutan (PPB) (Ozlu & Uzun, 2015).

PPB merupakan bagian dari manajemen ketenagaan sebagai bagian dari pengembangan jenjang karir keperawatan yang mempunyai beberapa tahapan antara lain *mapping* karir, asesmen kompetensi, kredensial dan juga PPB. Beberapa rumah sakit sudah melaksanakan jenjang karir namun belum banyak hasil riset yang menyampaikan pengaruh implementasi jenjang karir terhadap kompetensi perawat dan mutu pelayanan keperawatan. Riset ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengembangan profesionalisme berkelanjutan sebagai bagian dari jenjang karir dan kompetensi perawat dalam melaksanakan manajemen nyeri.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*, dilakukan di unit rawat inap, rumah sakit. Responden berjumlah 121 perawat di unit rawat inap dengan pengambilan sampel menggunakan tehnik *simple random sampling*.

Alat ukur yang digunakan adalah lembar observasi dokumen rekam medis untuk mengukur kemampuan dalam manajemen nyeri. Variabel independen penelitian yaitu imple-

mentasi sistem jenjang pengukurannya menggunakan skala *Guttman* dengan skor 0 untuk jawaban tidak dan skor 1 untuk jawaban ya. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan deskriptif dan uji regresi linear ganda dengan metode *enter*.

Hasil

Implementasi sistem jenjang karir di rumah sakit menunjukkan adanya hubungan bermakna dengan implementasi manajemen nyeri yaitu variabel pengembangan profesional berkelanjutan ($p= 0,027$). Karakteristik perawat klinik di unit rawat inap berdasarkan jenis kelamin yaitu sebagian besar perempuan (92,6%). Berdasarkan pendidikan terakhir sebagian besar berpendidikan D3 Keperawatan (90,1%) dan mayoritas sistem jenjang karir perawat klinik di unit rawat inap rumah sakit berada pada jenjang *junior nurse* yaitu sebanyak 83 orang (68,6%) dengan rincian 80 orang (66,12%) berpendidikan D3 Keperawatan dan 3 orang (2,48%) berpendidikan S1 keperawatan.

Karakteristik berdasarkan umur menunjukkan bahwa nilai median umur perawat klinik adalah 27 tahun, dengan umur termuda adalah 21 tahun dan umur tertua 45 tahun. Mayoritas perawat klinik di unit rawat inap berumur 27,29 sampai 29 tahun. Hasil analisis terkait lama kerja, didapatkan nilai median masa kerja adalah 5 tahun. Lama kerja tersingkat adalah 1 tahun dan terlama 13 tahun. Mayoritas perawat klinik di unit rawat inap memiliki masa kerja 4,46 sampai 5,67 tahun.

Implementasi komponen yang mendukung proses sistem jenjang karir tergambar pada tabel 1. Tabel 1 menunjukkan bahwa persepsi perawat terkait sistem jenjang karir berada pada median 2 (50% dari nilai total) dengan nilai terendah 0 dan nilai tertinggi adalah 4.

Tabel 2 menunjukkan mayoritas implementasi manajemen nyeri oleh perawat klinik setelah dilaksanakan jenjang karir selama 3 tahun mengalami peningkatan. Tabel 3 menunjukkan

adanya hubungan yang bermakna antara variabel kredensial (0,029) dan pengembangan profesional (0,017) berkelanjutan pada perawat klinik dengan implementasi manajemen nyeri yang dinilai dari dokumentasi keperawatan. Tabel 4 menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara umur dan lama kerja perawat klinik dengan implementasi manajemen nyeri di unit rawat inap ($p=0,149$).

Tabel 5 menunjukkan adanya peningkatan rerata nilai implementasi manajemen nyeri antara sebelum dan sesudah implementasi sistem jenjang karir yaitu dari 3,91 menjadi 7,94. Analisis statistik menggunakan uji *wilcoxon* menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0,0001 ($p<0,05$) yang menunjukkan adanya perbedaan

implementasi manajemen nyeri yang bermakna antara sebelum dan sesudah implementasi sistem jenjang karir keperawatan di unit rawat inap, rumah sakit.

Berdasarkan analisis pemodelan akhir, maka variabel implementasi sistem jenjang karir yang paling berhubungan implementasi manajemen nyeri oleh perawat klinik adalah pengembangan profesional berkelanjutan.

Nilai *R square* sebesar 0,041, menunjukkan bahwa 4,1% dari variasi implementasi manajemen nyeri oleh perawat dapat dijelaskan oleh variabel pengembangan profesional berkelanjutan, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lainnya.

Tabel 1. Gambaran Implementasi Komponen Pendukung Sistem Jenjang Karir

Variabel	Median	Min. – Maks.	95% CI
Sistem Jenjang Karir			
a. Pemetaan sistem jenjang karir	2	0–4	1,72–2,32
b. Asesmen kompetensi	3	0–14	2,78–3,67
c. Kredensial	1	0–5	1,73–2,49
d. Pengembangan profesional berkelanjutan	3	0–9	2,79–3,96
e. Kewenangan klinis	1	0–2	0,65–0,97
Proses manajemen	6	0–6	3,92–4,73

Tabel 2. Gambaran Implementasi Manajemen Nyeri, Tahun 2013 dan 2015

Variabel	Median	Min.– Maks.	95% CI
Pengkajian			
a. 2013	0	0–5	0,47–0,95
b. 2015	5	0–5	1,95–4,05
Intervensi			
a. 2013	0	0–8	2,24–3,42
b. 2015	8	0–8	3,14–6,96
Re asesmen			
a. 2013	0	0–2	0,44–1,24
b. 2015	1	0–2	

Tabel 3. Hubungan Implementasi Sistem Jenjang Karir dengan Implementasi Manajemen Nyeri oleh Perawat klinik

Variabel Independen	Variabel Dependen	Nilai r	p
Sistem Jenjang Karir			
a. Pemetaan	Implementasi Manajemen Nyeri	0,044	0,692
b. Asesmen kompetensi	Implementasi Manajemen Nyeri	0,130	0,156
c. Kredensial	Implementasi Manajemen Nyeri	0,199	0,029*
d. Pengembangan profesional berkelanjutan	Implementasi Manajemen Nyeri	0,216	0,017*
e. Kewenangan klinis	Implementasi Manajemen Nyeri	0,167	0,067
Kemampuan proses manajemen	Implementasi Manajemen Nyeri	0,126	0,170

Tabel 4. Hubungan Umur dan Lama Kerja Perawat klinik dengan Implementasi Manajemen Nyeri oleh Perawat klinik

Variabel <i>Confounding</i>	Variabel Dependen	Nilai r	p
Umur	Implementasi Manajemen Nyeri	0,148	0,104
Lama kerja	Implementasi Manajemen Nyeri	0,082*	0,374

Tabel 5. Perbedaan Implementasi Manajemen Nyeri Antara Sebelum dan Sesudah Implementasi Sistem Jenjang Karir

Variabel	Sebelum implementasi jenjang karir (tahun 2013)			Sesudah implementasi jenjang karir (tahun 2015)			p
	Mean	SD	95% CI	Mean	SD	95% CI	
Implementasi manajemen nyeri	3,91	4,78	3,06–4,76	7,94	6,043	6,85–9,03	0,0001

Tabel 6. Faktor Dominan yang Berhubungan Implementasi Sistem Jenjang Karir dengan Implementasi Manajemen Nyeri oleh Perawat klinik

Model	Koefisien B	Koefisien B distandarisasi	p	R square (R ²)
Konstanta	9,297	–	0,000	
Pengembangan profesional berkelanjutan	0,375	0,202	0,027	0,041

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik perawat tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan implementasi manajemen nyeri di unit rawat inap. Hal ini didukung oleh

Abdullah, Sidin, dan Pasinringi (2014) dimana tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja) dengan kinerja perawat pelaksana dalam pencegahan infeksi nosocomial. Namun hal ini tidak sejalan

dengan Kumajas, Warouw, dan Bawotong (2014) yang menyimpulkan bahwa karakteristik individu yaitu umur, pendidikan, masa kerja dan status pernikahan memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja perawat di RSUD Datoe Binangkang. Begitu pula Faura, Trilla, Lluch, Martinez, Canillas, dan Zabalegui (2014) menyatakan bahwa pendidikan dan lama kerja perawat di RS memengaruhi tingkat kemahiran dalam memberikan pelayanan pada pasien yang akan memengaruhi kualitas pelayanan itu sendiri.

Di rumah sakit, faktor usia menjadi salah satu pertimbangan pada proses rekrutmen calon karyawan, dengan harapan memiliki jiwa energik dan semangat tinggi serta menyukai tantangan baru namun tetap memegang prinsip dan nilai dasarnya. Begitu pula dengan faktor pendidikan yang menjadi pertimbangan dalam penempatan area kerja perawat baru (Any, Idris, Mukammala, & Matindas, 2012).

Sistem jenjang karir di unit rawat inap RS telah dilaksanakan namun belum optimal. Proses rekrutmen dan seleksi perawat baru dilakukan melalui tes tulis dan wawancara pengetahuan keperawatan namun belum berfokus pada manajemen nyeri. Rahim (2015) menyatakan bahwa peningkatan perlindungan pada masyarakat pengguna layanan RS melalui proses identifikasi pengetahuan, keterampilan dan perilaku perawat.

Proses magang perawat baru, telah dilakukan bagi seluruh perawat baru namun tidak selama 1 tahun. Kim, Lee, Eudey, Lounsbury, dan Wede (2015) membandingkan pelaksanaan pre dan post program residensi selama 12–15 minggu pada 114 perawat di California memberikan dampak positif setelah pelaksanaan program.

Proses pemetaan perawat lama telah dilakukan, terbatas pada pendidikan keperawatan terakhir, pelatihan yang pernah diikuti, lama kerja, serta rekapitulasi profil perawat berdasarkan penjenjangan karir. Proses pemetaan level karir

keperawatan didasarkan pada 3 jenjang yaitu *junior nurse (junior nurse 1 & 2)*, *senior nurse (senior nurse 1 & 2)*, *shift charge nurse*. Shermont, Krepcio, dan Murphy (2009) menyatakan bahwa pemetaan karir perawat memberikan banyak keuntungan, tidak hanya bagi perawat tapi juga eksekutif keperawatan karena dapat memberikan semangat baru bagi perawat pelaksana, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui pengalaman yang dilalui, persiapan posisi sebagai pemimpin, perencanaan karir, serta pemberian kesempatan pengembangan karir internal dengan berpindah ke unit lain.

Jenjang *Junior Nurse* memiliki proporsi lebih banyak (68%) dikarenakan perbandingan jumlah *Shift Charge Nurse* (8,26%) yang lebih sedikit dari keseluruhan perawat di unit rawat inap rumah sakit. Tenaga keperawatan yang kompeten merupakan tanggung jawab utama bagi perawat manajer guna memastikan keselamatan pasien, kepuasan kerja perawat serta produktifitas. Peningkatkan jumlah *registered nurse (RN)* atau perawat teregistrasi merupakan strategi terbaik guna memberikan kualitas pelayanan yang tinggi (Young, Lee, Sands, & McCombs, 2015).

Kualitas pelayanan pasien menjadi sangat baik jika didukung oleh meningkatnya jumlah perawat teregistrasi, peningkatan kualitas dibuktikan dengan menurunnya angka mortalitas, angka kejadian infeksi pada pasien, menurunnya lama masa rawat dan juga turunnya angka dirawat kembali atau *readmission*. Level perawat yang rendah memberikan pengaruh pada kesalahan pemberian obat dan juga tidak terlaksananya pemberian asuhan keperawatan (Griffith, et al., 2014).

Asesmen kompetensi bagi perawat klinik dilakukan secara berkala setiap 6 bulan bagi karyawan berstatus pegawai kontrak waktu tak tertentu. Setiap calon karyawan akan mengikuti masa pra kerja selamanya 2 tahun dan jika dianggap memenuhi standar profesi keperawatan akan ditempatkan pada jenjang sesuai hasil

proses seleksi administrasi. Peningkatan jenjang karir dari *junior nurse* 1 ke 2 atau *senior nurse* 1 ke 2, dilakukan secara otomatis setelah mealui 2–3 tahun masa kerja. Sedangkan perawat yang akan meningkat dari jenjang *junior nurse* ke *senior nurse* atau *senior nurse* ke *shift charge nurse* harus melalui proses asesmen kompetensi, tes tulis, wawancara serta psikotes. Namun asesmen kompetensi terkait manajemen nyeri, belum tertuang dalam uraian tugas perawat klinik. Hal ini tidak sejalan dengan PPNI yang menetapkan bahwa salah satu kompetensi minimal perawat generalis adalah melakukan tanda-tanda vital dan pengkajian nyeri merupakan tanda vital kelima (Hariyati, 2014; Vadivelu, Mitra, Hines, Elia, & Rosenquist, 2012). Kemenkes (2013) memperkuat bahwa proses asesmen kompetensi dapat dilakukan dengan mengajukan permohonan asesmen, melakukan asesmen mandiri, pra konsultasi hingga usulan banding.

Proses kredensial masih belum dilaksanakan karena belum memiliki komite keperawatan. Hal ini tergambar pada hasil penelitian, bahwa persepsi perawat tentang kredensial bera pada nilai 1 (rentang 0 – 5). Permenkes no.49 (2013) menyatakan bahwa kredensial merupakan proses pemastian kemampuan tenaga keperawatan sebelum diberikan kelayakan kewenangan klinis yang bertujuan untuk peningkatan kualitas dan proses pemberian pelayanan kesehatan. Needleman, Dittus, Pittman, Spetz, Newhouse (2014) mendukung bahwa kredensial memastikan dan memperjelas peran perawat serta anggota tim kesehatan lain. Kriteria hasil pelaksanaannya adalah peningkatan kompetensi dan performa perawat, peningkatan hasil kerja organisasi serta perbaikan struktur budaya organisasi, kepemimpinan dan iklim organisasi.

Kewenangan klinis merupakan komponen akhir dari system jenjang karir, yang menunjukkan nilai median 1 (rentang 0 – 2). Implementasi di RS dilakukan dengan cara memberikan surat keputusan direktur sebagai bentuk pemberian kewenangan mengacu pada deskripsi kerja masing-masing jenjang. Hal ini tidak sejalan

dengan AANA (2005) yang menyatakan bahwa kewenangan klinis merupakan pengakuan terhadap individu oleh suatu institusi dalam memberikan pelayanan pada pasien.

Kemenkes (2013) menyatakan bahwa pemberian kewenangan klinis tenaga keperawatan oleh direktur RS dilakukan melalui penerbitan surat penugasan klinis kepada perawat yang bersangkutan berdasarkan rekomendasi Komite Keperawatan. Buku putih merupakan salah satu dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan kewenangan klinis.

Pemodelan akhir pada penelitian ini menyatakan bahwa Pengembangan Profesional Berkelanjutan yang merupakan bagian dari sistem jenjang karir memberikan pengaruh dalam pelaksanaan manajemen nyeri oleh perawat klinik. Hasil penelitian ini mendukung riset sebelumnya yang menyimpulkan bahwa jika PPB direncanakan dengan baik dapat berdampak pada peningkatan kompetensi dan keterampilan perawat (DeSilets & Dickerson, 2010).

Program PPB terakreditasi yang diikuti oleh perawat dapat memperbaiki praktik keperawatan, PPB juga merupakan pembelajaran jangka panjang yang dapat meningkatkan kemampuan kritis perawat itu sendiri (Kemp & Baker, 2013).

Staf perawat, sebanyak 200 orang, yang terlibat penelitian pada 2 RS dan 13 rumah perawatan menggambarkan bahwa persepsi positif dirasakan pada proses *CPD* atau PPB. Selain itu, gaya kepemimpinan serta respon para manajer untuk melakukan perubahan juga memengaruhi pengembangan jenjang karir para perawat tersebut (Hughes, 2005; Staniland, Rosen, & Wild, 2011).

Analisis kebutuhan pelatihan atau *Training Needs Analysis (TNA)* merupakan salah satu perencanaan yang dapat dilakukan secara lebih komprehensif dan pro-aktif dengan melihat

kebutuhan pelayanan. Perawat manajer dan pimpinan pelayanan keperawatan bertanggung jawab dalam memperhitungkan anggaran biaya pelatihan (Staniland, 2011). PPB menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam implementasi jenjang karir dan dalam upaya meningkatkan kemampuan praktik keperawatan.

Kesimpulan

Jenjang karir keperawatan merupakan proses kehidupan dan pengembangan profesional keperawatan secara terus menerus. PPB merupakan variabel yang paling berhubungan dengan implementasi manajemen nyeri.

Pimpinan dan Manajemen Keperawatan disarankan untuk membuat analisis kebutuhan training sehingga pelaksanaan PPB sesuai dengan kebutuhan dan tujuan organisasi. Bagi staf perawat, diharapkan dapat membuat prioritas dalam pengembangan karirnya guna meningkatkan kompetensi dirinya, melibatkan diri dalam aktifitas *coaching*, pengembangan karir, *mentoring*, training internal serta proyek kerja keperawatan lainnya dan melakukan *self assessment* secara periodik guna perencanaan pengembangan karirnya (TN, HR, PN).

Referensi

- Abdullah, K., Sidin, A.I., & Pasinringi, S.A. (2014). *Hubungan pengetahuan, motivasi, dan supervisi dengan kinerja pencegahan infeksi nosokomial di RSUD Haji Makassar* (Tesis, Universitas Hasanudin). Diperoleh dari <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/10571>
- Any, K., Idris, R., Mukammalah, Z., Matindas, F. (2012). *Satu dekade RSUD Cengkareng*. Jakarta: RSUD Cengkareng.
- DeSilets, L.D., & Dickerson, P.S. (2010). Continuing nursing education: enhancing professional development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (3), 100–101. doi: 10.3928/00220124-20100224-07.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. (2008). *Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan
- Faura, T., Trilla, A., Lluch, T., Martinez, G., Canillas, L., & Zabalegui, A. (2014). Nurse education, experience and the hospital context. Analysis of nurse expertise in a university hospital of catalonia (spain). *American Journal of Nursing Research*, 2 (3), 50–56. doi:10.12691/ajnr-2-3-4.
- Griffith, P., Ball, J., Drennan, J., James, L., Jones, J., Saucedo, A.R., & Simon, M. (2014). *The association between patient safety outcomes and nurse/ healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements*. Centre for Innovation and Leadership in Health Sciences: University of Southampton.
- Hariyati, R.T.S. (2014). *Perencanaan, pengembangan dan utilisasi tenaga keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Hughes, E. (2005). Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*, 19 (43), 41–49. Doi: 10.7748/ns2005.07.19.43.41.c3904.
- Kemp, S.J., & Baker, M. (2013). Continuing professional development-reflections from nursing and education. *Nurse Education in Practice*, 13, 541–545. doi: 10.1016/j.nepr.2013.04.009.
- Kim, K.H., Lee, A.Y., Eudey, L., Lounsbury, K., & Wede, P. (2015). New RN residency program to improve clinical competency, confidence, and socialization skills of novice nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5 (6). doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n6p50>
- Kumajas, F.W., Warouw, H., Bawotong, J. (2014). Hubungan karakteristik individu dengan kinerja perawat di ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Datoe binangkang kabupaten bolaang mongondow. Diakses dari ejournal.unsrat.ac.id pada 1 Juli 2015.

- Mantell, P., Hartwell, L. P., & Branowicki, P. A. (2014). Development of an outcome measure to monitor the effectiveness of pain management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (1), 30–32. doi: 10.1188/14.CJON.30-32.
- Montalvo, I. (2007). The national database of nursing quality indicators (NDNQI). *The Online Journal of Issues in Nursing, A Scholarly Journal of the American Nurses Association*, 12 (3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02
- Needleman, J., Dittus, R. S., Pittman, P., Spetz, J., & Newhouse, R. (2014). *Nurse credentialing research frameworks and perspectives for assessing a research agenda*. USA: Institute of Medicine of the National Academies.
- Ozlu, Z.K., & Uzun, O. (2015). Evaluation of satisfaction with nursing care of patients hospitalized in surgical clinics of different hospitals. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (1), 19–24.
- Rahim, M.B. (2015). E-portfolio indicator for competency assessment and virtual learning in malaysia skills certification. Diperoleh dari http://www.tvet-online.asia/issue4/rahim_tv_et4.pdf
- Shermont, H., Krepcio, D., Murphy, J.M. (2009). Career mapping developing nurse leaders, reinvigorating careers. *Journal of Nursing Administration*, 39 (10), 432–437.
- Staniland, K, Rosen, L., & Wild, J. (2011). Staff support in continuing professional development. *Nursing management*, 18 (1), 33–37. doi: 10.7748/nm2011.04.18.1.33.c8414
- Vadivelu, N., Mitra, S., Hines, R., Elia, M. & Rosenquist, R. W. (2012). Acute pain in undergraduate medical education: an unfinished chapter. *Pain Practice*, 2 (8) 663–671. doi: 10.1111/j.1533-2500.2012.00580.x
- Young, L., Lee, M., Sands, L.P., & McComb, S. (2015). Nursing activities and factors influential to nurse staffing decision-making. *Journal of Hospital Administration*, 4 (4). doi: 10.5430/jha.v4n4p24.

PENYIMPANGAN TUMBUH KEMBANG PADA ANAK DARI ORANG TUA YANG BEKERJA

Dewi Sri Handayani^{1*}, Anisa Sulastri¹, Tri Mariha¹, Nani Nurhaeni¹

1. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: dewisrihandayani26@gmail.com

Abstrak

Anak merupakan aset berharga suatu bangsa karena merupakan generasi penerus. Perhatian yang kurang akibat kesibukan orang tua yang bekerja menyebabkan anak berisiko mengalami penyimpangan tumbuh kembang. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan antara jenis pola asuh, status bekerja, dan waktu bekerja orang tua bekerja dengan penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Penelitian potong lintang ini melibatkan sampel 73 responden yang berada di wilayah Kecamatan Kramat Jati, Jakarta Timur. Sampel dipilih menggunakan *stratified random sampling*. Didapatkan 77% anak pertumbuhannya baik dan 56,2% perkembangannya sesuai. Sebanyak 23% anak ditemukan memiliki minimal satu hasil pengukuran indikator pertumbuhan yang tidak normal dan sebanyak 4,1% anak dicurigai kemungkinan ada penyimpangan perkembangan. Selain itu, hasil analisis data menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pola asuh dengan pertumbuhan ($p= 1,000$, $\alpha= 0,05$), pola asuh dan perkembangan ($p= 1,000$, $\alpha= 0,05$), status orang tua bekerja dan pertumbuhan ($p= 0,362$, $\alpha= 0,05$), status orang tua bekerja dan perkembangan ($p= 0,901$, $\alpha= 0,05$), waktu orang tua bekerja dan pertumbuhan ($p= 0,497$, $\alpha= 0,05$), waktu orang tua bekerja dan perkembangan ($p= 1,000$, $\alpha= 0,05$). Orangtua yang bekerja bukanlah faktor penghambat dalam tumbuh kembang anak.

Kata kunci: anak 0-72 bulan, orang tua bekerja, pertumbuhan dan perkembangan anak, pola asuh

Abstract

Growth and Development Deviation in Children with Working Parents. Children is the nation precious asset. As the future generation, high quality children is needed to achieve bright future of the nation. Less attention to the growth and development supported factor due to the working parent causes growth and development deviation in children. The aim of this study was to identify the relationship between parenting style of working parent with growth and development deviation in children. The study cross sectional study involved in 73 respondents in Kramat Jati district, Jakarta Timur, using stratified random sampling. The results were 77% children had good growth and 56.2% children had appropriate development. 23% children had minimum one abnormal growth indicator and 4.1% children was suspected to had development deviation. Data analyzes showed that there was no significant relationship between parenting style and growth ($p= 1.000$, $\alpha= 0.05$), parenting style and development ($p= 1.000$, $\alpha= 0.05$), parent working status and growth ($p= 0.497$, $\alpha= 0.05$), parent working status and development ($p= 0.901$, $\alpha= 0.05$), time of working and growth ($p= 0.497$, $\alpha= 0.05$), time of working and development ($p= 1.000$, $\alpha= 0.05$). This study implies that working parent is not burden factor for children to grow up and develop optimally.

Keywords: child aged 0-72 months, children growth & development, parenting style

Pendahuluan

Anak merupakan aset berharga suatu bangsa. Hal ini dikarenakan anak merupakan generasi penerus, sehingga dibutuhkan anak yang berkualitas untuk mencapai masa depan bangsa yang baik (Kadi, Garna, & Fadlyana, 2008).

Kualitas anak yang baik dapat dicapai dengan memastikan bahwa proses tumbuh kembang anak juga baik. Pertumbuhan merujuk pada perubahan yang bersifat kuantitatif, seperti tinggi badan, berat badan, dan lingkaran kepala, sedangkan perkembangan adalah perubahan dan peningkatan kemampuan secara bertahap,

seperti kemampuan motorik, sensori, bahasa, dan sosial (Hockenberry & Wilson, 2012).

Usia 0-72 bulan merupakan periode usia yang krusial dalam pertumbuhan dan perkembangan. Menurut Kemenkes RI (2010a) masa anak-anak merupakan masa keemasan, jendela kesempatan, dan masa kritis bagi perkembangan otak. Namun, pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal membutuhkan lingkungan yang dapat menstimulasi, nutrisi yang cukup, dan interaksi sosial yang diberikan dengan penuh perhatian (UNICEF, 2013). Kemenkes RI (2010b) melaporkan di DKI Jakarta sebanyak 38,6% anak mengalami *delayed development* dan 24,6% anak mengalami *global delayed development*, serta mengalami penyimpangan pertumbuhan. Penyimpangan ini ditandai dengan 17,5% anak mengalami gizi kurang, 12,3% anak *microcephaly*, dan 12,3% tidak mengalami kenaikan berat badan dalam beberapa bulan terakhir. Beberapa faktor dapat memengaruhi tumbuh kembang anak termasuk pola asuh. Nanthamongkolchai, Ngaosusit, dan Munsawaengsub (2007) menyatakan anak yang dibesarkan dengan pola asuh kombinasi mempunyai kesempatan 1,9 kali lebih tinggi terlambat perkembangannya dibandingkan anak yang dibesarkan dengan pola asuh demokratis.

Pola asuh merupakan seluruh cara perlakuan oleh orang tua yang diterapkan pada anak (Nanthamongkolchai, et al., 2007; Wiwit, Jash, & Rachmadiana, 2003). Interaksi orang tua dengan anak dipengaruhi oleh waktu kebersamaan keduanya. Tren kedua orang tua bekerja dewasa ini, khususnya di Jakarta sebagai Ibu Kota negara, menyebabkan waktu kebersamaan anak dengan orang tua menjadi minim. Jakarta Timur merupakan wilayah dengan jumlah penduduk dan angkatan kerja yang tertinggi dibandingkan dengan wilayah lainnya di Jakarta dengan jumlah penduduk sebesar 2.817.994 dan jumlah angkatan kerja sebesar 1.339.111 ribu (Badan Pusat Statistik, 2014).

Kesibukan orang tua bekerja memengaruhi pola asuh sehingga akan berdampak pada pertum-

buhan dan perkembangan anak. Bahkan ibu bekerja seringkali diasosiasikan dengan meningkatnya kenakalan remaja. Orang tua padahal memiliki peran kunci dalam perkembangan anak (Bowman, et al., 2010 & Tjaja, 2000). Saat ini jumlah anak dengan kedua orang tua bekerja di Amerika Serikat tumbuh sebanyak 37–66%, sebanyak 28–60% diantaranya merupakan anak usia pra sekolah (Fox, et al., 2011). Di Indonesia angka perempuan bekerja menunjukkan peningkatan. Menurut BPS RI (2014) secara total, persentase perempuan yang bekerja sebesar 47,91 persen. Persentase perempuan yang bekerja di perkotaan sebesar 44,74 persen, sedangkan di perdesaan sebesar 51,10 persen (Kemenpppa, 2013). Meskipun data ini tidak secara langsung menunjukkan angka orang tua bekerja yang mempunyai balita tetapi dapat mengindikasikan tren yang terjadi saat ini.

Lama waktu bekerja orang tua juga berperan penting dalam interaksi bersama anak. Lama waktu bekerja yang digunakan orang tua sesuai dengan kebijakan perusahaan/instansi terbagi menjadi paruh waktu yaitu kurang dari delapan jam dan purna waktu yaitu delapan jam lebih (Tjaja, 2000).

Secara khusus, anak yang ibunya bekerja purna waktu yaitu, 30 jam atau lebih per minggu, ditemukan memiliki nilai kognitif yang lebih rendah dan lebih banyak masalah perilaku daripada anak lainnya (Han, 2011). Penelitian Sitoresmi, Kusnanto, dan Krisnana (2014) di Mulyorejo mendapatkan jumlah anak yang dicurigai memiliki penyimpangan perkembangan lebih banyak ditemukan pada anak dengan ibu bekerja.

Dampak dari orang tua yang bekerja tidak hanya memengaruhi fungsi kognitif, melainkan juga memengaruhi mental, emosional, sosial, kemandirian anak, status kesehatan dan status gizi (Dinkes Riau, 2014). Menurut Li, et al., (2013) waktu bekerja purna waktu menyebabkan gejala depresi pada orang tua, penurunan kualitas pengasuhan, dan interaksi serta

kedekatan antara orang tua dan anak. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa jam kerja adalah faktor penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini menunjukkan bahwa fenomena orang tua yang sibuk bekerja dan penyimpangan tumbuh kembang pada anak perlu diidentifikasi hubungannya agar dapat menjadi sumber informasi mengenai kondisi tumbuh kembang anak dengan orang tua bekerja.

Metode

Penelitian potong lintang ini mengambil data dari orang tua bekerja dan tumbuh kembang anak pada satu waktu. Penelitian dilakukan di Kecamatan Kramat Jati, Jakarta Timur yaitu kecamatan dengan persentase pertumbuhan penduduk tertinggi, yakni 204,148%. Jumlah sampel adalah 73 sampel. Sampel diambil dengan metode *stratified random sampling* di tujuh kelurahan di Kecamatan Kramat Jati dan metode acak sederhana untuk menentukan RW yang dipakai di masing-masing kelurahan. Pengambilan data dilakukan *door-to-door* dengan menerapkan kriteria inklusi salah satu atau kedua orang tua bekerja dan memiliki anak berusia 0–72 bulan untuk mendapatkan responden penelitian.

Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner dan skrining tumbuh kembang. Data orang tua bekerja dan jumlah jam bekerja didapat dari kuesioner isian yang diisi oleh orang tua. Pola asuh dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner *Parenting Style Questionnaire* yang diterjemahkan. Data pertumbuhan didapat dengan mengukur tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala, sementara perkembangan anak didapat dari stimulasi langsung menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). Pertumbuhan dikategorikan menjadi *Baik* jika semua nilai pada indikator pertumbuhan berada dalam rentang normal dan *Kurang Baik* jika minimal salah satu nilai tidak berada dalam rentang normal. Perkembangan dikategorikan *Sesuai* jika jawaban Ya 9 atau 10, *Meragukan* jika jawaban

Ya 7 atau 8, dan *Kemungkinan Ada Penyimpangan* jika jawaban Ya ≤ 6 .

Hasil

Pola Asuh Orang Tua Bekerja. Pola asuh responden pada penelitian ini didominasi oleh pola asuh demokratis, yakni sebesar 97,3%. Hanya 2,7% orang tua memiliki pola asuh otoriter dan tidak ada orang tua yang memiliki pola asuh permisif. Sebagian besar salah satu orang tua bekerja (71,2%). Berdasarkan waktu bekerja, 80,8% orang tua bekerja kurang dari 8 jam.

Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Mayoritas anak status pertumbuhan dan perkembangannya yang baik. Sebanyak 77% anak memiliki pertumbuhan baik dan sebanyak 56,2% memiliki perkembangan sesuai. Sebanyak 23% anak ditemukan memiliki minimal 1 hasil pengukuran indikator pertumbuhan yang tidak normal dan sebanyak 4,1% anak dicurigai kemungkinan ada penyimpangan perkembangan.

Hubungan Pola Asuh, Jumlah Orang Tua Bekerja, dan Waktu Bekerja orang Tua dengan Pertumbuhan dan Perkembangan. Hasil analisis data menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pola asuh dengan pertumbuhan, status orang tua bekerja dengan pertumbuhan dan perkembangan, waktu orang tua bekerja dengan pertumbuhan dan perkembangan.

Pembahasan

Pola asuh yang dijalankan oleh orang tua memberikan pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak (Walker, 2008). Pola asuh demokratis merupakan pola asuh yang paling dominan diterapkan orang tua pada penelitian ini.

Pola asuh demokratis mengizinkan anak memiliki hubungan komunikasi yang baik dengan orang tua, serta membuat orang tua menerapkan tuntutan yang sesuai dengan perkembangan anak, mengontrol anak sesuai kebutuhan,

Tabel 1. Pola Asuh, Jumlah Orang Tua Bekerja, Waktu Bekerja Orang Tua, Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Variabel	Frekuensi	%
Pola Asuh		
Demokratis	71	97,3
Otoriter	2	2,7
Jumlah Orang Tua Bekerja		
Kedua Orang Tua Bekerja	21	28,8
Salah Satu Orang Tua Bekerja	52	71,2
Waktu Bekerja		
Kedua Orang Tua Bekerja \geq 8 Jam	14	19,2
Salah Satu atau Kedua Orang Tua Bekerja $<$ 8 Jam	59	80,8
Pertumbuhan		
Kurang Baik	17	23
Baik	56	77
Perkembangan		
Kemungkinan Ada Penyimpangan	3	4,1
Meragukan	29	39,7
Sesuai	41	56,2

Tabel 2. Pertumbuhan Berdasarkan Pola Asuh, Jumlah Orang Tua Bekerja, dan Waktu Bekerja Orang Tua

Variabel	Kurang Baik %	Baik %	p
Pola Asuh			
Demokratis	23,9	76,1	1,000
Otoriter	0	100	
Jumlah Orang Tua Bekerja			
Kedua Orang Tua Bekerja	14,3	85,7	0,362
Salah Satu Orang Tua Bekerja	26,9	73,1	
Waktu Bekerja			
Kedua Orang Tua Bekerja \geq 8 Jam	14,3	85,7	0,497
Salah Satu atau Kedua Orang Tua Bekerja $<$ 8 Jam	25,4	74,6	

Tabel 3. Distribusi Perkembangan Berdasarkan Pola Asuh, Jumlah Orang Tua Bekerja, dan Waktu Bekerja Orang Tua

Variabel	KAP %	M%	S%	p
Pola Asuh				
Demokratis	4,2	39,5	56,3	1,000
Otoriter	0	50	50	
Jumlah Orang Tua Bekerja				
Kedua Orang Tua Bekerja	4,8	28,6	66,6	0,901
Salah Satu Orang Tua Bekerja	3,8	44,2	52	
Waktu Bekerja				
Kedua Orang Tua Bekerja \geq 8 Jam	7,1	35,8	57,1	1,000
Salah Satu atau Kedua Orang Tua Bekerja $<$ 8 Jam	3,4	40,7	55,9	

mau mendengarkan anak dan penuh kasih sayang. Orang tua dengan pola asuh otoriter cenderung menuntut tinggi, memiliki kontrol yang kuat terhadap anak, kurang menunjukkan kasih sayang dan jarang berkomunikasi. Hal ini menyebabkan anak menjadi kurang inisiatif, memiliki percaya diri rendah, dan ragu-ragu dalam bertindak sehingga mengganggu perkembangan kognitif, emosi, dan sosial anak (Farrel, 2015, Joseph & John, 2008, & Rosli, 2009). Hal ini didukung Nanthamongkolchai, et al. (2007) menyatakan bahwa anak yang dibesarkan dengan pola asuh kombinasi mempunyai kesempatan 1,9 kali lebih tinggi terlambat perkembangannya dibandingkan anak yang dibesarkan dengan pola asuh demokratis.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa anak dengan pola asuh demokratis memiliki skor yang lebih baik daripada anak dengan pola asuh otoriter dalam hal perilaku sosial (Hastings, McShane, & Parker, 2007), bahwa akademik sebagai indikator kognitif (Martin, Ryan, & Brook-Gunn, 2007), dan kesehatan psikologi (Timpano, Keough, Mahaffrey, Schmidt, & Abramowitz, 2010). Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa lebih banyak anak dengan pola asuh demokratis yang memiliki perkembangan sesuai dibandingkan anak dengan pola asuh otoriter (56,3% vs 50%). Proporsi pertumbuhan baik yang lebih besar pada anak dengan pola asuh otoriter (100% vs 76,1%) dan tidak ditemukan adanya hubungan antara pola asuh dengan pertumbuhan dan perkembangan dapat disebabkan karena jumlah responden dengan pola asuh otoriter yang hanya 2 dari 73 orang dan nol responden dengan pola asuh permisif menyebabkan data pada penelitian ini cenderung homogen sehingga terbatas untuk melihat perbedaan antar jenis pola asuh. Hal ini didukung penelitian terdahulu, seperti penelitian Kamilah (2015) di Jatinegara, Jakarta Timur, yang menunjukkan hasil adanya hubungan antara pola asuh dengan perkembangan anak ($p=0,003$) dengan proporsi pola asuh demokratis sebesar 24,2%, otoriter 34,7%, dan permisif 41,1%, serta penelitian Rohmawati dan

Rahmawati (2012) yang mendapatkan hasil adanya hubungan antara pola asuh dengan pertumbuhan ($p=0,026$) dengan proporsi pola asuh demokratis sebesar 45,3%, otoriter sebesar 26,4%, dan permisif sebesar 28,3%. Hal ini menunjukkan bahwa data yang bervariasi lebih baik dalam menilai hubungan antara dua variabel dibandingkan data yang cenderung homogen.

Hubungan Orang Tua Bekerja dengan Pertumbuhan dan Perkembangan.

Status pekerjaan seseorang berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Pada penelitian ini, sebagian besar dari salah satu orang tua anak bekerja. Menurut Heinrich (2014) orang tua yang bekerja penting untuk tetap membangun kebersamaan bersama anak dan orang tua yang bekerja bertujuan penting dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini berarti pekerjaan orang tua bukan menjadi penghambat dalam mencapai tumbuh kembang anak yang optimal.

Penelitian yang dilakukan Agrina, Sahar, dan Hariyati (2012) pada balita di Pekan Baru diperoleh hasil tidak terdapat hubungan antara pekerjaan ibu dengan perkembangan balita ($p=0,181$). Ibu yang tidak bekerja 75,0% perkembangan balitanya tidak sesuai dengan usia sedangkan ibu yang bekerja perkembangan balita tidak sesuai usia 92,9%. Sementara, penelitian yang dilakukan Sukoco, Pambudi, dan Herawati (2015) didapatkan hasil tidak terdapat hubungan antara pekerjaan orang tua dengan status gizi atau pertumbuhan anak. Kedua penelitian tersebut sejalan dengan penelitian ini.

Tidak ditemukannya hubungan antara kedua variabel dapat diasumsikan karena terdapat faktor lain yang berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak yang tidak diteliti pada penelitian ini. Faktor tersebut adalah faktor asuh, asah, dan asih. Ketiga hal tersebut mungkin saja diberikan dengan baik oleh orang tua meskipun berstatus sebagai pekerja dikarenakan ada dukungan kemajuan

teknologi sehingga orang tua dapat terus meningkatkan pengetahuan terkait pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua juga dapat menitipkan balitanya misalnya ketempat penitipan anak (*day care*) yang diimbangi dengan pemantauan anak dari waktu ke waktu. Selain itu, pendapatan orang tua sebagai pekerja dapat pula memengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi yang baik kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

Waktu bekerja dengan Pertumbuhan dan Perkembangan. Di era globalisasi ini, masyarakat dituntut untuk dapat beradaptasi di berbagai aspek kehidupan termasuk dalam hal perekonomian. Pemenuhan kebutuhan ekonomi agar terus dapat melangsungkan kehidupan dilakukan dengan cara bekerja. Setiap perusahaan maupun instansi lainnya memiliki aturan terkait dengan jumlah waktu (jam) yang harus dipenuhi setiap karyawan setiap harinya. Hal ini membuat orang tua yang sudah bekerja dan memiliki anak menjadi berkurang waktu untuk bertemu dengan anak. Padahal intensitas pertemuan dengan anak akan menentukan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Dalam penelitian Handayani (2003, dalam Agriani, Sahar, dan Haryati, 2012) dijelaskan bahwa ibu yang bekerja akan berakibat pada kurangnya waktu kebersamaan antara ibu dan anak. Artinya semakin kurang waktu untuk bersama menyebabkan kesempatan untuk melakukan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan pada anak juga berkurang. Berdasarkan penelitian Pelcovitz (2013) melalui penelitian kohort selama 10 tahun didapatkan data bahwa ibu yang bekerja penuh waktu sebelum anak menginjak usia tiga bulan akan bermasalah pada perilakunya seperti cemas dan depresi. Pada ibu yang bekerja paruh waktu sebelum anak berusia satu tahun akan memiliki masalah perilaku yang lebih ringan dibandingkan dengan ibu yang bekerja penuh waktu. Pada penelitian yang sama pada anak berusia empat setengah tahun atau 54 bulan didapatkan bahwa nilai kognitif anak dengan

ibu yang bekerja penuh waktu lebih rendah dibandingkan ibu yang tidak bekerja dan tidak ditemukan nilai kognitif yang rendah pada ibu yang bekerja paruh waktu (Pelcovitz, 2013).

Senada dengan penelitian Pelcovitz, Penelitian Han (2008) juga menyebutkan bahwa anak dengan ibu yang bekerja penuh waktu telah ditemukan memiliki nilai kognitif yang lebih rendah dan lebih banyak masalah perilaku. Masalah perilaku ini dibagi menjadi enam dimensi yaitu antisosial, kecemasan/ depresi hiperaktif, ketidak-dewasaan, ketergantungan, dan sifat keras kepala.

Pekerjaan dapat mengganggu ikatan antara orang tua dan anak-anak, terutama ketika orang tua bekerja berjam-jam atau *shift* malam (Heinrich, 2014). Orang tua yang bekerja menggunakan *shift* malam, memungkinkan memiliki waktu bersama anak pada siang hari. Namun, waktu tersebut akan menyebabkan kelelahan dan stres sehingga mengurangi kapasitas fisik dan psikologis orang tua dalam memberikan pengasuhan (Han, 2008; Heymann, 2000, dalam Li, et al., 2013). Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian ini karena data dalam penelitian ini menunjukkan proporsi penyimpangan tumbuh kembang anak dengan kriteria kemungkinan ada penyimpangan sebesar 7,1% pada orang tua yang keduanya bekerja selama 8 jam atau lebih menunjukkan lebih besar dibandingkan dengan kriteria meragukan sebesar 3,4% pada salah satu atau kedua orang tua bekerja kurang dari 8 Jam.

Kesimpulan

Anak merupakan aset bangsa yang harus diperhatikan tumbuh kembangnya, dan anak usia 0–72 bulan sedang mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sehingga perlu mendapat perhatian lebih dari orang tua dalam pemenuhan status gizi dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan. Hasil analisis data menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pola asuh dengan pertumbuhan, pola asuh dan perkembangan, status

orang tua bekerja dan pertumbuhan, status orang tua bekerja dan perkembangan, waktu orang tua bekerja dan pertumbuhan, waktu orang tua bekerja dan perkembangan. Tidak adanya hubungan tersebut bukan berarti tidak ada masalah, melainkan tetap harus dijaga dan dipertahankan tumbuh kembang anak sesuai usia.

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan maka terdapat beberapa saran. Perawat anak perlu menjelaskan kepada orang tua bahwa orang tua bekerja bukan merupakan penghambat untuk pertumbuhan dan perkembangan anak jika tetap memperhatikan kebutuhan fisik dan psikologi anak. Edukasi dan konseling tentang stimulasi tumbuh kembang anak dan peran orang tua sangat penting dengan menyesuaikan kondisi orang tua. Bagi penelitian berikutnya faktor lain yang memengaruhi penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan pada anak perlu dilakukan dengan lingkup populasi dan besar sampel yang dapat digeneralisasi. Penelitian lain yang perlu dipertimbangkan adalah tentang pengembangan model edukasi tentang pengasuhan anak pada orang tua yang bekerja baik dengan dalam konteks perkotaan maupun perdesaan (LL, DW, PN).

Ucapan Terima kasih

Kepala Puskesmas tempat penelitian dilakukan. Para ahli yang membantu menelaah isi dari alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini.

Referensi

- Agrina, Sahar J., & Haryati, T.S. (2012). Karakteristik orang tua dan lingkungan rumah memengaruhi perkembangan balita. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15 (2), 83–88.
- Badan Pusat Statistik RI. (2014). *Statistik daerah provinsi DKI Jakarta*. Jakarta: BPS RI. ISSN: 2087-6238.
- Bowman, R.A., Scotti, J.R., & Morris, T.L. (2010). Sexual abuse prevention: A training program for developmental disabilities service providers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19 (2), 119–127.
- Dinkes Riau. (2014). *Tahapan tumbuh kembang bayi dan balita*. Diperoleh dari: <http://www.dinkesprovkepri.org/beranda/2-berita/151-tahapan-tumbuh-kembang-bayi-dan-balita>.
- Farrell, G. (2015). *The relationship between parenting style and the level of emotional intelligence in preschool-aged children*. Disertasi. Philadelphia: Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Fox, L., Han, W.J., Ruhm, C., & Waldfogel, J. (2013). Time for children: Trends in the employment patterns of parents, 1967–2009. *Demography*, 50 (1), 25–49.
- Han, W.J. (2008). Shift work and child behavioral outcomes. *Work Employ Soc*, 22 (1), 67–87. Doi: 10.1177/0950017007087417.
- Hastings, P.D., Mc Shane, K.E., & Parker, R. (2007). Ready to make nice: Parental socialization of young sons' and daughters' prosocial behaviors with peers. *Journal of Genetic Psychology*, 168, 177–200. Doi 10.3200/GNTP.168.2.177-200.
- Heinrich, C.J. (2014). Parent's employment and children's wellbeing. *Spring*, 24 (1), 121–146. Doi 10.1542/peds.2011-2663.
- Hockenberry, M & Wilson, D. (2012). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (9th Ed.). St Louis: Elsevier Inc.
- Joseph, M.V., & John, J. (2008). Impact of parenting styles on child development. *Global Academic Society Journal: Social Science Insight*, 1 (5), 16–25.

- Kadi, F.A., Garna, H., & Fadlyana, E. (2008). Kesetaraan hasil skrining risiko penyimpangan menurut cara kuesioner praskrining perkembangan (KPSP) dan denver II pada anak usia 12–14 bulan dengan berat lahir rendah. *Sari Pediatri*, 10 (1), 29–33.
- Kamilah, S. (2015). Hubungan pola asuh dengan perkembangan anak usia 1–3 tahun di Puskesmas Jatinegara Jakarta Timur. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 5 (1), 33–39.
- Kemendes RI. (2010a). *Pedoman kader seri kesehatan anak*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak.
- Kemendes RI. (2010b). *Data & informasi*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2010.
- Kemendppa RI. (2013). *Profil Perempuan Indonesia 2013*. Diperoleh dari <http://www.kemendppa.go.id/lib/uploads/slider/c5be9-profile-perempuan-indonesia.pdf>
- Li, J., Johnson, S.E., Han, W.J., Andrews, S., Kendall, G., Strazdins, L., & Dockery, A. (2013). Parent's non standard work schedules and child wellbeing. *Journal of primary prevention*, 1–49. <http://dx.doi.org/10.1007/s10935-013-0318-z>.
- Martin, A., Ryan, R.M., & Brooks-Gunn, J. (2007). The joint influence of mother and father parenting on child cognitive outcomes at age 5. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 423–439. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2007.07.001>
- Nanthamongkolchai, S., Ngaosusit, C., & Munsawaengsub, C. (2007). Influence of parenting styles on development of children aged three to six years old. *J Med Assoc Thai*, 90 (5), 971–976.
- Pelcovitz, D. (2013). The impact of working mothers on child development. *Klal Perspectives Journal*. Diperoleh dari <https://www.ou.org/life/parenting/impact-working-mothers-child-development-empirical-research-david-pelcovitz/>.
- Rohmawati, W., & Rahmawati, N.A. (2012). Pengaruh tipe pola asuh ibu terhadap pertumbuhan balita di posyandu Srijaya Desa Pucang Miliran Kecamatan Tulung Kabupaten Klaten. *Jurnal Involusi Kebidanan*, 2 (3), 1–13.
- Rosli, N.A. (2009). *Effect of parenting styles on children's emotional and behavioral problem among different ethnicities of muslim children in the U.S*. PhD Dissertation Marquette University. Diperoleh dari http://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/376/
- Sitoresmi, S., Kusnanto., & Krisnana, I. (2014). Perkembangan motorik anak toddler pada ibu bekerja dan ibu tidak bekerja. *Jurnal Pediomaternal*, 3 (1), 66–72.
- Sukoco, N.E., Pambudi, J., Herawati, M.H. (2015). Hubungan status gizi anak balita dengan orang tua bekerja. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18, 387–397.
- Timpano, K.R., Keough, M.E., Mahaffrey, B., Schmidt, N.B., & Abramowitz, J. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implication of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24 (3), 151–164. Doi: 10.1891/0889-8391.24.3.15.
- Tjaja, R.P. (2000). *Wanita bekerja dan implikasi sosial*. Diperoleh dari http://www.bappenas.go.id/files/6513/5228/3053/ratna_20091015151137_2386_0.pdf
- UNICEF. (2013). *The formative years: UNICEF's work on measuring early childhood development*. Diperoleh dari <https://data.unicef.org/resources/the-formative-years-unicef-s-work-on-measuring-ecd/>
- Walker, J.M. (2008). Looking at teacher practices through the lens of parenting style. *Journal of Experimental Education*, 76, 218–240. Doi: 10.3200/JEXE.76.2.218-240
- Wiwit, W., Jash, & Rachmadiana, M. (2003). *Mengkomunikasikan moral kepada anak*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

SUPERVISI KEPALA RUANG MODEL PROCTOR UNTUK MENINGKATKAN PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN

Sri Hananto Ponco Nugroho^{1*}, Untung Sujianto²

1. Program S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Lamongan, Lamongan 62200, Indonesia
2. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang 50275, Indonesia

*Email: hanantoponco@yahoo.com

Abstrak

Insiden terkait keselamatan pasien semakin meningkat, sehingga diperlukan penanganan akurat. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh supervisi kepala ruang model Proctor terhadap pelaksanaan keselamatan pasien. Rancangan penelitian *quasi eksperimen* dengan pendekatan *pre and post test control group*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportional sampling*, dengan sampel 88 perawat pelaksana. Sebelum dan sesudah penerapan supervisi kepala ruang model Proctor, perawat pelaksana diobservasi pelaksanaan keselamatan pasien. Analisa data menggunakan *Mann-Whitney* menunjukkan ada pengaruh supervisi kepala ruang model Proctor terhadap pelaksanaan keselamatan pasien ($p= 0,000$). Fungsi normatif, formatif dan restoratif dalam supervisi model Proctor, berfokus pada monitoring evaluasi kualitas pelayanan. Supervisi kepala ruang model Proctor dapat diaplikasikan sebagai salah satu solusi untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien.

Kata kunci: keselamatan pasien, supervisi proctor

Abstract

Headroom Supervision Proctor Model to Improve the Implementation of Patient Safety. Incident related to patient safety has increased and it is needed an accurate handling. This study aimed to determine the influence of headroom supervision proctor model to the implementation of patient safety. The design was quasi experimental using pre and post test control group. Proportional sampling was used as the sampling technique and the sample obtained was 88 nurses. Before and after the application of headroom supervision proctor model, all nurses were observed about the implementation of patient safety. The data was analyzed using the Mann-Whitney test and showed that there is influence of headroom supervision proctor model to the implementation of patient safety ($p= 0.000$). Normative, formative and restorative function in supervision proctor model focused on monitoring service quality. Headroom supervision proctor model can be applied as a solution to improve the implementation of patient safety.

Keywords: patient safety, proctor supervision

Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan prioritas yang utama dalam pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan sekaligus aspek paling penting dari manajemen yang berkualitas. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah melaksanakan secara spesifik terkait keselamatan pasien. Implementasi tiap-

tiap sasaran harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan rumah sakit sehingga memberikan solusi nyata dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien (KARS, 2012).

Data dari beberapa penelitian menyatakan bahwa insiden keselamatan pasien semakin meningkat. Data insiden keselamatan pasien di Minnesota Hospital Woshinton DC meningkat dari 305 laporan pada tahun 2010 menjadi 316 laporan pada 2011. Berdasar jumlah tersebut

diantaranya kejadian pasien jatuh sebanyak 71 laporan, kesalahan pada prosedur invasif atau pembedahan 24 laporan (Stieger, 2012). Data lain, insiden keselamatan pasien di Canterbury New Zealand selama tahun 2009/2010 terdapat 378 laporan dengan rincian yaitu kesalahan pasien 5 laporan, kesalahan peralatan 9 laporan, kesalahan terkait manajemen 126 laporan, kesalahan pengobatan 17 laporan, pasien jatuh 130 laporan, pasien kabur 3 laporan, serangan fisik 1 laporan, kejadian infeksi 8 laporan, lain-lain 15 laporan (Todd, 2010).

Data keselamatan pasien di Indonesia sesuai Laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) tahun 2012 melaporkan bahwa provinsi Jawa Timur menempati urutan kejadian ketiga terbanyak setelah Banten dan DKI Jakarta dengan 88 laporan. Data berdasar tipe insiden: medikasi sebanyak 151 laporan, prosedur klinik sebanyak 105 laporan, jatuh sebanyak 81 laporan, laboratorium sebanyak 43 laporan, dokumentasi sebanyak 40 laporan. Berdasarkan terjadinya insiden pada pasien: rawat inap 437 laporan, rawat jalan 64 pasien, dan IGD 41 laporan (KKPRS, 2012). Hasil penelitian Purwanto (2012) juga menyatakan penerapan keselamatan pasien oleh perawat masih belum optimal. Penelitian Dewi (2011) di IRNA I RSUP Dr Sarjito Yogyakarta menemukan masih banyak perawat di rawat inap kurang baik dalam menerapkan keselamatan pasien yaitu sebesar 48%.

Sebuah Rumah Sakit tipe B non pendidikan di Kabupaten Lamongan mempunyai salah satu misi yaitu peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui peningkatan pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan sumber daya manusia. Hasil wawancara dengan Bidang Pelayanan Keperawatan menyatakan rumah sakit sudah menerapkan kebijakan keselamatan pasien namun dalam pelaksanaannya masih belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari masih kurangnya pelaksanaan keselamatan pasien yaitu cuci tangan oleh perawat, kejadian infeksi nosokomial, permasalahan pasien jatuh, permasalahan dokumentasi, permasalahan pem-

berian obat, dan permasalahan komunikasi oleh perawat.

Bukti penelitian menunjukkan bahwa upaya untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien salah satunya melalui supervisi. Salah satu hasil penelitian menyatakan bahwa upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan melalui supervisi klinis akan meningkatkan keselamatan pasien (Kennedy, Lingard, Baker, Kitchen, & Regehr, 2007). Hasil penelitian lainnya menyatakan bahwa terdapat hubungan antara supervisi dengan pelaksanaan keselamatan pasien (Nur, 2013; Rumampuk, 2013).

Hasil penelitian Brunero dan Purbury (2006) tentang efektifitas supervisi keperawatan melalui *evidenced based literatur review* menyatakan supervisi yang paling efektif adalah supervisi Proctor. Penelitian di Centro Hospital menemukan bahwa model supervisi akan menentukan keberhasilan supervisi, salah satunya yang efektif adalah model Proctor (Cruz, Carvalho, & Sousa 2012). Berdasarkan uraian di atas, apakah supervisi kepala ruang model Proctor akan meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Lamongan.

Metode

Jenis penelitian ini yaitu kuantitatif menggunakan rancangan penelitian quasi eksperimen dengan pendekatan *pre and post test control group*. Sebelum kelompok intervensi diberikan perlakuan maka dilakukan pengukuran awal (*pre test*) pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk menentukan kemampuan awal. Selanjutnya pada kelompok intervensi diberikan perlakuan sesuai dengan yang direncanakan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak dilakukan perlakuan. Perlakuan yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah penerapan supervisi kepala ruang model Proctor. Selanjutnya dilakukan pengukuran akhir (*post test*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu modul supervisi model Proctor dan lembar observasi pelaksanaan keselamatan pasien, telah dinyatakan lolos uji etik penelitian oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Instrumen penelitian juga sudah dilakukan uji *expert*. Lembar observasi pelaksanaan keselamatan pasien, sesuai Peraturan Menteri Kesehatan tentang keselamatan pasien rumah sakit, yaitu ketepatan identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian penandaan lokasi, pencegahan resiko infeksi, dan pencegahan resiko pasien jatuh (Menteri Kesehatan, 2011).

Penerapan supervisi model Proctor diawali dengan memberikan pelatihan kepada kepala ruang sehingga kepala ruang dapat melakukan supervisi model Proctor sesuai standar sesuai modul yang sudah disiapkan. Tujuannya adalah kepala ruang dapat melaksanakan supervisi model Proctor secara mandiri kepada perawat pelaksana pada ruangan yang dipimpinnya. Proses pelatihan yang dilakukan adalah pemberian materi di kelas dan demonstrasi selama tiga hari, pendampingan dan internalisasi selama tiga minggu. Keunggulan supervisi model Proctor diantaranya adalah proses evaluasi yang ideal dari rencana kegiatan yang sudah dilakukan, konsistensi, sarana brainstorming atau diskusi yang baik, dan peningkatan kualitas pelayanan.

Penelitian dilaksanakan di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Lamongan sebagai kelompok intervensi, dan di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Gresik sebagai kelompok kontrol. Jumlah sampel 88 perawat pelaksana (44 intervensi dan 44 kontrol). Kriteria inklusi dalam penelitian ini untuk perawat pelaksana adalah bersedia menjadi responden, pendidikan minimal D3 Keperawatan, bekerja minimal 1 tahun, telah mengikuti pelatihan/*inhouse* keselamatan pasien.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini untuk perawat pelaksana yaitu perawat yang sedang cuti atau sakit. Pelaksanaan Pengambilan sampel dengan teknik *proportional sampling*. Analisis data menggunakan *Wilcoxon*, *Dependent t-test*, *Independent t-test*, dan *Mann-Whitney*.

Hasil

Data karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan data mengenai umur, masa kerja, pendidikan, jenis kelamin, dan pelaksanaan keselamatan pasien sebelum intervensi yang disajikan pada Tabel 1. Tabel 2 menunjukkan bahwa data pelaksanaan keselamatan pasien antara sebelum dan sesudah penerapan supervisi model Proctor pada kelompok intervensi (*Wilcoxon*) dan kelompok kontrol (*dependent t-test*). Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pelaksanaan keselamatan pasien sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi ($p=0,000$, $p<0,05$). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna pelaksanaan keselamatan pasien sebelum dan sesudah perlakuan ($p=0,318$, $p>0,05$).

Data perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah penerapan supervisi model Proctor disajikan dalam Tabel 3. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan intervensi supervisi model Proctor ($p=0,000$, $p<0,05$).

Perbedaan pelaksanaan keselamatan pasien sesudah penerapan supervisi model Proctor disajikan pada Tabel 4. Hasil analisis menyimpulkan bahwa ada pengaruh supervisi kepala ruang model Proctor terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Lamongan ($p=0,000$, $p<0,05$).

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian Pengaruh Supervisi Kepala Ruang Model Proctor terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Variabel	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Uji Homogenitas
Umur			
Mean	30,1	30,6	
SD	4,3	3,2	0,642
Min-max	23-38	25-38	
Masa kerja			
Mean	5,1	6,0	
SD	1,7	2,3	0,157
Min-max	2-10	2-12	
Pendidikan, (%)			
DIII Keperawatan	32 (72,7)	30 (68,2)	0,350
S1 Keperawatan	12 (27,3)	14 (31,8)	
Jenis kelamin, (%)			
Laki-laki	16 (36,4)	22 (50)	0,375
Perempuan	28 (63,6)	22 (50)	
Pelaksanaan keselamatan pasien sebelum intervensi			
Mean	15,9	14,9	0,313
SD	1,8	1,7	
Min-max	13-20	10-18	

Tabel 2. Pelaksanaan Keselamatan Pasien Sebelum dan Sesudah Penerapan Supervisi Model Proctor

Variabel	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol		
	Mean	Min-Mak	p	Mean	Min-Mak	p
Sebelum	15,9	13-20		14,9	10-18	
Sesudah	21,3	18-25	0,000	15,2	11-19	0,318

Tabel 3. Perbedaan Pelaksanaan Keselamatan Pasien Sesudah Penerapan Supervisi Model Proctor

Variabel	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	p
	Mean	Mean	
Keselamatan Pasien (Sesudah)	21,3	15,2	0,000

Tabel 4. Pengaruh Supervisi Kepala Ruang Model Proctor Terhadap Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Variabel	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	p
	Beda Mean	Beda Mean	
Pengaruh Supervisi-Keselamatan Pasien	5,4	0,3	0,000

Pembahasan

Data karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesuai Tabel 1 dapat disimpulkan bahwa umur, masa kerja, pendidikan, jenis kelamin, dan pelaksanaan keselamatan pasien sebelum intervensi adalah homogen, artinya responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai karakteristik dasar yang setara.

Berdasarkan Tabel 2, pelaksanaan keselamatan pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan memiliki nilai rerata (*mean*) <25 yang artinya kurang baik. Dinyatakan kurang baik karena nilai pelaksanaan keselamatan pasien harus mempunyai nilai maksimal yaitu 25 (100%). Hasil penelitian ini, sama dengan hasil penelitian Purwanto (2012) di RS Haji dan RS Islam Jakarta, menunjukkan bahwa dari nilai maksimal 124 (100%), nilai rerata perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien kurang dari 124, yang artinya bahwa perawat kurang baik dalam melaksanakan keselamatan pasien. Dalam penelitian ini, walaupun pelaksanaan keselamatan pasien masih kurang baik tetapi pada kelompok intervensi terjadi peningkatan rerata 5,4.

Pelaksanaan keselamatan pasien yang belum 100% optimal sebelum perlakuan disebabkan oleh faktor individu dan faktor psikologis. Faktor individu meliputi umur, masa kerja dan tingkat pendidikan, serta faktor psikologis yaitu motivasi.

Umur responden dalam penelitian ini masih berusia muda yaitu rerata berusia 30,1 tahun pada kelompok intervensi, dan pada kelompok kontrol 30,6 tahun, sehingga dapat memengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yang kurang baik. Pernyataan ini dikuatkan oleh hasil penelitian Anugrahini, Sahar, dan Mustikasari (2010) yang menyatakan bahwa perawat dengan rerata usia 34,4 tahun, akan kurang patuh terhadap menerapkan pedoman keselamatan pasien, sedangkan perawat yang

rerata usia 40,3 tahun, akan patuh terhadap menerapkan pedoman keselamatan pasien.

Penyebab lain kurang baiknya pelaksanaan keselamatan pasien disebabkan oleh masa kerja perawat yang masih kurang. Responden penelitian ini mempunyai rerata masa kerja 5,1 tahun pada kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol rerata 6 tahun. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian Anugrahini yang menyatakan bahwa perawat yang patuh dalam menerapkan keselamatan pasien jika rerata masa kerja 17,3 tahun (Anugrahini, *et al.*, 2010).

Hasil pelaksanaan keselamatan pasien yang belum 100% optimal juga disebabkan oleh tingkat pendidikan perawat yang mayoritas D3, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Pernyataan ini dikuatkan oleh hasil penelitian Dewi yang menyatakan bahwa perawat dengan pendidikan S1 akan menerapkan keselamatan pasien secara baik sebanyak 77,8%, dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan D3 sebanyak 48,5% (Dewi, 2011).

Faktor lainnya yang menyebabkan pelaksanaan keselamatan pasien yang kurang baik adalah motivasi perawat itu sendiri. Faktor motivasi sangat penting karena dapat memengaruhi perilaku yang baik. Pendapat tersebut diperkuat oleh penelitian Nur (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara motivasi dengan kinerja perawat dalam menerapkan keselamatan pasien.

Hasil penelitian ini juga memperlihatkan bahwa belum semua responden kelompok intervensi mencapai nilai maksimal 25. Hal ini menunjukkan bahwa merubah perilaku pelaksanaan keselamatan pasien membutuhkan waktu yang lama dan melibatkan semua elemen dalam organisasi tidak hanya perawat. Dukungan organisasi dalam hal ini yaitu pimpinan rumah sakit juga sangat penting dalam upaya menciptakan budaya keselamatan pasien secara optimal di rumah sakit.

Penelitian ini kepala ruang melakukan supervisi kepada perawat pelaksana selama tiga minggu. Waktu 3 minggu memang masih terlalu dini untuk dapat menerima perubahan perilaku menjadi optimal seseorang dari yang tidak tahu menjadi tahu, yang akhirnya berdampak pada perubahan perilaku dalam memberikan pelayanan keselamatan pasien. Kepala ruang juga kemungkinan belum mengeluarkan kemampuan supervisi dengan kemampuan maksimal.

Hasil analisis menyatakan terdapat perbedaan hasil pelaksanaan keselamatan pasien antara sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil yang berbeda ini terjadi karena pada kelompok intervensi telah dilakukan perlakuan supervisi kepala ruang model Proctor, sehingga kepala ruang dapat mengaplikasikan supervisi kepada perawat pelaksana secara kontinyu, terjadwal, jelas sasarannya, ada umpan balik, terdokumentasi sehingga supervisi yang dilakukan dapat memberikan informasi obyektif terkait pelaksanaan kegiatan sesuai standar untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien.

Hal ini membuktikan bahwa supervisi model Proctor efektif untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien. Hasil penelitian ini diperkuat oleh hasil penelitian Brunero dan Purbury (2006) yang menyatakan supervisi yang paling efektif adalah supervisi Proctor. Pernyataan ini diperkuat oleh Kennedy, et al., (2007) yang menyatakan bahwa supervisi yang efektif akan meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien.

Supervisi Proctor merupakan model supervisi yang paling direkomendasikan dalam pelatihan supervisi. Supervisi model Proctor dapat meningkatkan pelayanan klinis yang mempunyai *evidence base*, dapat memberikan dukungan yang adekuat pada pelayanan klinis dan mengembangkan profesionalisme supervisor keperawatan (Lynch, et al., 2008).

Supervisi model Proctor memiliki beberapa fungsi dalam melakukan pengarahan pada perawat yang disupervisi yaitu fungsi normatif, formatif dan restoratif yang efektif diterapkan dalam pelayanan keperawatan. Menurut peneliti, aplikasi fungsi normatif bermanfaat untuk mengembangkan perawatan pasien berkaitan dengan praktik keperawatan yang profesional, fungsi formatif meningkatkan kesadaran diri melalui peran edukatif sehingga dapat melaksanakan kegiatan pelayanan dengan memperhatikan keselamatan pasien, dan melalui aplikasi fungsi restoratif yang dilakukan kepala ruang melalui pemberian dukungan dan komunikasi efektif sehingga perawat dapat termotivasi untuk melaksanakan kegiatan kepada pasien yang sesuai standar.

Aplikasi fungsi normatif dalam supervisi model Proctor dapat dicapai oleh supervisor yang memiliki persepsi positif untuk staf yang disupervisi, dihubungkan dengan kemampuan supervisor untuk mempertahankan kinerja staf yang baik dengan cara menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, menyusun dan mensosialisasikan suatu perencanaan, mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan yang diperlukan untuk memberikan dukungan lebih lanjut, mempertahankan standar yang ada, dan memberikan kepercayaan pada staf sehingga hal tersebut dapat meningkatkan profesionalisme dan menciptakan kualitas pelayanan yang bermutu.

Aplikasi fungsi formatif berfokus pada perkembangan pengetahuan dan keterampilan staf sehingga memungkinkan staf bekerja sesuai dengan standar yang berlaku sebagai aspek tanggung jawab dalam melakukan praktek. Kondisi ini dapat dicapai melalui refleksi pada praktek yang sudah dilakukan. Hal ini merupakan tanggung jawab bersama dari supervisor dan staf yang disupervisi.

Fungsi restoratif berfokus pada pemberian dukungan. Supervisor harus memastikan ke-

siapan staf dapat menerima dukungan atau motivasi yang diberikan. Diperlukan hubungan yang baik antar staf dan supervisor juga dukung iklim kerja yang baik sehingga timbul saling menerima, dihargai, memberikan rasa aman, terbuka, jujur, mencegah stres atau tekanan, mencegah konflik sehingga tujuan supervisi akan tercapai.

Hasil penelitian ini diperkuat penelitian oleh Widiyanto (2012) yang menyatakan bahwa supervisi model Proctor meningkatkan kualitas tindakan perawatan luka, serta penelitian Zakiyah (2012) yang menyatakan bahwa ada pengaruh fungsi normatif, formatif dan restoratif terhadap pemberian cairan intravena.

Hasil analisis juga menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi supervisi model Proctor terlihat tidak ada perbedaan bermakna antara sebelum dan sesudah perlakuan. Artinya hasil penelitian ini menunjukkan bahwa supervisi model Proctor yang terbukti efektif meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien perawat.

Hasil analisis menunjukkan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana sesudah dilakukan perlakuan terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Perbedaan hasil analisis antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol menunjukkan bahwa ternyata kelompok intervensi dan kelompok kontrol memberikan respon yang berbeda berdasarkan ada atau tidaknya stimulus berupa perlakuan supervisi kepala ruang model Proctor. Hal ini menunjukkan bahwa melalui pelaksanaan supervisi model Proctor terbukti efektif untuk meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien perawat.

Supervisi model Proctor yang dilaksanakan secara efektif melalui kegiatan bimbingan, umpan balik dilakukan pada masalah yang dihadapi untuk pengembangan personal, peningkatan pengetahuan, pemberian dukungan akan meningkatkan profesionalisme, mening-

katkan kesadaran diri perawat sehingga dapat memengaruhi keselamatan pasien (Jelinek, *et al.*, 2010). Hasil penelitian ini diperkuat oleh hasil penelitian Rumampuk yang menyatakan bahwa semakin baik supervisi yang dilakukan kepala ruang akan meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana (Rumampuk, 2013). Hasil yang hampir sama pada penelitian Nur (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan signifikan antara supervisi yang efektif dengan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan keselamatan pasien.

Kepala ruang perlu mendapatkan pendidikan atau pelatihan yang bersifat khusus untuk dapat melakukan kegiatan supervisi dengan efektif karena supervisor membutuhkan pengetahuan yang baik, diantaranya yaitu komunikasi, motivasi, bimbingan, pengarahan, kepemimpinan, dan pengalaman sehingga dapat melaksanakan supervisi dengan baik dan sesuai tujuan. Hal ini dibuktikan oleh hasil penelitian Widiyanto, (2012) tentang kepala ruang yang mendapatkan pelatihan supervisi terbukti meningkatkan kemampuan kegiatan supervisi. Kemampuan supervisi bagi kepala ruang perlu dikembangkan melalui pelatihan supervisi yang akan meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor sehingga akan diperoleh peningkatan produktifitas atau hasil yang sesuai tujuan. Pelatihan supervisi memberikan perubahan yang baik, hal ini ditunjukkan dengan adanya perubahan pengetahuan kepala ruang setelah pelatihan dengan nilai *post test* dengan nilai sempurna (100) dan evaluasi hasil praktek supervisi semuanya lulus. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan supervisi menjadi bagian penting untuk meningkatkan kualitas kepala ruang menjadi supervisor yang baik.

Penelitian Dewi (2012) menyatakan bahwa dalam fungsi manajemen faktor paling berpengaruh terhadap penerapan keselamatan pasien adalah fungsi pengarahan, utamanya adalah supervisi kepala ruang. Penelitian lainnya juga menyatakan bahwa variabel yang

paling berpengaruh dalam kinerja perawat adalah supervisi (Rudianti, Handayanti, & Sabri, 2013). Dengan demikian kemampuan manajer keperawatan dalam hal ini kepala ruang, dituntut mampu menjalankan fungsi pengarahan bagi seorang manajer melalui kegiatan supervisi untuk menjamin kualitas pelayanan keperawatan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terjadi peningkatan nilai rerata 5,4 (21,6%), sedangkan pada kelompok kontrol peningkatan nilai rerata hanya 0,3 (1,2%). Ini membuktikan ada pengaruh supervisi kepala ruang model Proctor terhadap pelaksanaan keselamatan pasien perawat di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Lamongan.

Hal ini dikuatkan dengan studi literature oleh Brunero dan Purbury dan penelitian Cruz di Centro Hospital yang menyatakan bahwa supervisi yang efektif adalah supervisi model Proctor (Brunero & Purbury, 2006; Cruz 2012). Fungsi normatif pada Proctor mengacu pada *monitoring* dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang bermutu, sedangkan fungsi formatif berfokus pada pengembangan pengetahuan dan keterampilan staf sehingga meningkatkan kesadaran diri untuk belajar dan bekerja sesuai standar yang berlaku, serta fungsi restoratif berarti saling memberi dukungan sehingga supervisi yang dilakukan dapat berjalan dengan optimal. Untuk itu, supervisor harus memastikan kesiapan staf dapat menerima dukungan atau motivasi yang diberikan. Penelitian White, et al., (1998) dalam Lynch, et al., (2008) menjelaskan kelebihan model Proctor dibanding yang lain diantaranya adalah proses evaluasi yang ideal dari rencana kegiatan yang sudah dilakukan, konsistensi, sarana *brainstorming* atau diskusi yang baik, peningkatan kualitas pelayanan, dan meningkatkan pelaksanaan kegiatan diruangan.

Penelitian Carney menyatakan supervisi model Proctor dapat di terima oleh sebagian besar

perawat sehingga layak untuk di terapkan dalam pelayanan keperawatan (Carney, 2005). Secara umum kelebihan dari implementasi supervisi model Proctor sehingga efektif dalam pelaksanaan keselamatan pasien diantaranya adalah proses evaluasi yang ideal sesuai rencana kegiatan yang sudah dilakukan, konsistensi, sarana *brainstorming* atau diskusi yang baik, peningkatan kualitas pelayanan yang efektif, mempermudah melaksanakan tindakan dengan efektif.

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu intervensi yang dilaksanakan relatif singkat sehingga belum dapat menjamin kepala ruang dapat menerapkan supervisi dengan kemampuan yang maksimal yang terus menerus selama intervensi.

Kesimpulan

Kesimpulan penelitian adalah ada pengaruh supervisi kepala ruang model Proctor terhadap pelaksanaan keselamatan pasien di instalasi rawat inap sebuah Rumah Sakit di Kabupaten Lamongan. Rumah sakit perlu meningkatkan pelaksanaan keselamatan pasien salah satunya melalui dukungan kebijakan untuk pelaksanaan supervisi kepala ruang model Proctor terhadap keselamatan pasien dengan melaksanakan pada seluruh ruangan pelayanan keperawatan (MS, INR, PN).

Referensi

- Anugrahini, C., Sahar, J., & Mustikasari. (2010). Kepatuhan perawat menerapkan pedoman *patient safety* berdasarkan faktor individu dan organisasi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13 (3), 139–144.
- Brunero, S., & Purbury, J.S. (2006). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 86–94.
- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical supervision in nursing: The (un)

- known phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 864–873. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.009
- Carney, A.S. (2005). Clinical supervision in a challenging behaviour unit. *Nursing Times*, 101 (47), 32-34. Diperoleh dari <http://www.nursingtimes.net>
- Dewi, S.C. (2011). *Hubungan fungsi manajemen kepala ruang dan karakteristik perawat dengan penerapan keselamatan pasien dan perawat di irna I RSUP dr Sardjito Yogyakarta* (Tesis Magister, Universitas Indonesia). Diperoleh dari <http://lontar.ui.ac.id>.
- Jelinek, G.A., Weiland, T.J., & Mackinlay, C. (2010). Supervision and feedback for junior medical staff in Australian emergency departments: findings from the emergency medicine capacity assessment study. *BMC Medical Education*, 10 (1), 74. doi: 10.1186/1472-6920-10-74
- Kennedy, T.J., Lingard, L., Baker, G. R., Kitchen, L., & Regehr, G. (2007). Clinical Oversight : Conceptualizing the Relationship Between Supervision and Safety. *Society of General Internal Medicine*, 22 (3), 1080–1086. doi: 10.1007/s11606-007-0179-3
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2012). *Panduan Penilaian Survei*. Diperoleh dari <http://www.kars.or.id>
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). (2012). *Laporan insiden keselamatan pasien*. Jakarta: KKPRS.
- Lynch, L., Hancox, K., Happel, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurse: Model for clinical supervision*. United Kingdom: Willey-Blackwell.
- Menteri Kesehatan RI. (2011). *Peraturan menteri kesehatan nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit*. Diperoleh dari <http://hukor.kemkes.go.id>
- Nur, Q.M. (2013). *Hubungan motivasi dan supervisi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan patient safety di rawat inap RS Universitas Hasanuddin* (Tesis Magister, Universitas Hasanudin). Diperoleh dari <http://repository.unhas.ac.id>
- Purwanto. (2012). *Pengaruh penggunaan pedoman perencanaan kepala ruang terhadap pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di RS Haji Jakarta* (Tesis Magister, Universitas Indonesia). Diperoleh dari <http://lontar.ui.ac.id>
- Rudianti, Y., Handayani, H., & Sabri, L. (2013). Peningkatan kinerja perawat pelaksana melalui komunikasi organisasi di ruang rawat inap rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16 (1), 25–32.
- Rumampuk, M.V. (2013). *Peran kepala ruangan melakukan supervisi perawat dengan penerapan patient safety di ruang rawat inap* (Tesis Magister, Universitas Hasanudin). Diperoleh dari <http://pasca.unhas.ac.id>
- Stieger, J. (2012). *Number of adverse health events in Minnesota Hospitals increases slightly in 2011*. Diperoleh dari <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/>
- Todd, R. (2010). *23 die in 'adverse events' Canterbury Hospitals*. Diperoleh dari <http://www.proquest.com>
- Widiyanto, P. (2012). *Pengaruh pelatihan supervisi terhadap penerapan supervisi klinik kepala ruang dan peningkatan kualitas tindakan perawatan luka di RSU PKU Muhammadiyah Temanggung* (Tesis Magister, Universitas Indonesia). Diperoleh dari <http://lontar.ui.ac.id>
- Zakiah, A. (2012). *Pengaruh supervisi pimpinan ruangan terhadap pelaksanaan pemberian cairan intra vena di rsud sidoarjo* (Tesis, Magister, Universitas Indonesia). Diperoleh dari <http://lontar.ui.ac.id>