



## JURNAL KESEHATAN NASIONAL

**Kepatuhan Perawat Terhadap Standar Pemasangan Infus Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan Laut Dr Mintohardjo Jakarta**  
*Resmiati, Syarifah, Zompi*

**Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta Timur**  
*Sulastri, Harjati*

**Kepatuhan Pasien Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor**  
*Rochmayanti, Rosalina*

**Kajian Penjadwalan Shift Perawat Dengan Menggunakan Goal Programming**  
*Imelda Avia*

**Analisis Kepuasan Kerja Perawat Dengan *Turn Over Intention* Di Rumah Sehat Terpadu Kabupaten Bogor**  
*Ziska Herawati, Renny Deswita*

**Kajian Beban Kerja Perawat Dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi**  
*Tety Mulyati Arofi, Neneng Rohwiati*

JURNAL KESEHATAN NASIONAL	VOL. 1	NO. 1	HAL. 1-69	JAKARTA, DESEMBER 2017	ISSN 2599-350X
------------------------------	--------	-------	-----------	---------------------------	----------------

**JURNAL KESEHATAN NASIONAL**

Diterbitkan oleh Akper Yaspen Jakarta

**Pelindung**

Yayasan Pendidikan Nasional Jakarta

**Ketua Dewan Redaksi**

Sulastri, S. Kp., M. Kep.

**Pimpinan Redaksi**

Harjati, SST., M. Kes.

**Sekretaris**

Dra. Yuntinawati

**Bendahara**

Debby Ratih, S. E.

**Anggota Redaksi**

Resmiati, S. Kp., M. Kes.

Zompi, S. Kep., MM.

Tety Mulyati Arofi, S. Kep., Ns., M. Kep.

**Promosi dan Distribusi**

Febriana, S. Kep., Ns., M. Kep.

Imelda Avia, S. Kep., Ns.

**Jadual Penerbitan**

Terbit dua kali dalam setahun

**Penyerahan Naskah**

Naskah merupakan hasil penelitian, pengabdian masyarakat dan kajian pustaka ilmu kesehatan yang belum pernah dipublikasikan/diterbitkan dalam lima tahun terakhir. Naskah sudah ditulis dalam bentuk format microsoft office word sesuai dengan template. Naskah dapat dikirim melalui email atau diserahkan langsung ke redaksi dalam bentuk rekaman Compact Disk (CD) dan print-out 2 eksemplar.

**Penerbitan Naskah**

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

**Alamat Redaksi**

Akper Yaspen Jakarta

Jl. Batas II No. 54 Kel. Baru Kec. Pasar Rebo Jakarta Timur

DAFTAR ISI

Jurnal Kesehatan Indonesia.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Kepatuhan Perawat Terhadap Standar Pemasangan Infus di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Angkatan laut Mintoardjo Jakarta..... <i>Resmiati, Syarifah, Zompi</i>	1
Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta..... <i>Sulastri, Harjati</i>	8
Kepatuhan Pasien dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit PMI Bogor..... <i>Rochmayanti, Rosalina</i>	20
Kajian Penjadwalan Shift Perawat Dengan Mengguankan <i>Goal Programming</i> ..... <i>Imelda Avia</i>	28
Analisis Kepuasan Kerja Perawat Dengan <i>Turn Over Intention</i> di Rumah Sakit Terpadu Kabupaten Bogor..... <i>Ziska Herawati, Renny Deswita</i>	36
Kajian Beban Kerja Perawat Dengan Perilaku Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi..... <i>Tety Mulyati Arofi, Neneng Rohwiati</i>	44
Tata Cara penulisan Artikel Jurnal	53

# KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN INFUS DI RUMAH SAKIT AL DR MINTOHARDJO JAKARTA

<sup>1</sup>Resmiati, <sup>2</sup>Syarifah Nur Ruliani, <sup>3</sup>Zompi

<sup>1,2,3</sup> Dosen Akper Yaspen Jakarta

<sup>1</sup>resmiati\_hidayat@yahoo.com

<sup>2</sup>ns.syarifah@hotmail.com

<sup>3</sup>akperyaspen@ymail.co.id

## Abstrak

*Pemasangan infus merupakan prosedur invasif dan merupakan tindakan yang sering dilakukan dirumah sakit. Namun, hal ini resiko tinggi terjadinya infeksi nosokomial atau disebut juga Hospital Acquired Infection (HAIs) yang akan menambah tingginya perawatan dan waktu perawatan. Tindakan pemasangan infus akan berkualitas apabila dalam pelaksanaannya selalu mengacu pada standard yang diterapkan (Andares, 2009). Desain penelitian ini adalah analisis deskriptif sederhana dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan pada perawat yang sedang berkerja di RSAL dr. Mintohardjo dan waktu penelitian ini mulai bulan Januari-Februari 2017 sampel dengan total sampling semua perawat yang ada di RSAL dr. Mintohardjo yang berjumlah 17 orang diruang IGD. Hasil penelitian kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 10 (71,4%) responden, tahap interaksi dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 11 (78,6%) responden, tahap Kerja dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 13 (92,9%), tahap terminasi dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 14 (100%) responden. Peneliti menyarankan pihak rumah sakit untuk melakukan sosialisasi pentingnya kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO terutama mencuci tangan sebelum melakukan tindakan invasif seperti pemasangan infus karena mengingat kurangnya kesadaran perawat mencuci tangan sebelum melakukan tindakan.*

*Kata kunci: kepatuhan perawat, pemasangan infus*

## Abstract

*Installation of an IV is an invasive procedure and is a frequent hospital procedure. However, this is a high risk of nosocomial infection or also called Hospital Acquired Infection (HAIs) which will increase the height of care and time of perawatan. Installation of the infusion will be of quality if in practice always refers to the standard applied (Andares, 2009). The design of this research is a simple descriptive analysis using cross sectional approach. This research was conducted on nurses who are working in RSAL dr. Mintohardjo and the time of this study began in January-February 2017 samples with total sampling of all nurses in RSAL dr. Mintohardjo who numbered 17 people in the room IGD. The results of nurse compliance study in implementing SPO of infusion well as much as 10 (71,4%) respondent, interaction stage in implementing SPO of infusion either 11 (78,6%) respondent, Working stage in implementing SPO of infusion well 13 , 9%), termination stage in implementing SPO infusion well as much 14 (100%) of respondents. The researcher recommends the hospital to do socialization about the importance of nurse compliance in implementing SPO especially in the case of hand washing before taking action in the form of invasive such as the installation of infusion because considering the less awareness of nurses in the case of hand washing before taking action.*

*Keywords: nurse compliance, infusion*

## 1. PENDAHULUAN

Pemasangan infus merupakan prosedur invasif dan merupakan tindakan yang sering dilakukan dirumah sakit. Namun, hal ini resiko tinggi terjadinya infeksi nosokomial atau disebut juga *Hospital Acquired Infection* (HAIs) yang akan menambah tingginya perawatan dan waktu perawatan. Tindakan pemasangan infus akan berkualitas apabila dalam pelaksanaannya selalu mengacu pada standard yang diterapkan (Andares, 2009).

Survei prevalensi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit dari 14 negara yang mewakili 4 Kawasan WHO (Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik Barat) menunjukkan rata-rata 8,7% pasien rumah sakit mengalami infeksi nosokomial. Setiap saat, lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita komplikasi dari infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Frekuensi tertinggi infeksi nosokomial dilaporkan dari rumah sakit di Kawasan Timur Tengah dan Asia Tenggara (11,8% dan 10,0% masing-masing), dengan prevalensi 7,7% dan 9,0% masing-masing di Kawasan Eropa dan Pasifik Barat (WHO, 2002). Penelitian lain, infeksi nosokomial dilaporkan rata-rata sekitar 3,5% (Jerman) menjadi 5% (AS) dari seluruh pasien rawat inap, di perawatan rumah sakit tersier sekitar 10% dan di ICU sekitar 15%-20% kasus (Kayser, 2005).

Kasmad (2007) menyatakan di negara-negara berkembang termasuk Indonesia, kejadian infeksi nosokomial jauh lebih tinggi. Menurut penelitian yang dilakukan di dua kota besar Indonesia didapatkan angka kejadian infeksi nosokomial sekitar 39%-60%. Di negara-negara berkembang terjadinya infeksi nosokomial tinggi karena satu faktor resiko terjadinya phlebitis pada pasien disebabkan oleh perawat. Tindakan pemasangan infus di lokasi lengan bawah dan tidak sesuai dengan pedoman dalam waktu 48 jam masih dapat dikatakan aman menurut perawat (Lanbeck et al., 2004). Tugas

tenaga medis di rumah sakit dalam hal ini adalah perawat harus memberikan pelayanan yang prima dengan memperhatikan kaidah-kaidah prinsip.

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di Instalasi Gawat Darurat RSAL dr. Mintohardjo, ditemukan perawat yang melaksanakan tindakan pemasangan infus tidak sesuai dengan prosedur tetap. Berdasarkan pengamatan terhadap 5 perawat di ruang IGD didapatkan 5 orang perawat (100%) yang tidak melakukan pemasangan infus sesuai SPO. Hal ini ditunjukkan dengan perawat yang tidak mencuci tangan dahulu, tidak menggunakan handscion, tidak tersedianya kapas alcohol dan juga bengkok.

Perawat berpendapat pemasangan infus adalah hal yang sudah biasa dikerjakan. Bahkan ketika ditanya masalah SPO pemasangan infus mereka sedikit mengetahui isi dari SPO tersebut dan ketika diobservasi saat melaksanakan pemasangan infus ternyata ada beberapa kriteria tidak dilaksanakan sesuai SOP, terutama mencuci tangan dan tidak menggunakan handscion.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus di RSAL dr. Mintohardjo".

## 2. METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah analisis deskriptif sederhana dengan menggunakan pendekatan cross sectional yaitu mengetahui jawaban variabel SPO (Standard Prosedur Operasional) pemasangan infuse dengan melakukan pengukuran atau pengamatan yang dilakukan dengan waktu yang bersamaan. (Hidayat, 2007). Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO (Standard Prosedur Operasional) pemasangan infus.

Populasi peneliti ini adalah perawat yang ada di RSAL dr. Mintohardjo yang berjumlah 17 orang diruang IGD. Sampel penelitian ini adalah total sampling yaitu mengambil seluruh anggota populasi di masing-masing kelompok yang menjadi kriteria sampel untuk menjadi sampel penelitian dalam hal ini adalah tindakan pemasangan infus yang dilakukan oleh perawat dan pasien yang dipasang infus sejumlah. Kriteria sampel penelitian ini terdiri dari inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik yang dapat dirumuskan atau layak untuk diteliti (Nursalam, 2003). Kriteria inklusi perawat dan pasien pada penelitian ini adalah perawat dan pasien yang bersedia menjadi responden, perawat RSAL dr. Mintohardjo yang sudah berstatus pegawai tetap dan perawat yang akan melaksanakan tindakan pemasangan infuse sesuai SOP.

Penelitian ini dilakukan pada perawat yang sedang berkerja di RSAL dr. Mintohardjo dan waktu penelitian ini mulai bulan Januari 2017 sampai dengan bulan Febuari 2017.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel .1**  
**Distribusi Frekuensi Responden**  
**Berdasarkan Kepatuhan Perawat Dalam**  
**Melaksanakan SPO Pemasangan Infus**  
**Di RSAL dr. Mintohardjo Jakarta**

Variabel	F	(%)
Tahap Pra-Interaksi		
Baik	10	71.4
Kurang baik	4	28.6
Tahap Interaksi		
Baik	11	78.6
Kurang baik	3	21.4
Tahap Kerja		
Baik	1	7.1
Kurang baik	13	92.9
Tahap terminasi		
Baik	14	100
Kurang baik	0	0
Total	14	100,0

Distribusi frekuensi berdasarkan Kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus tahap pra interaksi sebanyak 10 orang (71.4%) responden, kurang baik sebanyak 4 (28,6%). Tahap Interaksi dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 11 (78,6%) responden, kurang baik sebanyak 3 (21,4%). Tahap Kerja dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 13 (92,9%) responden, kurang baik sebanyak 1 (7,1%). Tahap Terminasi dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 14 (100%) responden, kurang baik sebanyak 0 (0%).

Dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus pada tahap pra interaksi masih ada perawat yang kurang patuh. Hal ini dikarenakan masih ada diantara perawat lainnya yang tidak memperhatikan tersedianya alat yang akan digunakan pada saat pemasangan infus contohnya seperti tidak tersedianya kapas alcohol, kasa steril, dan handscoon dan langsung melakukan tindakan sehingga terkadang ada alat yang tidak tersedia tidak digunakan dan kadang juga balik ketempat untuk mengambil alat yang tidak tersedia.

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien. Tugas perawat pada fase ini yaitu : mengeksplorasi perasaan,harapan dan kecemasannya; menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien, jika merasa tidak siap maka perlu belajar kembali, diskusi teman kelompok, mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi;, membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan di implementasikan saat bertemu dengan klien.

Pada tahap interaksi perawat sangat jarang berkomunikasi terlebih dahulu terhadap pasien dan menganggap hal itu

tidak begitu penting untuk harus dilaksanakan contohnya seperti memperkenalkan diri dan memberitahukan maksud tujuan dari pemasangan infus. Pentingnya berkomunikasi dengan pasien dapat menghilangkan rasa khawatir apalagi bagi pasien yang takut dengan tindakan medis, dengan menjelaskan maksud dan tujuan pemasangan infus bagi mereka yang akan terpasang infus bisa merasa tenang dan sedikit tidak takut pada saat pemasangan infus berlangsung. Fase ini dimulai pada saat bertemu pertama kali dengan klien. Pada saat pertemuan pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya.

Tugas-tugas perawat pada tahap ini antara lain:

1. Membina hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji, dan menghargai klien;
2. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak penting untuk menjaga kelangsungan sebuah interaksi. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu, tempat, waktu dan topik pertemuan;
3. Menggali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien. Untuk mendorong klien mengekspresikan perasaannya, maka teknik yang digunakan adalah pertanyaan terbuka;
4. Merumuskan tujuan dengan klien. Tujuan dirumuskan setelah masalah klien teridentifikasi. Bila tahap ini gagal dicapai akan menimbulkan kegagalan pada keseluruhan interaksi (Stuart, G.W, 1998 dikutip dari Suryani, 2005) Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini antara lain :
  - a. Memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan jabatan tangan
  - b. Memperkenalkan diri perawat
  - c. Menyepakati kontrak. Kesepakatan berkaitan dengan kesediaan klien untuk berkomunikasi, topik, tempat, dan lamanya pertemuan.
  - d. Melengkapi kontrak. Pada pertemuan pertama perawat perlu melengkapi penjelasan tentang identitas serta tujuan interaksi agar klien percaya kepada perawat.
  - e. Evaluasi dan validasi. Berisikan pengkajian keluhan utama, alasan atau kejadian yang membuat klien meminta bantuan. Evaluasi ini juga digunakan untuk mendapatkan fokus pengkajian lebih lanjut, kemudian dilanjutkan dengan hal-hal yang terkait dengan keluhan utama. Pada pertemuan lanjutan evaluasi/validasi digunakan untuk mengetahui kondisi dan kemajuan klien hasil interaksi sebelumnya.
5. Menyepakati masalah. Dengan teknik memfokuskan perawat bersama klien mengidentifikasi masalah dan kebutuhan klien. Selanjutnya setiap awal pertemuan lanjutan dengan klien lakukan orientasi. Tujuan orientasi adalah memvalidasi keakuratan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini dan mengevaluasi tindakan pertemuan sebelumnya.

Dalam rangka membantu klien, perawat perawat harus menyadari tentang nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. Apa yang perawat pikirkan dan rasakan tentang individu dan dengan siapa dia berinteraksi selalu dikomunikasikan kepada individu baik secara verbal maupun non verbal. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran tentang sikap yang dipunyai terhadap pasien sehingga bisa belajar untuk mengkomunikasikannya dengan tepat. Klien tidak akan menolak segala bentuk persaan negatif yang dipunyai klien,

bahkan ia akan berusaha berinteraksi dengan klien. Hasilnya perawat akan mampu mengeluarkan perasaan yang dimiliki dengan cara yang tepat, bukan dengan cara menyalahkan atau menghukum klien.

Dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 1 (7,1%). responden, kurang baik sebanyak 13 (92,9%). Dari hasil ini dikarenakan perawat sering kali menganggap sepele hal kecil yang beresiko terjadinya infeksi nosokomial seperti tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dan tidak memakai handscoon pada saat melakukan tindakan, karna dari beberapa perawat ada yang mengatakan bahwa ruang IGD bersifat gawat darurat jadi jika kita terlalu patuh terhadap SPO maka tindakan yang kita lakukan akan lambat retangani. Ada juga beberapa perawat beranggapan bahwa di IGD tindakan invasif seperti pemasangan infus bersifat bersih bukan steril tetapi diteori segala sesuatu tindakan yang bersifat infasif itu steril bukan bersih, jadi tidak menggunakan handscoond juga tidak masalah karna yang diperlukan ialah pasien butuh penanganan yang cepat.

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi teraeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Perawat dan klien mengeksplorasi stressor dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, perasaan dan perilaku klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan. Teknik komunikasi terapeutik yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan (Geldard,D,1996, dikutip dari Suryani, 2005).

Tingginya angka kejadian plebitis di

RSAL dr. Mintohardjo disebabkan oleh faktor-faktor yang dianggap suatu hal yang kecil oleh perawat juga akan berpengaruh terhadap kejadian plebitis jika tidak diperhatikan dengan teliti seperti tidak cuci tangan, tidak memakai hanscond saat pemasangan infus, tidak menggunakan kapas alcohol dan kasa steril saat pemasangan infus, sangat penting untuk diperhatikan untuk meminimalisir sekaligus mencegah tingginya angka kejadian plebitis di RSAL dr. Mintohardjo.

Berdasarkan hasil penelitian Andares (2009), menunjukkan bahwa perawat kurang memperhatikan kesterilan luka pada pemasangan infus. Perawat biasanya langsung memasang infus tanpa memperhatikan tersedianya bahan-bahan yang diperlukan dalam prosedur tindakan tersebut, seperti tidak tersedia sarung tangan, kain kasa steril, alcohol, dan pemakaian yang berulang pada selang infus yang tidak steril bahkan tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan.

Cuci tangan dan penggunaan sarung tangan, merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penularan penyakit serta mempertahankan lingkungan bebas infeksi. Sarung tangan terutama dipakai hanya oleh petugas yang merawat pasien yang menderita infeksi patogen tertentu atau yang terpapar dengan pasien yang berisiko tinggi hepatitis B. Sejak 1987, dengan adanya epidemi AIDS, terjadi lonjakan dramatis penggunaan sarung tangan oleh petugas kesehatan dengan tujuan mencegah penularan HIV dan virus lainnya dari pasien kepada tenaga kesehatan. Dengan demikian, dewasa ini sarung tangan sekali pakai dan sarung tangan bedah menjadi perlengkapan pelindung yang paling banyak dipakai. Sebagai contoh di Amerika Serikat, penggunaan sarung tangan meningkat dari 1,4 milyar pasang pada 1988 menjadi 8,3 milyar pada 1993 (NIOSH 1997).  
Petugas : Mencegah kontak tangan dengan darah, cairan tubuh, benda yang terkontaminasi

Pasien : Mencegah kontak mikroorganisme dari tangan petugas memakai sarung tangan



steril.

Dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus pada fase terminasi baik sebanyak 14 (100%) responden, kurang baik sebanyak 0 (0%). Dalam tahap ini sangat baik sekali karena mereka melakukan sesuai SPO. Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terbina dan berada pada tingkat optimal. Perawat dan klien keduanya merasa kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien bersama-sama meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Untuk melalui fase ini dengan sukses dan bernilai terapeutik, perawat menggunakan konsep kehilangan. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat, yang dibagi dua yaitu:

Terminasi sementara, berarti masih ada pertemuan lanjutan; Terminasi akhir, terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini yaitu :

1. Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif. Brammer & Mc Donald (1996) menyatakan bahwa meminta klien menyimpulkan tentang apa yang telah didiskusikan atau respon objektif setelah tindakan dilakukan sangat berguna pada tahap terminasi (Suryani,2005);
2. Melakukan evaluasi subjektif, dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu;
3. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Hal ini sering disebut pekerjaan rumah (planning klien). Tindak lanjut yang diberikan harus relevan dengan interaksi yang baru dilakukan atau yang akan dilakukan pada pertemuan berikutnya. Dengan tindak lanjut klien tidak akan pernah kosong menerima proses keperawatan dalam 24 jam;

4. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan. Perbedaan antara terminasi sementara dan terminasi akhir, adalah bahwa pada terminasi akhir yaitu mencakup keseluruhan hasil yang telah dicapai selama interaksi.

Pada terminasi, seperti halnya tahap-tahap yang lain, partisipasi klien merupakan hal yang sangat penting. Jika relationship pertolongan semuanya signifikan, maka hal itu merupakan cara terakhir yang penting di dalam gambaran diri (self image) dan kemampuannya berelasi dimasa mendatang. Alasan untuk melakukan terminasi akan lebih jelas pada pemikiran klien maupun pekerja sosial tentang segala kemungkinan yang diekspresikan dan dipahami karena terminasi sering merupakan proses yang mengharukan. Hal ini disebabkan karena relasi yang baik dan cukup mendalam diantara pekerja sosial dengan kliennya.

Perpisahan dengan orang yang terasa dekat, akrab, dan senasib sepenanggungan dalam pemecahan masalah dirasakan sangat berat dan memilukan hati, klien juga sering merasa ragu dan kurang yakin akan kemampuannya dalam melaksanakan fungsi dan tugas kehidupan selanjutnya tanpa dukunga pekerja sosial. Bagi klien, hal ini dirasa sebagai situasi yang memberikan hati. Oleh sebab itu,pekerja sosial perlu melakukan tekanan psikologi dengan cermat dan mengamati manifestasi emosional klien dengan hati-hati.

#### **4. KESIMPULAN**

Dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus ada 14 responden. Dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 10 (71,4%) responden, kurang baik sebanyak 4 (28,6%). Tahap Interaksi dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 11 (78,6%) responden, kurang baik sebanyak 3 (21,4%). Tahap Kerja dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus

baik sebanyak 13 (92,9%) responden, kurang baik sebanyak 1 (7,1%). Tahap Terminasi dari hasil penelitian terhadap kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus baik sebanyak 14 (100%) responden, kurang baik sebanyak 0 (0%).

Saran untuk peneliti selanjutnya, karena peneliti hanya meneliti tentang gambaran kejadian phlebitis maka peneliti harap peneliti lain dapat meneliti lebih lanjut tentang kejadian phlebitis yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO pemasangan infus.

Adanya hal-hal yang kurang dalam peneliti ini bisa menjadi bahan oleh peneliti lain untuk meneliti lebih lanjut. Untuk Institusi Pendidikan, sebagai bahan acuan bagi pendidik tentang gambaran pelaksanaan pemasangan infus yang tidak sesuai SPO terhadap resiko terjadinya phlebitis.

Untuk Rumah Sakit, sebagai bahan masukan untuk perawat RSAL dr. Mintohardjo Jakarta dalam meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien yang sesuai SPO, terutama dalam hal mencuci tangan untuk meminimalkan tingkat kejadian phlebitis. Peneliti menyarankan pihak rumah sakit untuk melakukan sosialisasi tentang pentingnya kepatuhan perawat dalam melaksanakan SPO terutama dalam hal mencuci tangan sebelum melakukan tindakan dalam tindakan yang berupa invasif seperti pemasangan infus karena mengingat kurangnya kesadaran perawat dalam hal mencuci tangan sebelum melakukan tindakan.

## 5. REFERENSI

Andreas. 2009. Analisis hubungan karakteristik perawat dan tingkat kepatuhan perawat dalam pelaksanaan protap pemasangan infus di Rumah Sakit Badrul Aini Medan. Skripsi: Tidak dipublikasikan.

Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi VI*. Jakarta. EGC.

Darmawan, I.2008. *Penyebab dan Cara Mengatasi Flebitis*. Diakses dari [http: www.Iyan@Otsuka.com.id](http://www.Iyan@Otsuka.com.id).

Dougherty: Bravery,K; Gabriel, J: Kayley,J: Scales,K:& Inwood,S. 2010. *Standards for infusion therapy*. The RCN IV Therapy Forum.

Hinlay. 2006. *Therapy Intravena pada pasien di rumah sakit*. Yogyakarta: Nuha Medika

Kasmad, dkk. 2007. Hubungan antara kualitas perawatan kateter dengan kejadian infeksi nosokomial saluran kemih. *Ejournal undip.01(01)*

Kayser, Fritz, et al. 2005. *Nosocomial Infection*. In: *Medical Microbiology*. New York: Thieme, 342-346.

Perry dan Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktek*. Edisi 4. Alih Bahasa Renata Komalasari. Jakarta. EGC.

Sugiyono. 2007. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung

Suryani. 2005. *Komunikasi Terapeutik: Teori dan Praktik*. Jakarta. EGC.

# ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE ISKHEMIK

Sulastri<sup>1</sup>, Harjati<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Dosen Akademi Keperawatan Yaspen Jakarta

Email: sulas71@gmail.com

Email: harjati01@gmail.com

## Abstrak

Stroke adalah disfungsi neurologi akut yang disebabkan gangguan pembuluh darah dan timbul secara mendadak dalam beberapa jam. Salah satu gejala umum adalah disfungsi neurologis berupa hemiparalisis atau hemiparese yang disertai dengan defisit sensorik. Kondisi ini menyebabkan terjadinya penurunan kekuatan otot yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskhemik. Pemenuhan kebutuhan mobilisasi fisik dapat dilakukan secara efektif dengan mengetahui secara tepat faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskhemik. Karya ilmiah ini bertujuan mendeskripsikan dampak stroke iskhemik terhadap kebutuhan mobilisasi (*exploratory study*) dan selanjutnya menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskhemik (*Explanatory study*). Karya ilmiah ini merupakan hasil analisis dan studi literatur dari hasil penelitian maupun studi kasus yang telah dilakukan tentang mobilisasi pada pasien stroke iskhemik. Hasil studi kasus dan studi literatur ini adalah dampak imobilitas pada pasien stroke iskhemik dan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskhemik yang meliputi kerusakan area otak, tingkat energi, gaya hidup dan usia. Hasil studi kasus dan studi literatur ini dapat dijadikan bahan kajian dalam mengembangkan penelitian lebih lanjut, dan memberikan informasi kepada praktisi keperawatan sebagai acuan dalam merumuskan perencanaan asuhan keperawatan dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskhemik.

**Kata kunci:** stroke iskhemik, kebutuhan mobilisasi, kerusakan area otak, efektifitas latihan, tingkat energi, gaya hidup, usia, kebudayaan.

*A stroke is an acute neurological dysfunction caused by a blood vessel disorder and occurs suddenly within a few hours. One common symptom is neurological dysfunction in the form of hemiparalysis or hemiparese accompanied by a sensory deficit. This condition causes a decrease in muscle strength resulting in inability to perform daily activities. Many factors can affect the fulfillment of mobilization needs in ischemic stroke patients. The fulfillment of physical mobilization needs can be done effectively by knowing exactly the factors that affect the needs of mobilization in ischemic stroke patients. This paper aims to describe the impact of ischemic stroke on the need for mobilization (exploratory study) and further explain the factors that affect the fulfillment of the needs of mobilization in patients ischemic stroke (Explanatory study). This scientific work is the result of analysis and literature study of research results and case studies that have been done about mobilization in patients ischemic stroke. The results of this case study and literature study are the impact of ischemic stroke on mobilization requirements and factors that affect the fulfillment of mobilization needs in ischemic stroke patients that include damage to the brain area, exercise effectiveness, energy level, lifestyle and age. The results of this case study and literature study can be used as study materials in developing further research, and provide information to nursing practitioners as a reference in formulating nursing care planning in an effort to increase knowledge in meeting the needs of mobilization in ischemic stroke patients.*

**Keywords:** ischemic stroke, mobilization needs, brain area damage, exercise effectiveness, energy level, lifestyle, age, culture.



## 1. PENDAHULUAN

Stroke merupakan gangguan fungsi sistem saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak. *World Health Organization* (WHO) menetapkan bahwa stroke merupakan suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang dapat menimbulkan kematian atau kelainan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskular (Rasyid, & Soertidewi, 2007). Menurut Smeltzer & Bare (2008) stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak biasanya timbul secara mendadak dan mengenai usia 45-80 tahun. Stroke atau cerebro vaskuler accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang disebabkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2008). Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit), gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (Ginsberg, 2008).

Stroke iskemik atau non hemoragik adalah infark atau kematian jaringan yang serangannya terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis (mental) yang disebabkan karena trombosis maupun emboli pada pembuluh darah di otak (Fransisca, 2009). Stroke Iskemik terjadi karena adanya penyumbatan di pembuluh darah otak yang disebabkan oleh trombosis, emboli sehingga jumlah darah yang mengalir ke daerah distal dari penyumbatan berkurang (Ginting, 2015). Hal ini menyebabkan daerah tersebut mengalami kekurangan oksigen atau iskhemik, dimana menyebabkan perfusi jaringan otak rendah, penyediaan oksigen menurun, CO<sub>2</sub> dan asam laktat tertimbun. Pembuluh darah di bagian pusat daerah iskhemik kehilangan tonus dan terjadi proses degeneratif akibat dari edema serebri sehingga terjadi infark dan timbul manifestasi defisit neurologik

yang berupa hemiparese yang bersifat kontra lateral dari daerah lesi di otak (Muttaqin, 2008).

Menurut Rasyid, Misbach & Harris (2015), salah satu komplikasi dari stroke adalah hilangnya kontrol dalam gerakan normal. Ketika tonus otot terganggu, maka kontrol gerakan akan hilang, ini disebut juga flaksidilitas atau hipotonisitas. Sebaliknya, jika tonus ototnya meningkat, akan terjadi kondisi spastisitas atau hipertonisitas. Terhambatnya ruang gerak biasanya dapat menyebabkan keterbatasan kemampuan pergerakan harian pasien.

Menurut Murbarak & Chayatin (2008) dalam (Sihitte, 2013) mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk melakukan pergerakan dapat menyebabkan ketergantungan dalam memenuhi aktifitasnya dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (Hidayat, 2006).

Gangguan mobilisasi adalah satu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik yang disebabkan karena adanya gangguan pada sistem saraf pusat maupun karena ketidakmampuan otot volunter untuk melakukan tugasnya lagi (Potter, 2006). Hambatan yang muncul akibat penyempitan atau sumbatan darah dan perdarahan di otak bisa menjadi tingkat keparahan stroke, tergantung pada bagian mana yang terkena sumbatan, yakni: apabila yang terkena adalah daerah sensorik, maka akan timbul gejala kesemutan atau baal, apabila yang terkena adalah otak pusat bicara, maka penderita akan mengalami gejala susah bicara atau susah mengerti perkataan orang

lain, apabila yang terkena adalah pusat penglihatan, maka penderita akan mengalami kebutaan, apabila yang terkena adalah daerah otak pusat pergerakan, maka penderita akan mengalami kelumpuhan. Namun masalah yang sering muncul pada pasien stroke adalah gangguan gerak, pasien mengalami gangguan atau kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot (paralisis) dan keseimbangan tubuh (Muttaqin, 2008).

Pasien stroke yang dirawat di rumah sakit sering mengalami kelemahan anggota gerak, baik sebagian maupun seluruhnya yang menyebabkan pasien imobilisasi. Imobilisasi yang berkepanjangan berpotensi terjadinya masalah kesehatan baru. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah faktor mekanis berkaitan dengan gangguan neurologis, pada pasien stroke disebabkan oleh penurunan beberapa fungsi neurologis. Pertama penurunan fungsi motorik yang menyebabkan terjadi imobilisasi. Gangguan mobilitas dan ketidakberdayaan (deconditioning) adalah masalah yang paling sering dialami pasien stroke (Wahjoepramono, 2005). Imobilisasi yang berkepanjangan dapat mengakibatkan berbagai komplikasi pada pasien stroke. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain maka perlu untuk dilakukannya latihan mobilisasi fisik.

Pengaruh lain dari keterbatasan mobilisasi fisik adalah gangguan metabolisme kalsium dan gangguan mobilisasi sendi. Imobilisasi dapat mempengaruhi fungsi otot dan skeletal. Akibat pemecahan protein pada otot, pasien mengalami kehilangan massa tubuh yang membentuk sebagian otot. Oleh karena itu penurunan massa otot tidak mampu mempertahankan aktifitas tanpa adanya peningkatan kelelahan. Massa otot akan menurun akibat metabolisme dan otot yang tidak digunakan. Jika imobilisasi berlanjut

dan otot tidak dilatih maka akan terjadi penurunan massa yang berkelanjutan (Muttaqin, 2008).

Penurunan massa otot yang berkelanjutan dapat mengakibatkan paralisis, paralisis disebabkan karena hilangnya suplai saraf ke otot sehingga otak tidak mampu menggerakkan ekstremitas, hilangnya suplai saraf ke otot akan menyebabkan otot tidak lagi menerima sinyal kontraksi yang dibutuhkan untuk mempertahankan ukuran otot yang normal sehingga terjadi atropi. Separuh pasien stroke iskemik yang hidup mengalami kecacatan fisik karena defisit neurologis yang menetap (Noor, 2016). Pasien tidak hanya mengalami kelumpuhan tetapi juga mengalami gangguan kognitif, gangguan komunikasi dan gangguan lapang pandang atau defisit dalam persepsi. Berbagai program dirancang untuk meningkatkan kemampuan. Salah satu yang menjadi program untuk memperbaiki fungsi mobilisasi fisik pada pasien stroke non hemoragi adalah latihan pergerakan sendi atau *Range Of Motion* (ROM). Fungsi fisik yang diperoleh dari latihan mobilisasi adalah mempertahankan kelenturan sendi, kemampuan aktifitas (Munir, 2015).

Perlu intervensi yang efektif untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien sehingga kebutuhannya dapat terpenuhi. Berbagai faktor dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pasien stroke di antaranya luasnya area otak yang mengalami kerusakan (Rasyid, Misbach & Harris (2015), efektifitas latihan yang dilakukan (Noor, 2016), tingkat energi energi, adanya adat dan budaya tertentu yang melarang untuk beraktifitas dan faktor usia (Kozier, 2010).

Tujuan karya ilmiah ini untuk mengeksplorasi dampak imobilisasi pada pasien stroke iskemik dan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskemik.

## 1. METODOLOGI

Karya ilmiah ini menggunakan metodologi penulisan deskriptif analitik. Metode Deskriptif analitik dalam hal ini adalah suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek melalui data yang telah disajikan dari hasil penelitian sebelumnya dan selanjutnya diolah dan dianalisa untuk diambil kesimpulannya. Dalam penulisan karya ilmiah ini penulis menggali informasi/data dari berbagai referensi berupa hasil studi kasus, hasil penelitian dan buku-buku referensi yang mengulas tentang objek yang dibahas. Data yang didapat kemudian disajikan secara sistematis dalam bentuk naratif yang didukung dengan data-data yang faktual.

## 2. HASIL DAN PEMBAHASAN

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan menyebabkan kehilangan kontrol vaskuler terhadap gerakan motorik (Smeltzer, 2012). Neuron motor melintas dapat menyebabkan gangguan kontrol motor volunter terhadap salah satu sisi tubuh yang menunjukkan kelainan pada neuron motor atas pada sisi yang berlainan dengan otak. Disfungsi motorik yang paling umum adalah *hemiflegia* (paralisis pada salah satu sisi) yang disebabkan lesi pada salah satu sisi otak yang berlawanan. *Hemiparesis* (kelemahan pada salah satu sisi tubuh) adalah masalah gangguan mobilisasi yang lain. Awal tahapan stroke adalah paralisis dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam. Refleks tendon dalam ini muncul kembali (biasanya dalam 48 jam), peningkatan tonus disertai dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena (Smeltzer, 2012).

Intervensi keperawatan yang umum dilakukan pada pasien stroke adalah memperbaiki mobilitas dan mencegah deformitas. Imobilitas merupakan kondisi yang relatif. Individu tidak hanya

kehilangan kemampuan gerak secara total tetapi mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya (Kozier, 2010). Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh). Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan mobilisasi dapat menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan intervensi keperawatan (Wahit, 2007).

Berdasarkan hasil studi kasus pada pasien stroke iskemik di RS. Pasar Rebo menunjukkan adanya gangguan mobilisasi fisik sehingga pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Intervensi keperawatan yang tepat dibutuhkan untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi pada pasien stroke iskemik. Menurut Lewis (2007) dalam Maria, et al (2011), ROM (*range of motion*) merupakan salah satu intervensi keperawatan yang fundamental yang merupakan bagian dari proses rehabilitasi pada pasien stroke. Latihan harus dilakukan beberapa kali dalam sehari untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Pasien stroke sering harus dirawat dalam jangka waktu lama sehingga terjadi inaktivasi atau imobilisasi alat gerak, tidak hanya pengobatan medikamentosa saja yang harus kita perhatikan, tetapi juga rehabilitasi medik dan perawatan yang optimal terhadap pasien tersebut harus dilaksanakan secara optimal untuk meminimalisir terjadinya komplikasi yang mungkin timbul karena imobilisasi lama. Pada awalnya, imobilisasi ini menyebabkan perubahan kapasitas fungsional satu organ tertentu yang kemudian menyebar mempengaruhi banyak organ dan sistem tubuh (Purwanti & Arina, 2008).

Imobilitas karena tirah baring jangka

lama akan menyebabkan suatu keadaan klinis yang disebut *deconditioning* dimana terjadi penurunan kapasitas fungsional berbagai sistem tubuh terutama terjadi gangguan sistem muskuloskeletal. *Deconditioning* terjadi pada berbagai usia dan jenis kelamin, terutama pada pasien dengan kondisi sakit kronis, usia lanjut dan cacat (Purwanti, & Arina, 2008).

### **Dampak imobilitas pada pasien stroke iskemik**

Menurut Anbiya (2014), beberapa dampak dari imobilitas pasien stroke pada sistem muskuloskeletal adalah kontraktur pada otot, kelemahan dan atrofi otot dan gangguan eksitasi elektrik. Pada tulang dapat terjadi osteoporosis. Pada sendi dapat menyebabkan degenerasi kartilago, infiltrasi jaringan fibrofatty, atrofi sinovial dan ankilosis. Pada Jantung dan paru dapat menyebabkan redistribusi cairan tubuh, hipotensi ortostatik, penurunan kapasitas fungsional kardiopulmoner, koagulasi darah (tromboembolisme), resistensi mekanis pernapasan, pneumonia hipostatik, peningkatan kapasitas total paru, emboli paru.

Pada genitourinaria dan gastrointestinal dapat menyebabkan statis urinaria, batu ginjal, infeksi saluran kemih, gangguan berkemih, penurunan nafsu makan dan konstipasi. Pada sistem endokrin dan metabolik dapat menyebabkan peningkatan lemak tubuh, gangguan elektrolit dan mineral, intoleransi glukosa, gangguan produksi hormon, peningkatan temperatur dan respon berkeringat, gangguan ritme sirkadian. Pada kognitif dan perilaku dapat menyebabkan depresi sensoris, disorientasi, depresi dan cemas, penurunan kapasitas intelektualitas, gangguan keseimbangan dan koordinasi serta gangguan tidur. Pada kulit dapat menyebabkan ulkus dekubitus, edema dan bursitis subkutan.

### **Dampak imobilitas pada sistem muskuloskeletal.**

Fungsi utama sistem muskuloskeletal adalah untuk menopang tubuh, transportasi tubuh, dan melakukan berbagai kegiatan fisik lainnya. Berbagai dampak imobilitas pada sistem muskuloskeletal (Anbiya, 2014) antara lain:

#### **Kelemahan dan atrofi otot.**

Pada posisi berbaring, aktivitas otot minimal karena berkurangnya kekuatan gravitasi dan hipokinesia. Secara progresif, hal ini menyebabkan penurunan ukuran, kekuatan dan daya tahan otot. Keadaan ini biasanya terjadi pada otot anti gravitasi pada anggota tubuh bagian bawah. Pada beberapa orang, keadaan ini bersifat reversibel, kecuali pada orang dengan kelainan muskuloskeletal atau neurologis.

Dengan tirah baring sempurna, terjadi penurunan kekuatan otot sebesar 1-3 % per hari, atau 10-15 % per minggu. Pasien dengan tirah baring total selama 3-5 minggu dapat kehilangan setengah dari kekuatan ototnya. Pada tampilan histologis, terjadi penurunan area gelap ATPase tipe II sebanyak 46% dan area terang ATPase tipe I sebanyak 69%. Pada awal imobilitas, terjadi peningkatan aktivitas suksinat dehidrogenase per serat otot, tetapi kemudian mengalami penurunan secara signifikan pada akhir imobilitas. Secara general, terjadi penurunan aktivitas enzim oksidasi pada otot.

Pada otot, terjadi pula perubahan metabolik sebagai respon terhadap gangguan aktivitas enzim. Walaupun sumber energi utama berasal dari karbohidrat dan lemak, terjadi kehilangan nitrogen selama imobilitas akibat aktivitas otot yang terbatas sehingga menyebabkan berkurangnya sintesis protein. Defisiensi protein ini diperberat dengan mekanisme gastrointestinal berupa kehilangan nafsu makan, berkurangnya absorpsi protein dan konstipasi. Kehilangan nitrogen per hari dapat mencapai 2 gram. Peningkatan



kehilangan nitrogen biasanya dimulai pada hari ke-5 atau ke-6 tirah baring, dengan puncaknya pada minggu kedua.

Inaktivitas Peningkatan pemecahan nitrogen mekanisme sistem GI Penurunan sintesis nitrogen (berkurangnya nafsu makan, absorpsi) hipoproteinemia Penurunan kapasitas enzim menyebabkan berkurangnya ekstraksi oksigen dari darah. Hal ini menyebabkan perubahan pada bentuk dan ukuran end plate dan fungsi dari reseptor asetilkolin sehingga menyebabkan penurunan daya tahan otot. Penurunan maksimal terjadi pada hari ke 8 dan 10, selanjutnya mengalami penurunan. Sejalan dengan perubahan serat otot, terjadi peningkatan relatif dari konten dan cross-linkage kolagen.

Hal ini menyebabkan terjadinya rigiditas dan kontraktur miogenik. Selanjutnya, jika otot-otot ekstensor tetap pada posisi ekstensi penuh dan otot-otot fleksi tetap pada posisi fleksi penuh selama imobilisasi, dapat menyebabkan berkurangnya jumlah sarkomer otot sehingga terjadi penurunan panjang dan kekuatan otot selama aktivitas. Kelemahan dan atrofi otot ini dapat dicegah dengan peregangan otot selama setengah jam setiap harinya. Kelemahan dan atrofi otot ini juga dapat dicegah dengan penggunaan stimulasi listrik. Program yang dipakai adalah stimulasi rectangular bifasik sebanyak tiga sesi per hari selama 30 menit. B.

### **Kontraktur**

Kontraktur adalah kurangnya jangkauan aktif atau pasif penuh lingkup gerak sendi yang terjadi karena adanya keterbatasan penggunaan sendi, otot atau jaringan lunak. Berbagai keadaan dapat menyebabkan keterbatasan pergerakan sendi, contohnya nyeri sendi (yang terjadi pada proses peradangan, trauma, infeksi, degenerasi dan perdarahan), paralisis, fibrosis jaringan kapsular atau periartrikular, atau kerusakan otot (polimiositis dan distrofi muskuler) atau

faktor mekanis seperti tirah baring yang tidak tepat. Faktor tunggal yang paling sering berkontribusi terhadap terjadinya kontraktur adalah kurangnya mobilisasi sendi dalam lingkup ruang sendi penuhnya. Imobilisasi sendi yang lama dapat menyebabkan penurunan panjang otot dan pemendekkan kolagen pada kapsul sendi dan jaringan lain (Wirawan, 2009).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kecepatan perkembangan kontraktur, diantaranya adalah posisi tungkai, durasi imobilisasi, keadaan patologi awal dan restriksi sendi. Edema, iskemia, perdarahan dan gangguan lain pada lingkungan mikro sendi dan jaringan periartrikular juga dapat menyebabkan kontraktur. Pada usia tua, terjadi kehilangan serat otot dan peningkatan relatif dari proporsi jaringan ikat sehingga dapat menyebabkan terjadinya kontraktur (Wirawan, 2009).

Pada pasien diabetes melitus, terjadi perubahan mikrovaskular dan iskemia yang menyebabkan terjadinya kontraktur terutama pada tangan. Tulang dan otot merupakan jenis dari jaringan ikat, dimana jaringan ikat memiliki properti mekanis, terdiri dari sel (fibroblas) dan makromolekul interseluler (kolagen) yang dikelilingi oleh matriks ekstraseluler (jeli polisakarida). Kolagen merupakan protein yang paling banyak terdapat pada tubuh. Terdapat paling tidak 12 macam kolagen (I-XII) yang telah teridentifikasi. Kolagen disintesis dari asam amino pada retikulum endoplasma kasar. Setiap jaringan memiliki komposisi kolagen yang berbeda sehingga terjadi kekhasan pada setiap jaringan. Kolagen-kolagen tersebut akan tersusun teratur sesuai dengan arah gerak sehingga membentuk fibril. Ikatan silang antara fibril kolagen kemudian memberikan kekuatan otot. Fibril kolagen kemudian akan beragregasi dalam grup membentuk fasikel. Sejumlah besar fasikel kemudian membentuk tendon atau ligamen.

Perubahan pada struktur kolagen dapat dipengaruhi oleh enzim, faktor pertumbuhan atau stimuli mekanis. Selain kolagen sebagai penyokong utama struktur jaringan ikat, terdapat juga proteoglikan yang berfungsi untuk lubrikasi sendi. Pada keadaan trauma atau inflamasi dari jaringan ikat, sel mesenkimal berdiferensiasi menjadi fibroblas yang kemudian memproduksi kolagen yang kemudian tersusun secara acak. Jika sintesis kolagen lebih banyak daripada pemecahannya, dapat terjadi fibrosis yang berlebihan. Ketidakseimbangan sintesis dan pemecahan kolagen ini dipengaruhi oleh faktor fisik seperti kurangnya peregangan, imobilitas dan inaktivitas yang lama. Trauma, perdarahan atau iskemia juga dapat menstimulasi sintesis kolagen. Sintesis kolagen pada otot juga dipengaruhi level aktivitas otot.

Pemendekkan panjang otot juga dapat terjadi pada orang normal dalam derajat yang ringan, terutama pada otot-otot yang melewati beberapa sendi. Hal ini berhubungan dengan faktor mekanis. Diagnosis kontraktur ditegakkan setelah pemeriksaan lingkup gerak sendi yang meliputi evaluasi lingkup gerak sendi aktif dan pasif.

Kontraktur yang diakibatkan oleh keadaan patologi dapat dibedakan menjadi artrogenik, miogenik dan jaringan lunak. Tipe kontraktur Penyebab Artrogenik Kerusakan kartilago (inflamasi, infeksi, trauma, degenerasi) Proliferasi jaringan sinovial (efusi) Fibrosis kapsular Miogenik Intrinsik (struktural) Trauma (edema, perdarahan) Perubahan degeneratif (distrofi muskular) Iskemik (diabetes melitus, kelainan pembuluh darah perifer) Ekstrinsik Spastisitas (paralisis, kerusakan medula spinalis, sklerosis multipel) Flaccid paralysis Mekanis (imobilisasi, kurang peregangan) Jaringan lunak Gangguan pada jaringan lunak periartrikular Gangguan pada kulit atau jaringan subkutan (luka bakar) Gangguan pada tendon dan ligamen

(tendinitis, bursitis) Kombinasi Kombinasi ketiganya ditemukan pada satu sendi

### ***Kontraktur dan perubahan jaringan ikat***

Jaringan ikat secara konstan digantikan dan reorganisasi selama fase penyembuhan. Pada area yang sering bergerak, jaringan ikat longgar terbentuk, sedangkan pada area yang tidak ada atau minim gerakan akan terbentuk jalinan padat kolagen. Serat kolagen ini akan memendek bila terjadi imobilisasi. Imobilisasi dapat menyebabkan infiltrasi fibrolipid pada sendi yang bisa matang menjadi perekat kuat di dalam sendi dan bisa merusak kartilago (Anbiya, 2014)

### ***Kontraktur artrogenik***

Proses patologis yang melibatkan sendi dapat menyebabkan tightness dan fibrosis. Inflamasi dan efusi synovial disertai rasa sakit yang mengakibatkan terbatasnya pergerakan sendi dan kontraktur kapsular. ROM pasif selama arthritis akut dapat meningkatkan IL-1, IL-1 penetrasi ke dalam kartilago dan berikatan dengan reseptor di membrane kondrosit dan menghambat pembentukan proteoglikan yang penting untuk proteksi kartilago. Nyeri dan rusaknya kartilago akibat splinting menurunkan pergerakan sendi dan ROM. Kapsul sendi juga bisa kehilangan ekstensibilitas akibat pemendekan serat kolagen. Penyebabnya adalah karena stretching yang kurang dan posisi fleksi. ROM terbatas ke segala arah. Sendi bahu dan pinggul paing sering mengalami kontraktur kapsul. Pemendekan kapsul posterior sendi lutut juga bisa terjadi pada pasien yang menggunakan kursi roda (Anbiya, 2014)

### ***Kontraktur Jaringan Padat dan Lunak***

Trauma terhadap jaringan lunak dengan pendarahan bisa menyebabkan fibrosis dan menjadi kontraktur bila stretching tidak dilakukan. Dalam kondisi ini serat kolagen berproliferasi dan membentuk jalinan. Keterbatasan gerak hanya terjadi pada satu aksis. Kulit yang terbakar rentan terhadap

kontraktur. Selama masa penyembuhan, luka terbakar yang melewati sendi harus sering digerakkan dan diposisikan melawan pemendekan dari jaringan parut. Imobilisasi dapat menyebabkan perubahan biomekanik dan biokimia pada ligament. Proses yang terjadi pada ligament selama imobilisasi yaitu penurunan sintesis kolagen dan peningkatan aktivitas osteoklas pada tulang tempat insersi ligamen.

### **Efek kontraktur pada fungsi fisik**

Menurut Anbiya (2014) kontraktur memiliki 3 efek, yaitu mengganggu pergerakan, aktivitas hidup sehari-hari, dan pada perawatan kulit. Kontraktur pada ekstremitas bawah mengubah pola berjalan dan bisa menghambat ambulasi. Kontraktur pinggul : menurunkan ekstensi pinggul, meningkatkan kemungkinan lordosis lumbar dan kebutuhan energi. Kontraktur pinggul dapat menyebabkan pemendekan otot hamstring sehingga memfleksikan lutut, tidak jarang pasien dengan kontraktur pinggul mengalami kontraktur lutut dan ankle terutama bila tidak dilakukan mobilisasi. Kontraktur plantarflexi menyebabkan hilangnya hentakan kaki dan abnormal push-off. Keterbatasan pada ekstremitas atas menyebabkan tidak bisa menggapai, berpakaian, merawat diri, makan dan kemampuan motorik halus lainnya. Kontraktur pada banyak sendi mengganggu posisi tidur, berdiri, mobilisasi, dan mempersulit perawatan kulit dan perineum dan perluasan area tekanan pada kulit. Hipcontracture Plantarflexion contracture

### **Bed rest dan nyeri punggung bawah**

Bed rest yang terlalu lama dapat menyebabkan nyeri punggung bawah melalui mekanisme tightness pada otot punggung dan hamstring atau kelemahan otot punggung dan abdomen. Adanya pemendekan pada otot-otot ini akan mengubah alignment spinal dan postur tubuh. Imobilisasi osteoporosis spinal juga dapat menyebabkan nyeri punggung.

Komplikasi bed rest ini dapat dicegah dengan latihan penguatan otot abdomen dan paraspinal serta hamstring. Bed rest yang lama tidak memiliki efek terapi pada sindrom nyeri punggung bawah (Ariani, 2012).

### **Faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskemik**

Dalam memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan mobilisasi dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi pada pasien stroke iskemik harus memperhatikan beberapa faktor :

#### **1. Luasnya kerusakan otak akibat stroke**

Stroke infark atau iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal yakni, trombus dan emboli (Mulyatsih & Ahmad, 2008). Gejala-gejala yang dapat muncul untuk sementara, lalu menghilang atau lalu memberat atau menetap. Gejala ini muncul akibat daerah otak tertentu tak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala yang muncul bervariasi, bergantung bagian otak yang terganggu. Dari gejala-gejala yang muncul diakibatkan karena adanya gangguan pada pembuluh darah karotis yaitu pada cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media), pasien akan mengalami gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi dan dapat terjadi gangguan gerak/ kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sisi (hemiparesis/ hemiplegi).

Bila gangguan pada cabang yang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior) dapat terjadi gejala kelumpuhan salah satu tungkai. Serta jika terjadi gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris, akan timbul gejala kedua kaki lemah/ hipotoni, tak dapat berdiri

(paraparesis inferior) (Ilma, 2014). Sebagai pegangan biasanya pemulihan gangguan saraf pada stroke terjadi dalam hari, minggu pertama, dan setelah 6 bulan. Setelah 6 bulan, jika masih terdapat cacat maka perbaikan yang terjadi setelah itu tidak akan mencolok lagi, walaupun perbaikan ringan masih dapat diharapkan sampai 2 tahun, tetapi umumnya akan cenderung menetap (Wirawan, 2009).

## 2. Efektifitas latihan

Akibat dari terganggunya kebutuhan oksigen ke otak dapat terjadi manifestasi klinis berupa kelemahan sebagian atau seluruh anggota gerak dari tubuh sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas karena kelemahan anggota gerak dan membutuhkan latihan anggota gerak yang bertujuan untuk mencegah kecacatan. Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih sangat efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke (Sikawin, Mulyadi, & Palandeng, 2013).

Penelitian yang dilakukan Marlina (2011) ada pengaruh yang sangat signifikan efektifitas latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot. Hasil penelitian menunjukkan nilai rata-rata kekuatan otot responden pada latihan ROM sebelum intervensi adalah 3,68 dengan standar deviasi 1,62. Pada pengukuran sesudah intervensi didapat rata-rata 4,60 dengan standar deviasi 0,81. Terlihat nilai mean perbedaan antara pengukuran pertama dan kedua 0,92 dengan standar deviasi 1,07. Hasil uji statistik didapatkan nilai (Pvalue=0,000) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang bermakna kekuatan otot sebelum dan sesudah tindakan ROM pada pasien stroke iskemik.

Rekomendasi hasil penelitian agar latihan ROM yang dimodifikasi dapat diterapkan pada pasien stroke untuk meningkatkan nilai kekuatan otot sehingga

akan meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari serta dapat mencegah stroke berulang yang berakibat kematian. Untuk mencegah dan mengurangi hal tersebut maka perlu melakukan rehabilitasi, di dalamnya termasuk teknik mobilisasi dini. Dasar dari semua rehabilitasi stroke adalah asumsi bahwa pasien akan membaik dengan penyembuhan spontan, belajar, dan latihan (Ilma, 2014).

## 3. Tingkat energy

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik maka dibutuhkan energi yang cukup (Hidayat & Uliyah, 2016). Nutrisi merupakan bahan untuk menghasilkan energi yang digunakan dalam membantu proses pengaturan keseimbangan organ, otot, tendon, ligamen, dan persendian. Apabila status nutrisi kurang, kebutuhan energi pada orang tersebut akan berkurang sehingga dapat mempengaruhi proses keseimbangan dan pada akhirnya mempengaruhi kemampuan mobilisasi (Mubarak & Cahyatin, 2007). Tingkat energi yang menurun akibat intake nutrisi dan metabolisme yang terganggu pada pasien stroke iskemik menyebabkan kemampuan mobilisasi tidak adekuat (Wirawan, 2009).

## 4. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak seiring dengan perkembangan usia. (Hidayat & Uliyah, 2016). Laporan *U.S. Centers for Disease Control and Prevention* pada umumnya masyarakat beranggapan bahwa stroke adalah penyakit yang hanya terjadi pada usia pertengahan dan usia lanjut. Pada kenyataannya, hampir 10% stroke terjadi pada usia relatif muda (kurang dari 45 tahun).. selain muncul gejala

umum stroke yang khas, biasanya disertai kelainan lain berupa sindrom seperti gangguan perkembangan atau kejang. Stroke pada usia muda relatif jarang dibanding kelompok usia lanjut, tetapi memiliki penyebab dan metode diagnostik yang khusus, berpotensi menyebabkan hilangnya kemampuan di usia produktif akibat gangguan mobilisasi, dan memberikan dampak psikososial yang berat (Birawa & Amalia, 2015).

### 5. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena agaya hidup akan berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari (Hidayat & Uliyah, 2016). Gaya hidup sangat mempengaruhi kejadian stroke. Gaya hidup yang salah tentang kebiasaan mobilisasi fisik akan mempengaruhi persepsi pasien stroke iskemik melakukan mobilisasi pasca terserang stroke. Gaya hidup sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan di ikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya, demikian juga sebaliknya (Saryono & Kamaludin, 2008).

### 6. Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilisasi dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh akan memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, dan begitu pula sebaliknya ada orang yang mudah terkena gangguan mobilitas karena jarang berjalan jauh atau karena adanya adat dan budaya tertentu yang melarang untuk beraktifitas (Hidayat & Uliyah, 2016). Kebudayaan ini menyebabkan perubahan gaya hidup pasien dan akan mempengaruhi pasien stroke iskemik dalam upaya meningkatkan kemampuan mobilisasi

pasca stroke (Saryono & Kamaludin, 2008).

### 3. KESIMPULAN

Beberapa dampak imobilitas pada pasien stroke iskemik Menurut Anbiya (2014), pada sistem muskuloskeletal adalah kontraktur pada otot, kelemahan dan atrofi otot dan gangguan eksitasi elektrik. Pada tulang dapat terjadi osteoporosis. Pada sendi dapat menyebabkan degenerasi kartilago, infiltrasi jaringan fibrofatty, atrofi sinovial dan ankilosis. Pada Jantung dan paru dapat menyebabkan redistribusi cairan tubuh, hipotensi ortostatik, penurunan kapasitas fungsional kardiopulmoner, koagulasi darah (tromboembolisme), resistensi mekanis pernapasan, pneumonia hipostatik, peningkatan kapasitas total paru, emboli paru. Pada genitourinaria dan gastrointestinal dapat menyebabkan statis urinaria, batu ginjal, infeksi saluran kemih, gangguan berkemih, penurunan nafsu makan dan konstipasi. Pada sistem endokrin dan metabolik dapat menyebabkan peningkatan lemak tubuh, gangguan elektrolit dan mineral, intoleransi glukosa, gangguan produksi hormon, peningkatan temperatur dan respon berkeringat, gangguan ritme sirkadian. Pada kognitif dan perilaku dapat menyebabkan deprivasi sensoris, disorientasi, depresi dan cemas, penurunan kapasitas intelektualitas, gangguan keseimbangan dan koordinasi serta gangguan tidur. Pada kulit dapat menyebabkan ulkus dekubitus, edema dan bursitis subkutan.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskemik adalah luasnya kerusakan otak akibat stroke, efektifitas latihan, tingkat energi, usia dan status perkembangan, gaya hidup dan kebudayaan.

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik, perawat harus mengidentifikasi dampak

imobilitas sehingga dapat dicegah dan diatasi secara cepat, tepat dan tidak menimbulkan komplikasi yang lebih berat. Perawat juga harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan mobilisasi pasien stroke iskemik agar komplikasi pasca stroke dapat dicegah dan diminimalisasi. Hasil studi ini dapat dijadikan bahan kajian dalam mengembangkan penelitian lebih lanjut, dan memberikan informasi kepada praktisi keperawatan sebagai acuan dalam merumuskan perencanaan asuhan keperawatan dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien stroke iskemik.

#### 4. REFERENSI

- Anbiya, A.A. dkk. 2014. *Komplikasi imobilisasi lama*, Bagian Ilmu Kedokteran dan Rehabilitasi Fakultas Kedokteran UNPAD Dr. Hasan Sadikin Bandung
- Birawa, A.B.P & Amalia, L. 2015. Stroke pada Usia Muda, CDK-233/ vol. 42 no. 10, th. 2015
- Ariani, T. A. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta. Salemba Medika
- Fransisca, C. B. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta. Salemba Medik
- Ginsberg, L. 2008. *Lecture Notes Neurologi*. (Dikutip dalam jurnal penelitian Wibowo, 2016). Jakarta: Erlangga.
- Ginting, D.B. 2015. Mengatasi konstipasi Pasien Stroke dengan masase Abdomen dan Minum Air Puti Hangat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 18 No.1, Maret 2015, hal 23-30
- pISSN 1410-4490, eISSN 2354-9203. FIK-UI
- Guyton, A.C., & Hall, J.E. 2006. *Buku ajar fisiologi kedokteran (edisi 9)* (Irawati Setiawan, penerjemah). Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. 2016. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. 2009. *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Perawatan*. (Dikutip dalam jurnal Karya Tulis Ilmiah Shitte, 2013). Jakarta: Salemba Medika. P: 5-38
- Ilma, M. Z., (2014). Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2012. *Jurnal 'AFIYAH. VOL. I, NO. I, BULAN JANUARI, TAHUN 2014*.
- Koizer, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J., (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Volume 2. Jakarta: EGC
- Marlina. 2013. Pengaruh latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke iskemik di RSUDZA Banda Aceh, *Idea Nursing Journal Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala*.
- Misbach, J., & Kalim, H. 2007. *Stroke mengancam usia produktif*. Artikel diakses dari [www. Mediastore.com](http://www.Mediastore.com) diakses tanggal 18 April 2017

- Mubarak, W. & Chayatin, N. 2007. Kebutuhan Dasar Manusia. (Dikutip dalam jurnal Karya Tulis Ilmiah Shitte, 2013). Jakarta : EGC. P: 12.
- Munir, B. 2015. Neurologi Dasar. Jakarta: Sagung Seto.
- Muttaqin, A., 2008. Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta : Salemba Medika.
- Noor, Z. 2016. Buku Ajar Gangguan Ilmu Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. 2006. Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik, (edisi ke-4). Alih bahasa: Komalasari, R., dkk. Jakarta: EGC.
- Price, S.A. & Wilson, L.M. 2002. Pathophysiology: Clinical concepts of disease processes (6th ed.). St. Louis: Elsevier Science.
- Purwanti, O. S., & Arina, M. 2008. Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke. Dikutip dalam jurnal penelitian Faradila, 2017). Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 1 No.1, Maret 2008 :43-46
- Rasyid, A., Misbach, J., & Harris, S. 2015. Stroke Komplikasi Medis & Tata Laksana. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Saryono & Kamaludin, R. 2008. Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien di ruang bedah. Jakarta: Cakra Media.
- Sikawin, C. A., Mulyadi H., Palandeng. 2013. Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Irina F Neurolo Blu RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado, ejournalKeperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. 2008. Brunner & Suddarth: *Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. 2006. Buku ajar ilmu penyakit dalam, (edisi ke-4). Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Wirawan, R. P. 2009. Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume : 59, Nomor: 2, februari 2009

# HUBUNGAN KEPATUHAN PASIEN DENGAN KEJADIAN ULKUS DIABETES DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT PMI BOGOR

<sup>1</sup>Rochmayanti, <sup>2</sup>Rosalina

<sup>1,2</sup>Akademi Keperawatan Yayasan Jalan Kimia Jakarta

<sup>1</sup>email : [giatrafi@yahoo.com](mailto:giatrafi@yahoo.com)

<sup>2</sup> [lina76@yahoo.com](mailto:lina76@yahoo.com)

## Abstrak

Ulkus diabetes pada kaki dimulai dari cedera pada jaringan lunak kaki, pembentukan fisura antara jari-jari kaki atau didaerah kulit yang kering atau pembentukan sebuah kalus sebagai dampak hiperglikemia, neuropati dan kurangnya pasien melakukan perawatan kaki. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien DM di RS PMI Bogor. Penelitian ini menggunakan rancangan *crosssectional study*. Jumlah sampel penelitian 60 responden terdiri dari 30 pasien DM dengan ulkus dan 30 pasien DM tanpa ulkus. Teknik pengambilan sampel yaitu *consecutive sampling* dan acak sederhana. Analisis statistik yang digunakan yaitu *Chi Square* dan *regresi logistic* ganda. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kepatuhan pasien DM ( $p=0.000$ ), kepatuhan memonitor glukosa darah ( $p=0.000$ ), perawatan kaki, ( $p=0.000$ ), aktivitas ( $p=0.021$ ), kunjungan berobat ( $p=0.000$ ), diet ( $p=0.000$ ) dengan kejadian ulkus diabetes. Kepatuhan kunjungan berobat merupakan faktor paling dominan berhubungan dengan kejadian ulkus diabetes ( $OR=8.73$ ). Karakteristik demografi umur, status ekonomi dan tingkat pendidikan bukan faktor pengganggu, sedangkan jenis kelamin merupakan faktor pengganggu. Penelitian ini menyimpulkan terdapat hubungan antara ketidakpatuhan pasien DM dengan kejadian ulkus diabetes. Berdasarkan hal tersebut peneliti menyarankan pasien perlu mendapat pendidikan kesehatan dan pemeriksaan kaki secara teratur. Perlu dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pasien DM.

Kata kunci : kepatuhan, ulkus diabetes, asuhan keperawatan

## Abstract

*Diabetic ulcers on the legs start from an injury to the soft tissues of the feet, the formation of fissures between the toes or the dry skin region or the formation of a callus as a result of hyperglycemia, neuropathy and lack of patients performing foot care. The purpose of this study to determine the relationship between adherence of patients with diabetic ulcers in the context of nursing care in DM patients in RS PMI Bogor Hospital. This research uses crosssectional study design. The number of research samples 60 respondents consisted of 30 patients with DM ulcers and 30 patients without ulcer DM. The sampling technique is consecutive sampling and simple random. Statistical analysis used is Chi Square and multiple logistic regression. The results showed a significant association between DM patient compliance ( $p = 0.000$ ), blood glucose monitoring ( $p = 0.000$ ), foot care, ( $p = 0.000$ ), activity ( $p = 0.021$ ), treatment visit ( $p = 0.000$ ), diet ( $p = 0.000$ ) with diabetic ulcer occurrence. Compliance visits treatment is the most dominant faktor associated with the incidence of diabetic ulcers ( $OR = 8.73$ ). The demographic characteristics of age, economic status and level of education are not a disturbing faktor, while gender is a disturbing faktor. This study concludes that there is an association between non-adherence of DM patients with diabetic ulcer occurrence. Based on this the researcher suggests the patient should get health education and foot examination regularly. Need to do research about the faktors that influence non-compliance DM patients.*

*Key word : adherence, diabetic ulcer, nursing care*



## 1. PENDAHULUAN

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang menyerang kurang lebih 12 juta orang. Ulkus diabetes merupakan salah satu komplikasi jangka panjang yang dapat terjadi pada DM. Hasil penelitian di Indonesia bahwa prevalensi kaki diabetes berkisar antara 17.3 sampai 32.9% dari seluruh penderita DM yang dirawat (Adam. JMF.2005).

Hasil penelitian di Amerika sekitar 50% hingga 70% amputasi ekstremitas bawah dilakukan pada pasien-pasien yang menderita diabetes. Sebanyak 50% dari kasus-kasus amputasi ini diperkirakan dapat dicegah bila pasien diajarkan tindakan preventif untuk merawat kaki setiap hari (Smeltzer S.C. & Bare B.G., 2002).

Mekanisme terjadinya ulkus diabetes disebabkan oleh banyak faktor yang berkontribusi pada pasien DM, selain neuropati, penyakit vaskuler perifer dan penurunan daya imunitas akibat dari efek hiperglikemia, ulkus diabetic juga dapat disebabkan oleh kurang patuhnya pasien dalam merawat kesehatan dirinya seperti monitor kadar glukosa, kurang patuh dalam memeriksa kaki, penggunaan alas kaki yang tidak sesuai, kurang melaksanakan pengobatan dan aktivitas yang tidak sesuai (Frykberg, 2002).

Kepatuhan didefinisikan sebagai aktif, sukarela dan bekerjasama yang melibatkan pasien dalam suatu perilaku yang saling menerima untuk tujuan terapeutik (WHO,2003). Perilaku perawatan diri meliputi pemantauan glukosadarah di rumah, pemberian pengobatan insulin oral, keteraturan kunjungan berobat, perawatan kaki, penyesuaian diet, keteraturan aktivitas fisik serta perilaku lainnya tergantung kondisi pasien DM.

Pasien DM dalam perawatan kesehatan dirinya sering terjadi ketidakpatuhan, rata-rata ketidak patuhan pasien diabetes yaitu tidak akurat dalam pencatatan pemeriksaan

Glukosa darah 30-70%, penggunaan insulin tidak sesuai 20-80%, perencanaan makanan 35-75%, tidak adekuat jumlah latihan 70-81%, serta tidak adekuat perawatan kaki 23-52% (Rawley.C, 1999).

Rumah Sakit PMI Bogor merupakan salah satu rumah sakit yang melaksanakan kegiatan edukasi pada pasien DM. Beberapa kegiatan yang dilaksanakan adalah promosi kesehatan perawatan kaki, diet, senam diabetes dan lain sebagainya. Diketahui jumlah pasien diabetes melitus yang dirawat pada tahun 2016 cukup banyak yaitu 217 orang, jumlah pasien DM dengan ulkus diabetes yaitu 29 orang atau sekitar 13.3%. sedangkan jumlah pasien diabetes yang berobat ke klinik rawat jalan rata-rata perbulan mencapai 120 pasien. Beberapa diantaranya disertai dengan luka diabetes.

Tingginya angka kejadian diabetes melitus, luka diabetes dan tingkat kepatuhan pasien diabetes peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes dalam konteks asuhan keperawatan pasien DM di Rumah Sakit PMI Bogor.

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes, mengetahui faktor kepatuhan yang dominan berhubungan dengan kejadian ulkus diabetes dan mengetahui faktor pengganggu hubungan antara kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analisis korelasi dengan rancangan crossectional study yang meneliti kepatuhan pasien pada kelompok kontrol dan kelompok kasus. Kelompok kontrol yaitu pasien DM tanpa ulkus sedangkan kelompok kasus yaitu pasien DM dengan ulkus diabetes. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien DM rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit PMI Bogor pada

bulan Mei-Juni 2016. Jumlah sampel penelitian 60 responden terdiri dari 30 kontrol dan 30 kasus. Teknik pengambilan sampel yaitu acak sederhana pada kelompok kontrol dan *consecutive sampling* pada kelompok kasus. Analisis statistik yang digunakan yaitu Chi Square dan regresi logistik ganda.

Tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit PMI Bogor di Poliklinik penyakit endokrin serta ruang rawat inap penyakit dalam dan bedah. Waktu penelitian dilaksanakan dari tanggal 9 Mei 2016 sampai 22 Juni 2016.

Alat yang digunakan adalah kuesioner yang berhubungan dengan kepatuhan pasien DM meliputi data demografi, kepatuhan monitor Glukosa darah, riwayat penyakit DM, kepatuhan kontrol berobat, kepatuhan perawatan kaki, kepatuhan melakukan aktivitas dan kepatuhan diet. Pedoman wawancara yang dibuat diuji validitas reliabilitasnya pada 10 responden diluar sampel penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara langsung dengan pedoman wawancara.

Penelitian ini menggunakan analisis univariat dengan analisis frekuensi dari karakteristik responden dan tingkat kepatuhan pasien DM. Untuk analisis bivariat dengan uji Chi Square digunakan mengetahui hubungan antara kepatuhan dengan kejadian ulkus diabetes. Analisis multivariate dengan uji regresi logistic ganda untuk mengetahui komponen ketidakpatuhan faktor pengganggu hubungan kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian tentang hubungan kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus di RS PMI Bogor.

## 3.1 Analisis Univariat

### 3.1.1 Karakteristik Responden

Tabel 3.1

Distribusi Responden Menurut Demografi diRS PMI Bogor Mei-Juni 2016 (n=60)

NO	KARAKTERISTIK DEMOGRAFI	f	%
1	Umur	27	45
	Bukan Lansia	33	55
2	Jenis Kelamin	29	48
	Laki-Laki	31	52
3	Pendidikan	22	37
	Tinggi	38	63
4	Status Ekonomi	19	32
	Tinggi	41	68
5	Rendah	56	93
	Tipe DM	4	7
6	DM Tipe 2	21	35
	DM Tipe 1	39	65
	Lamanya		
	>10 tahun		
	0 – 10 tahun		

### 3.1.2 Umur dan Jenis Kelamin

Kelompok umur bukan lansia lebih sedikit dibandingkan dengan lansia. Umumnya pasien mengalami DM tipe 2 ini akibat adanya resistensi insulin yang meningkat pada lansia. Pada perempuan lebih banyak dari laki-laki, hal ini bertentangan dengan penelitian di Amerika bahwa resiko ulkus meningkat pada laki-laki, (Smeltzer, S.C., & Bare, B.G, 2002).

### 3.1.3 Tingkat Pendidikan dan Status Ekonomi

Pendidikan rendah 63% dan status ekonomi rendah 68% dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Penelitian sebelumnya Jones, R. (2006) mengatakan tingkat pendidikan dan ekonomi yang rendah berhubungan dengan rendahnya kepatuhan pasien DM. pengetahuan merupakan faktor predisposisi perilaku kesehatannya. Status ekonomi rendah menyebabkan pasien sulit untuk membiayai kesehatan atau melakukan pengobatan.

### 3.1.4 Jenis dan Lamanya DM

Jumlah pasien DM tipe 2 (93%) dan tipe 1 (7%). Hasil penelitian ini sesuai laporan WHO (2003) prevalensi DM tipe 2 (90%) dan tipe 1 (5-10%). Pasien DM lebih dari 10 tahun ada 35% beresiko terhadap terjadinya ulkus sehingga perlu diwaspadai dan diantisipasi dan diantisipasi dengan meningkatkan upaya preventif terjadinya ulkus diabetes. Gangguan vaskular perifer baik akibat makrovaskular (*aterosklerosis*) maupun gangguan mikrovaskular menyebabkan terjadinya iskemia kaki. Keadaan tersebut disamping sebagai penyebab terjadinya ulkus juga mempersulit proses penyembuhan (Cahyono, 2007). Hasil penelitian Al-Maskari & EL-Sadiq (2007) ada hubungan bermakna antara lama sakit dengan kejadian penyakit vaskular perifer dan neuropati penyebab utama ulkus.

### 3.2.1 Hubungan Kepatuhan Pasien DM dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah pasien DM yang tidak patuh cukup besar yaitu 25 orang (42%). Hal ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah faktor demografi seperti status ekonomi, tingkat pendidikan dan dukungan sosial.

Hasil uji statistik didapatkan  $p\text{-value} = 0.000$  dan  $OR = 31.00$  artinya terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan pasien DM dengan kejadian ulkus diabetes. Pasien DM yang tidak patuh mempunyai peluang 21 kali untuk mengalami ulkus diabetes. Pasien DM yang secara umum tidak patuh artinya pasien tersebut tidak mematuhi monitor Glukosa darah, diet, aktivitas, perawatan kaki dan kunjungan berobat,

Tabel 3.2  
Hubungan Kepatuhan pasien DM dengan kejadian ulkus diabetes di RS PMI Bogor Mei-Juni 2016 (n=60)

Kepatuhan	Kejadian Ulkus Diabetes				Total		OR 95%	P value
	Ulkus		Tidak Ulkus		n	%		
	n	%	n	%				
Kepatuhan Pasien DM								
Patuh	7	20	27	80	34	100	34.00	0.000
Tidak Patuh	23	90	3	10	26	100	9.77-118.24	
Manitor Glukosa Darah								
Patuh	8	24	25	76	33	100	14.09	0.000
Tidak Patuh	22	82	5	18	27	100	4.9 – 40.1	
Perawatan Kaki								
Patuh	8	25	24	75	32	100	10.37	0.000
Tidak Patuh	22	78	6	22	28	100	3.86-27.86	
Penyesuaian Diet								
Patuh	7	21	25	79	31	100	13.22	0.000
Tidak Patuh	23	79	6	21	29	100	4,78-36,54	
Kunjungan Berobat								
Patuh	6	18	25	82	31	100	23.78	0.000
Tidak Patuh	24	84	5	16	29	100	7.81-72.41	
Melakukan Aktivitas								
Patuh	17	41	25	59	42	100	3.24	0.000
Tidak Patuh	13	69	5	31	18	100	1.26-8.31	

Tabel 3.3

Hasil analisis pemodelan akhir variabel kepatuhan monitor Glukosa darah, perawatan kaki, diet dan kunjungan berobat dengan kejadian ulkus diabetes di RS PMI Bogor (n=60)

Variabel	B	Wald	p-Wald	OR	CI 95%
Kepatuhan Monitor GD	0.75	0.90	0.341	2.12	0.45 – 9.94
Kepatuhan Perawatan Kaki	1.94	8.04	0.005	6.98	1.82-26.76
Kepatuhan Diet	1.44	4.70	0.030	4.22	1.15-15.51
Kepatuhan Kunjungan Berobat	2.19	7.31	0.007	8.95	1.82-43.82

### 3.1.5 Hubungan Kepatuhan Monitor Glukosa Darah dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Responden yang patuh lebih banyak yaitu 33 (55%) orang dibandingkan yang tidak patuh yaitu 27 (45%) orang. Hal ini sesuai dengan penelitian Harris dan Lustman (1988) bahwa rata-rata ketidakpatuhan pasien dalam monitor dan mencatat Glukosa darah yaitu 30-80%.

Hasil analisis terdapat hubungan yang signifikan antara ketidakpatuhan monitor Glukosa darah dengan kejadian ulkus diabetes ( $p=0.000$ ) dan  $OR= 14.09$  dimana responden yang tidak patuh mempunyai resiko lebih tinggi 14 kali mengalami ulkus diabetes.

Pemantauan kadar glukosa darah perlu dilakukan oleh pasien DM karena hasil pemantauan digunakan menilai keberhasilan penatalaksanaan DM untuk mencapai kadar glukosa darah senormal mungkin. Pemantauan glukosa teratur memungkinkan deteksi dini dan pencegahan hiperglikemi, disamping itu pengontrolan glukosa darah ini berperan dalam memelihara normalisasi glukosa darah dan mencegah terjadinya komplikasi (Sudoyo, A.W. et al, 2006).

### 3.1.6 Hubungan Kepatuhan Perawatan Kaki dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih banyak pasien yang tidak patuh melakukan perawatan kaki yaitu 28 orang (46.6%), hasil uji statistic didapatkan  $p$ -value = 0.000 dan  $OR=10.37\%$ . hasil penelitian ini sesuai dengan teori mengenai faktor resiko terjadinya ulkus diabetes. Menurut Smeltzer S.C. & Bare B.G. (2002) jika pasien tidak mempunyai kebiasaan untuk memeriksa atau merawat kakinya setiap hari maka cedera dan fisura timbul tanpa diketahui sampai terjadinya ulkus diabetes.

Diketahui bahwa faktor penyebab terjadinya ulkus selain akibat perubahan patofisiologi, deformitas kaki juga disebabkan oleh faktor lingkungan seperti

trauma akut dan atau kronis akibat tekanan sepatu atau benda tajam yang mengawali terjadinya ulkus diabetes Cahyono JB.S.B. (2007).

Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien DM yang tidak patuh melakukan perawatan kaki memiliki resiko untuk mengalami ulkus diabetes, pasien perlu melakukan perawatan kaki yang bersifat preventif, disamping terafi farmakologi, diet, aktivitas dan pengontrolan kadar glukosa darah (Smeltzer S.C. & Bare B.G. ,2002).

### 3.1.7 Hubungan Kepatuhan Penyesuaian Diet dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Kepatuhan diet responden menunjukkan pasien tidak patuh 48.3%. hasil analisis diketahui ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan diet dengan kejadian ulkus diabetes ( $p=0.000$  dan  $OR=13.22$ ).

Lipsky, Barendt, Deery et all (2007) dalam penelitiannya menyatakan bahwa kepatuhan pasien bervariasi antara 25-70%. Pasien yang tidak patuh terhadap diet akan mengalami hiperglikemi dan beresiko terjadinya komplikasi. Oleh karena itu efek jangka panjang ini berkontribusi terhadap kelainan mikrovaskuler dan neuropatik dengan resiko terjadinya ulkus diabetes.

### 3.1.8 Hubungan Kepatuhan Kunjungan Berobat dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien DM yang tidak patuh dalam melakukan kunjungan berobat masih cukup besar yaitu sebanyak 29 orang (48.3%). Hal ini memungkinkan pasien akan mengalami DM yang tidak terkontrol dan beresiko mengalami berbagai komplikasi akut maupun kronik.

Penelitian lebih lanjut diketahui ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan kunjungan berobat dengan kejadian ulkus diabetes,  $p$ -value=0.000 dengan  $OR=23.78$ , hasil uji regresi logistik  $p$ -Wald=0.007 dengan  $OR=8.95$  merupakan  $OR$  yang

terbesar dibandingkan variabel kepatuhan lainnya. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa kepatuhan kunjungan berobat merupakan faktor yang paling berhubungan dengan kejadian ulkus atau paling dominan.

Pasien yang kunjungan berobatnya teratur akan lebih sering mendapatkan berbagai informasi mengenai perawatan dalam mengontrol DM yang dialaminya seperti anjuran aktivitas atau latihan, pengendalian melalui diet, mendapat terapi obat hipoglikemik oral atau insulin dengan tepat sehingga kadar glukosa darahnya akan terkontrol dengan baik dan terhindar dari hiperglikemik persisten. Selain itu pasien akan mendapatkan informasi mengenai perawatan kaki untuk mencegah ulkus diabetes (Cahyono JB.S.B. 2007).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Davidson (2006), bahwa pasien DM yang berobat ke klinik kesehatan terbukti lebih sering mendapatkan informasi dan pemeriksaan dengan  $p < 0.001$  dibandingkan yang berobat ke klinik tradisional. Kondisi tersebut berdampak pada pengendalian glukosa darah dimana glikosilat haemoglobin (HbA1C) pasien yang sering mendapat informasi lebih rendah dibandingkan yang jarang mendapat informasi menurut Jones (2006).

### 3.1.9 Hubungan Kepatuhan Melakukan Aktivitas dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Hasil penelitian menunjukkan pasien yang tidak patuh melakukan aktivitas 18 orang (30%). Ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan melakukan aktivitas fisik atau latihan dengan kejadian ulkus diabetes ( $p\text{-value}=0.023$ ) dan  $OR=3.24$ .

Penderita DM tipe 2, latihan yang disertai dengan penatalaksanaan diet akan memperbaiki metabolisme glukosa serta menurunkan jumlah lemak tubuh. Latihan yang digabungkan dengan penurunan berat badan akan memperbaiki sensitivitas insulin. Pada akhirnya toleransi glukosa dapat menjadi normal. Pada DM tipe 2 latihan jasmani dapat memperbaiki pengendalian

glukosa secara menyeluruh, hal ini terbukti dengan penurunan konsentrasi HbA1C yang dapat dijadikan pedoman untuk menurunkan resiko komplikasi DM dan kematian.

Hubungannya dengan kejadian ulkus diabetes, bahwa pasien DM yang melakukan latihan dan aktivitas yang teratur kadar glukosa darahnya akan lebih terkontrol sehingga resiko untuk terjadinya komplikasi seperti ulkus diabetes akan lebih rendah dan sebaliknya pasien DM yang tidak atau jarang melakukan latihan dapat mengalami hiperglikemia sebagai faktor penyebab terjadinya ulkus diabetes. Terjadinya ulkus diketahui diawali dengan adanya hiperglikemia yang dapat menyebabkan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah, (Aguiar, ME.at. al, 2003).

### 3.1.10 Hubungan Karakteristik Pasien Terhadap Kepatuhan Pasien dengan Kejadian Ulkus Diabetes

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetes tidak dipengaruhi oleh umur, status ekonomi dan tingkat pendidikan pasien, tetapi banyak dipengaruhi oleh jenis kelamin pasien DM dimana perempuan lebih banyak yaitu 52%.

Peneliti berasumsi bahwa kondisi ini dapat terjadi karena adanya perbedaan kebiasaan yang dilakukan antara wanita dan laki-laki. Meskipun Wanita biasa melakukan perawatan dirinya secara umum termasuk perawatan kaki seperti penggunaan pelembab pada kulit kaki, merawat kuku kaki dan lain sebagainya tetapi resiko cedera karena sepatu sandal maupun aktivitas dirumah, sedangkan pada laki-laki hal itu jarang dilakukan, sehingga ada kemungkinan pada laki-laki beresiko lebih rendah mengalami ulkus dibandingkan wanita. Adanya kebiasaan merokok yang lebih banyak dilakukan oleh laki-laki dibandingkan perempuan merupakan faktor resiko untuk terjadinya ulkus diabetes.

Diketahui bahwa merokok merupakan faktor resiko terjadinya aterosklerosis, karena pada tembakau terdapat asam nikotinat yang memicu pelepasan katekolamin yang dapat

menyebabkan konstriksi arteri, merokok juga dapat meningkatkan adhesi trombosit mengakibatkan kemungkinan terjadinya trombus. Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah merupakan penyebab meningkatnya kejadian penyakit oklusif arteri perifer pada pasien DM dan ini merupakan penyebab utama meningkatnya insiden ganggren pada pasien-pasien DM (Black. J. M., & Hawks. J. H., 2009).

#### 4. KESIMPULAN

Terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan pasien DM ( $p=0.000$  OR=34.00), kepatuhan memonitor glukosa darah ( $p=0.000$  OR=14.9), perawatan kaki ( $p=0.000$  OR= 10.37), diet ( $p=0.000$  OR=13.22), kunjungan berobat ( $p=0,000$  OR=23.78), aktivitas ( $p=0.023$  OR=3.24), dengan kejadian ulkus diabetes. Kepatuhan kunjungan berobat merupakan faktor paling dominan berhubungan dengan kejadian ulkus diabetes (OR=8.95). Karakteristik demografi jenis kelamin merupakan faktor pengganggu. Sedangkan umur, tingkat pendidikan dan status ekonomi bukan faktor pengganggu.

Ketidakpatuhan secara keseluruhan akan berdampak pada tidak terkendalinya kadar glukosa darah, kondisi ini menyebabkan pasien mengalami hiperglikemia persisten. Hiperglikemia persisten merupakan penyebab utama dari timbulnya berbagai komplikasi diabetes, salah satunya adalah ulkus diabetes. Kurang adekuatnya perawatan kaki dapat meningkatkan resiko pasien DM untuk mengalami ulkus diabetes.

#### 5. REFERENSI

- Adam, J.M.F. (2005). Komplikasi kronik diabetes masalah utama pasien diabetes dan upaya pencegahan. *Jurnal Kedokteran Universitas Hasanudin*, 26 (3), 53–61. <http://med.unhas.ac.id/datajurnal/tahun2005vol26>, diperoleh 02 Februari 2016.
- Aguiar, ME., Burrows., Wang, J., Boyle, JP., Geiss. LS., Enggelgau. (2003). History of foot ulcer among person with diabetes, United States, 2000 to 2002. <http://www.medscape.com/nurse/journal>, diperoleh 25 Oktober 2015.
- Alimul, H.A.A. (2003). Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta: Salemba Medika.
- Al-Maskari, F. & EL-Sadig, M. (2007). Prevalence of risk factors for diabetic foot complications. *BMC journal*. <http://www.biomedcentral.com>, diperoleh 22 Desember 2015.
- Almatsier, S. (2006). Penuntun diet. Edisi Baru. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- American Diabetes Association, (2004). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 27 (1), S5-S10. <http://www.care.diabetesjournal>, diperoleh 02 Februari 2016.
- Arikunto, S. (1998). Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Arisman. (2000). Pencegahan diabetes mellitus: Laporan kelompok studi WHO. Jakarta: Hipokrates.
- Boyko et al. (1998). A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer. *Diabetes care*. 22 (7), 1036-1042. <http://www.care.diabetesjournal.org/content/vol22>, diperoleh 22 Desember 2015.
- Budiarto, E. (2004). Metodologi penelitian kedokteran: Sebuah pengantar. Jakarta. EGC.
- Cahyono JB.S.B. (2007). Manajemen ulkus kaki diabetes. *Dexa medica*, 20 (3), 103-108. <http://www.dexa-medica.com/images/publication>, diperoleh tanggal 06 Januari 2016
- Black. J. M., & Hawks. J. H. (2009), *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management For Positive Outcomes*, (7<sup>th</sup> edition), St Louis, Elsevier Saunders.
- Dahlan, M. S.(2006). *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT Arkans.

- Delamater, A.M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical diabetes*, 24 , 71-77. <http://www.clinical.diabetesjournal.org>, diperoleh tanggal 06 Januari 2016.
- Frykberg, R.G. (2002). Diabetic foot ulcers: Pathogenesis and management. *American family physician*, 66 (9), 1655-1662. <http://www.aafp.org/afp/conten.htm>, diperoleh tanggal 22 Desember 2015.
- First Nation & Inuit Health, (2005). Clinical practice guidelines for nurses in primary care. *Metabolism and endocrinology*. [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index_e.html), diperoleh 15 September 2015.
- Hastono, S.P. (2007). Analisis data kesehatan: Basic data analysis for health research training. FKM. UI. Tidak diterbitkan
- Jones, R. (2006). Exploring the complex care of the diabetic foot ulcer <http://www.jaapa.com/issues/diabetic-foot>, diperoleh 19 Oktober 2015.
- Lipsky, B.A., Berendt, A.R., Deery, H.G., Embil, J.M., Joseph, W.S., Karchmer, A.W., et al. (2004). Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Guidelines for diabetic foot infections. *CID*, 39, 885-888. <http://www.journal.unchicago.edu>, diperoleh 20 Agustus 2015.
- Diamatteo, M. R., & Martin, L. R.(2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn & Bacon
- Doenges, M.E, et al (2000). *Nursing Care Plans. Guidelines For planning and Documenting Patient care*. (Kariasa, Sumarwati, Penerjemah). Philadelphia : F.A.Davis Company.
- Hastono, S. P.(2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., Bucher, L. (2007). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Mosby Elsevier Inc.
- Luknis Sabri & Sutanto, P. H. (2009). *Statistik Kesehatan*. Jakarta : PT RajaGrafindo Persada.
- Rowley, C. (1999). Factors influencing patient adherence in diabetes. <http://http://www.Calgaryhealthregion.ca/adulthpsy/pepers/diabetes>, diperoleh 06 Januari 2015.
- Polit D. F. & Hungler B. P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods*. Philadelphia : Lippincot.
- Price, S. A. & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. (Terj. dari Pathophysiology : Clinical Concepts of Disease Processes, Brahm U. Pandit et al) Jakarta : EGC.
- Saryono. (2010). *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha medika Bantul.
- Sastroasmoro S. dan Ismael S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi 3*. Jakarta : Sagung Seto.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC.
- Sudoyo, at al (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. jilid III. Departemen IPD FK UI. Jakarta.
- WHO, (2003). Adherence long-term therapies : Evidence for action. [http://www.emro.who.int/ncd/publication/adherence\\_report](http://www.emro.who.int/ncd/publication/adherence_report), diperoleh 07 Januari 2016.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*, Ed. 7 (Terj. Dari Nursing Diagnosis Handbook With Intervention and NOC Outcomes, 7 edition, Widyawati....[et al.]. Jakarta:EG

## PENJADWALAN SHIFT PERAWAT DENGAN

# MENGGUNAKAN GOAL PROGRAMMING

<sup>1,2</sup>Imelda Avia

<sup>1</sup>Program Pascasarjana Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Universitas Indonesia

<sup>2</sup>Akper Yaspen Jakarta

E-mail: imeldaavia7@gmail.com

## **Abstrak**

*Penjadwalan keperawatan merupakan salah satu masalah kompleks bagi rumah sakit. Penjadwalan perawat yang baik yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit memegang peranan penting dalam mempengaruhi kinerja rumah sakit di pengguna layanan rumah sakit. Penjadwalan yang tidak sinkron akan berdampak terhadap kualitas layanan dan menyebabkan kelelahan akibat kelebihan beban kerja. Kajian literatur ini bertujuan untuk memberikan informasi, menganalisis efektifitas berbagai macam penjadwalan shift perawat menggunakan model goal programming, serta membandingkan penggunaannya dengan metode manual. Metode dalam penulisan ini yaitu literature review. Hasil penelitian penjadwalan shift perawat menggunakan metode goal programming dengan bantuan software LINGO lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan menggunakan metode manual, pembagian shift merata dan adil, tidak ada yang dinas dua kali secara berturut-turut dalam sehari serta adanya day off yang proporsional. Penjadwalan dengan metode ini sangat direkomendasikan bagi manajer keperawatan atau kepala ruangan dalam membuat penjadwalan shift perawat diberbagai ruangan sesuai dengan peraturan manajemen rumah sakit.*

**Kata kunci: goal programming, shift, penjadwalan perawat, LINGO**

## **Abstract**

*Nursing scheduling is one of the complex issues for hospitals. Good nursing scheduling conducted by hospital management plays an important role in influencing hospital performance in hospital service users. Unsynchronized scheduling will have an impact on service quality and lead to excessive workload fatigue. This literature review aims to provide information, analyze the effectiveness of various scheduling shift nurses using goal programming model, and compare its use with manual method. The method in this writing is the literature review. The result of nurse shift scheduling research using goal programming method with the help of LINGO software is more effective and efficient than using manual method, equitable and fair shift division, and no two duty service in a row in a day and proportional day off. Scheduling with this method is highly recommended for nursing managers or head of the room in making scheduling of nurse shifts in different rooms according to hospital management rules.*

**Keyword: goal programming, shift, nurse scheduling, LINGO**



## 1. PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan fasilitas layanan kesehatan 24 jam sehingga dalam pelaksanaannya perawat memberikan layanan keperawatan 24 jam selama 7 hari. Pengaturan jadwal tenaga perawat perlu direncanakan dengan baik agar tidak terjadi kelebihan beban kerja yang berdampak pada kinerja perawat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizky Maharja (2015) beban kerja fisik dan kelelahan kerja memiliki hubungan yang kuat dan searah. Beban kerja fisik berbanding lurus dengan peningkatan kelelahan kerja bahwa semakin meningkatnya beban kerja fisik, maka kelelahan kerja juga akan mengalami peningkatan. *Shift* kerja dan kelelahan kerja juga memiliki hubungan searah dan kuat serta terdapat perbedaan tingkat kelelahan kerja berdasarkan *shift* kerja. Pengaturan jadwal dinas yang kurang baik selain menyebabkan kelelahan juga menyebabkan berkurangnya waktu tidur dan mengganggu irama biologis tubuh.

Menurut penelitian Dede Nurul Khikmah (2017) terdapat perbedaan kualitas kerja dalam setiap *shift*. Jadwal dinas mempengaruhi kualitas layanan yaitu kepuasan layanan. Khususnya, *shift* malam memiliki kualitas layanan yang rendah disebabkan tingkat kelelahan berat pada malam hari. Apabila hal ini tidak diatasi maka akan mempengaruhi kinerja perawat, menurunkan kualitas mutu asuhan keperawatan, menurunkan motivasi, meningkatkan kesalahan, produktivitas kerja menurun, stress akibat kerja meningkat, penyakit akibat kerja meningkat, prestasi kerja menurun, serta kecelakaan kerja pun dapat meningkat.

Dampak buruk dari penjadwalan dinas yang tidak sinkron tersebut diatas menurut Robins (2017) dapat diatasi dengan optimasi dari peran manajer dalam pengaturan jadwal dinas dimana manajer memiliki peranan penting dalam mencapai tujuan organisasi yaitu memberikan mutu layanan terbaik. Permasalahan penjadwalan dinas merupakan salah satu permasalahan di organisasi kesehatan yang sulit dipecahkan. Jumlah pasien yang tidak menentu dan tidak terkendali, berbagai macam keseriusan penyakit pasien, karaktersitik organisasi, adanya absen dan permintaan pribadi untuk libur, kualifikasi dan spesialisasi perawat itu sendiri membuat manajer sulit untuk membuat jadwal untuk setiap perawat ke dalam jam kerja yang berbeda-beda dalam jangka pendek.

Melihat permasalahan yang ada dalam penjadwalan dinas berbagai inovasi dilakukan untuk memudahkan dalam penjadwalan dinas perawat. Inovasi tersebut salah satunya yaitu adanya sistem perangkat lunak yang memudahkan dalam penjadwalan dinas dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan kebutuhan perawat itu sendiri. Aplikasi *software* ini membantu manajer keperawatan dalam penjadwalan dinas yang sesuai dengan proporsinya sehingga kelebihan beban kerja dapat dihindari dan dapat meningkatkan mutu layanan. Berdasarkan hal inilah penulis tertarik dalam membahas berbagai macam aplikasi *software* yang dapat membantu manajer keperawatan dalam penjadwalan dinas jaga perawat.

## 2. KAJIAN LITERATUR

Rumah sakit merupakan fasilitas layanan kesehatan 24 jam sehingga dalam pelaksanaannya perawat memberikan layanan

keperawatan 24 jam selama 7 hari. Pengaturan jadwal tenaga perawat perlu direncanakan dengan baik agar tidak terjadi kelebihan beban kerja yang berdampak pada kinerja perawat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizky Maharja (2015) beban kerja fisik dan kelelahan kerja memiliki hubungan yang kuat dan searah. Beban kerja fisik berbanding lurus dengan peningkatan kelelahan kerja bahwa semakin meningkatnya beban kerja fisik, maka kelelahan kerja juga akan mengalami peningkatan. *Shift* kerja dan kelelahan kerja juga memiliki hubungan searah dan kuat serta terdapat perbedaan tingkat kelelahan kerja berdasarkan *shift* kerja. Pengaturan jadwal dinas yang kurang baik selain menyebabkan kelelahan juga menyebabkan berkurangnya waktu tidur dan mengganggu irama biologis tubuh.

Menurut penelitian Dede Nurul Khikmah (2017) terdapat perbedaan kualitas kerja dalam setiap *shift*. Jadwal dinas mempengaruhi kualitas layanan yaitu kepuasan layanan. Khususnya, *shift* malam memiliki kualitas layanan yang rendah disebabkan tingkat kelelahan berat pada malam hari. Apabila hal ini tidak diatasi maka akan mempengaruhi kinerja perawat, menurunkan kualitas mutu asuhan keperawatan, menurunkan motivasi, meningkatkan kesalahan, produktivitas kerja menurun, stress akibat kerja meningkat, penyakit akibat kerja meningkat, prestasi kerja menurun, serta kecelakaan kerja pun dapat meningkat.

Dampak buruk dari penjadwalan dinas yang tidak sinkron tersebut diatas menurut Robins (2017) dapat diatasi dengan optimasi dari peran manajer dalam pengaturan jadwal dinas dimana manajer memiliki peranan penting dalam mencapai tujuan organisasi yaitu memberikan mutu layanan terbaik. Permasalahan penjadwalan dinas merupakan salah satu permasalahan di organisasi kesehatan yang sulit dipecahkan. Jumlah pasien yang tidak menentu dan tidak terkendali, berbagai macam keseriusan penyakit pasien, karaktersitik organisasi, adanya absen dan permintaan pribadi untuk libur, kualifikasi dan spesialisasi perawat itu sendiri membuat manajer sulit untuk membuat

jadwal untuk setiap perawat ke dalam jam kerja yang berbeda-beda dalam jangka pendek.

Melihat permasalahan yang ada dalam penjadwalan dinas berbagai inovasi dilakukan untuk memudahkan dalam penjadwalan dinas perawat. Inovasi tersebut salah satunya yaitu adanya sistem perangkat lunak yang memudahkan dalam penjadwalan dinas dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan kebutuhan perawat itu sendiri. Aplikasi *software* ini membantu manajer keperawatan dalam penjadwalan dinas yang sesuai dengan proporsinya sehingga kelebihan beban kerja dapat dihindari dan dapat meningkatkan mutu layanan. Berdasarkan hal inilah penulis tertarik dalam membahas berbagai macam aplikasi *software* yang dapat membantu manajer keperawatan dalam penjadwalan dinas jaga perawat.

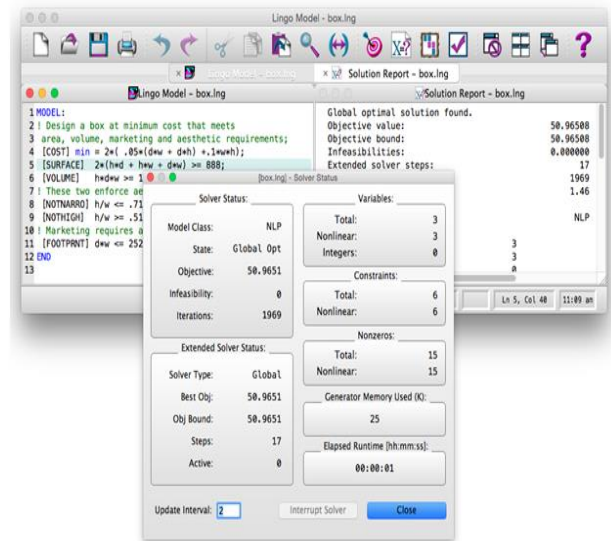
Penjadwalan *shift* menurut Ferreira dan Rocha (2013) merupakan proses dari perancangan jadwal kerja bagi staf di suatu organisasi yang dapat memenuhi permintaan akan barang atau jasa. Proses pertama menentukan jumlah staf dengan keterampilan tertentu, kebutuhan permintaan layanan tertentu sehingga dapat meningkatkan kinerja pegawai di waktu yang berbeda. Pemberian tugas di masing-masing *shift*, peraturan organisasi harus diperhatikan selama proses berlangsung (Ferreira & Rocha, 2013). Penjadwalan dinas terbagi menjadi tiga waktu yaitu dinas pagi, sore dan malam. Dinas pagi durasi 7 jam dari pukul 07.00-14.00 wib, dinas sore durasi 7 jam dari pukul 14.00-21.00 wib, dan dinas malam durasi 10 jam dari pukul 21.00-07.00 wib. Dalam pemenuhan kebutuhan perawat untuk seluruh staff sebaiknya mematuhi peraturan yang berlaku di rumah sakit. Penjadwalan dinas dapat dilakukan dengan metode manual atau dengan sistem komputer (Caisario, 2014).

Menurut Caisario (2014) penjadwalan dengan sistem komputer salah satunya menggunakan metode *goal programming* yang merupakan pengembangan dari program linear. *goal programming* diperkenalkan pertama kali oleh Abraham Charnes dan William Cooper pada tahun 1950-an. Pada awalnya *goal programming* terbatas hanya pada masalah pemrograman linier yang

multiobjektif, yaitu pemrograman linier yang memiliki lebih dari satu fungsi objektif. Kemudian pada tahun 1960-an, Ignizio mengembangkan metode ini untuk model nonlinier dan *integer*. Prinsip dasar *goal programming* ialah mengubah model linear yang memiliki fungsi objektif lebih dari satu ke dalam bentuk fungsi objektif tunggal. Solusi dari model *goal programming* biasanya bukan merupakan solusi yang optimum, tetapi merupakan solusi yang cukup efisien di mana beberapa dari tujuan dapat dicapai secara bersamaan. Secara umum *goal programming* terbagi atas dua macam. Pertama, *preemptive goal programming* yaitu metode *goal programming* dengan menentukan tingkatan prioritas *goal* yang ingin dicapai. Kedua, *nonpreemptive goal programming* atau lebih dikenal dengan metode pembobotan. Kedua metode ini memiliki aturan dan solusi yang berbeda (Caisario, 2014).

Model penjadwalan *goal programming* yaitu mendekripsikan masalah, memformulasikan masalah yaitu membuat indeks dan parameter, variabel keputusan, variabel deviasi, fungsi objektif, kendala utama dan kendala tambahan (Putri, 2013). Pengumpulan data yang dilakukan yaitu tentang jumlah perawat, jumlah perawat yang harus ada di masing-masing *shift*, dan jumlah total hari kerja perawat. Tahap pengembangan model yaitu dengan menggunakan model matematika, perawat dijadwalkan selama satu bulan, dan berdasarkan level kompetensi. Kemudian menentukan tujuan yaitu untuk meminimalkan perawat ditugaskan pada *shift* malam, sore, atau pagi secara berturut-turut melebihi *range* yang ditentukan. Pengembangan model juga memperhatikan peraturan-peraturan yang ada di rumah sakit (Widyastiti, 2016).

Penjadwalan menggunakan *goal programming* ini dibantu dengan *software* LINGO seperti gambar berikut:



Gambar 1. Software LINGO 15.0

Pada gambar 1 dimana software LINGO 15.0 menyediakan berbagai pilihan dalam pembuatan jadwal dengan *goal programming* yaitu *linear*, *integer*, dan *non linear* (Tim Dosen Penelitian Fakultas Teknik, 2009)..

Penelitian penjadwalan *shift* perawat dengan menggunakan metode *nonpreemptive goal programming* dilakukan oleh Siregar (2015) dengan judul optimasi penjadwalan perawat dengan program *goal linear*. Hasil penelitiannya yaitu penjadwalan perawat dengan menggunakan model program *goal linear* dan *software* LINGO (gambar 1) lebih baik dibandingkan dengan jadwal yang dibuat secara manual. Hal ini didukung oleh penelitian Caisario (2014) yang hasil penelitiannya pun menunjukkan penjadwalan model *goal programming* lebih baik daripada metode manual.

Hasil penelitian tersebut yaitu diperoleh jadwal kerja perawat dalam periode satu bulan, jumlah kebutuhan minimal dan maksimal perawat untuk tiap *shift* dalam satu hari sudah memenuhi range yang ditentukan pihak manajemen RS, untuk setiap perawat dari jadwal *goal programming* tidak terdapat perawat yang ditugaskan pada lebih dari satu *shift* berturut-turut dalam sehari. Selain itu tidak ditemukan perawat ditugaskan pada *shift* malam di hari itu lalu kembali ditugaskan pada *shift* pagi di hari berikutnya.

Penelitian serupa dilakukan oleh Nur, I., Dwijanto, & Riza, A. (2016) yaitu menggunakan *linear goal programming* (LGP). Simpulan dari penelitian tersebut yaitu pada kendala utama diketahui bahwa pada jadwal manual memenuhi 5 batasan, yaitu jumlah minimal dan maksimal perawat terpenuhi, perawat tidak ditugaskan dua *shift* berturut-turut dalam sehari, jika perawat bertugas pada *shift* malam di hari i, maka perawat tersebut tidak boleh ditugaskan pada *shift* pagi atau *shift* siang di hari berikutnya, jumlah total jam jaga perawat minimal 140 jam, dan untuk setiap perawat tidak ditugaskan lebih dari dua *shift* malam berturut-turut. Sedangkan dua batasan yang tidak terpenuhi, yaitu untuk setiap perawat tidak ditugaskan lebih dari dua *shift* pagi berturut-turut dan untuk setiap perawat tidak ditugaskan lebih dari dua *shift* siang berturut-turut. Untuk jadwal LGP terpenuhi semua batasan pada kendala utama. Untuk kendala tambahan, pada jadwal manual tidak terpenuhi semua batasan, sedangkan untuk jadwal LGP terpenuhi semua batasan.

Keefektifitasan penggunaan model *goal programming* di dukung pula oleh penelitian Putri (2013) dengan judul penelitian “Penjadwalan Perawat Menggunakan *Goal Programming*: Studi Kasus di Rumah Sakit Hasanah Graha Afiah Depok” yang menggunakan 2 metode *goal programming* yaitu *preemptive* dan *nonpreemptive*. Hasil penjadwalan dengan metode *preemptive* yaitu berdasarkan prioritas pertama memiliki fungsi dimana perawat tidak ditugaskan lebih dari dua kali *shift* malam berturut-turut, tujuan ini berhasil dicapai dengan program *software* LINGO. Dikarenakan tujuan utama ingin mencapai prioritas pertama maka tentu saja prioritas kedua dan ketiga belum tercapai, misal prioritas kedua ingin mencapai agar perawat tidak mendapat pola jadwal libur-masuk-libur ada perawat yang mendapatkan pola libur-masuk-libur.

Prioritas kedua pun dilakukan dengan menggunakan *preemptive goal programming* kedua terpenuhi namun prioritas ketiga belum terpenuhi. Prioritas ketiga yaitu perawat mendapat *shift* malam tidak lebih dari 8 hari

dalam satu periode penjadwalan (satu bulan) setelah dilakukan *preemptive goal programming* tujuan ini berhasil tercapai. Sehingga prioritas pertama, kedua, dan ketiga tercapai semua. Sedangkan dengan menggunakan *nonpreemptive goal programming* tujuan untuk seminimal mungkin melanggar aturan kendala yaitu: meminimumkan total dari kelebihan (deviasi) terhadap sasaran yang ingin dicapai yaitu kelebihan bertugas pada *shift* malam lebih dari dua hari berturut-turut, deviasi penjadwalan libur-masuk-libur, dan kelebihan bertugas pada *shift* malam selama periode penjadwalan. Semua tujuan tersebut pun tercapai dengan menggunakan *nonpreemptive goal programming*. Antara penggunaan *preemptive* dan *nonpreemptive goal programming* ada hubungan dalam mengenali kendala utama dan tambahan hanya prosesnya saja yang berbeda dimana *preemptive* membuat prioritas-prioritas sebelum hasil akhir dari penjadwalan didapat sedangkan *nonpreemptive* memproses sekaligus prioritas-prioritas tersebut tanpa per prioritas (Putri, 2013).

Penjadwalan menggunakan *goal programming* lainnya dilakukan oleh Ismail (2012) yaitu dengan siklus *goal programming* atau disebut juga G01P atau *zero-one goal programming* yaitu penjadwalan perawat ke daftar tugas mereka merupakan tugas penting dan berulang bagi perawat kepala. Pengembangan rencana induk untuk model penjadwalan perawat siklus membantu kepala perawat menyelesaikan masalah penjadwalan perawat dan memberikan hasil daftar tugas yang lebih baik dibandingkan dengan daftar tugas manual. Meski proses mendapatkan hasilnya memakan waktu beberapa kali untuk dijalankan, namun hasilnya masuk akal dan diterima oleh rumah sakit dan perawat. Teknik 01GP telah terbukti bisa menyelesaikan lebih dari satu tujuan secara efektif, hal ini didukung oleh penelitian Agyei (2015) dengan jenis penelitian yang sama. Penjadwalan siklus membantu perawat kepala untuk memiliki sedikit usaha selama proses penjadwalan. Perawat kepala juga dapat mempersiapkan perencanaan aktivitas jangka panjang untuk setiap perawat terlebih dahulu. Untuk penelitian lebih lanjut, model dapat ditingkatkan dengan menambahkan berbagai

ukuran perawat untuk memenuhi berbagai jenis bangsa.

Penjadwalan perawat dengan menggunakan model *integer goal programming* dilakukan oleh Widyastiti (2016) dengan judul “*Nurses Scheduling By Considering The Qualification Using Integer Linear Programming*”. Dalam penelitian ini, masalah penjadwalan perawat dimodelkan dengan mempertimbangkan kualifikasi perawat dan modelnya berupa pemrograman linier integer. Tujuan dari model ini adalah untuk memaksimalkan jumlah hari libur perawat. Kemudian masalah optimasi diimplementasikan pada penjadwalan perawat di High Care Unit dan ruang darurat Rumah Sehat Terpadu Dompot Dhuafa Parung Bogor. Penelitian dengan linier integer *goal programming* menunjukkan menunjukkan pola pergeseran hari kerja, waktu luang, dan hari libur selama 30 hari. Jadwal memuaskan semua kendala yaitu tidak ada *shift* malam yang diikuti dengan *shift* pagi keesokan harinya, dan juga tidak ada *shift* malam dilanjutkan dengan *shift* pagi hari berikutnya hari ditugaskan untuk setiap pola jadwal.

Kemudian, menunjukkan pula ringkasan untuk jumlah *shift*, waktu luang, dan hari libur untuk masing-masing pola jadwal selama 30 hari. Semua perawat memiliki jumlah 5 hari yang sama, jumlah *shift* malam per periode 30 hari. Dan juga mereka memiliki antara 6 sampai 9 hari kerja, 3-4 hari waktu luang, dan juga jam kerja 170-176. Metode ini juga menunjukkan ringkasan untuk jumlah *shift* untuk setiap hari. Di HCU, ada 2-3 perawat yang ditugaskan di *shift* pagi, padahal hanya ada dua perawat ditugaskan dalam *shift* lain. Di *Emergency Room*, ada 2-4 perawat di setiap *shift* setiap hari. Ini menunjukkan bahwa Jumlah perawat yang dibutuhkan pada setiap *shift* di setiap unit dapat terpenuhi seperti yang diharapkan dan perawat di setiap unit bekerja sesuai kualifikasi yang dipersyaratkan. Berikutnya, menunjukkan jadwal manual yang disiapkan oleh kepala perawat dalam satu unit. Jadwal yang dihasilkan secara manual telah menunjukkan adanya ketidakkonsistenan jumlah total jam kerja untuk perawat. Distribusi *shift* malam juga tidak seimbang. ada satu Perawat yang telah ditugaskan dalam

*shift* malam 5 hari dalam 30 hari (Widyastiti, 2016).

Perbedaan penjadwalan dinas perawat menggunakan manual dan menggunakan *goal programming* juga dikemukakan oleh Siregar (2015), Duka (2015), Caisario (2014), dan Putri (2013).

Tabel 1.  
Perbandingan sistem manual dan *goals programming*

Manual	<i>Goal programming</i>
Membutuhkan waktu lama	Waktu pembuatan jadwal membutuhkan waktu yang singkat
Merepotkan dan memusingkan karena perhitungan manual	Mudah dan efisien
kebutuhan perawat tiap <i>shift</i> masih mengalami kelebihan dan kekurangan	kebutuhan perawat tiap <i>shift</i> nya telah terpenuhi sesuai range yang ditentukan oleh manajemen rumah sakit
pelanggaran perawat ditugaskan pada dua <i>shift</i> berturut-turut dalam sehari terjadi	tidak ada perawat yang ditugaskan dua <i>shift</i> berturut-turut dalam sehari
setiap perawat jumlah hari kerja untuk semua <i>shift</i> dan libur memiliki perbedaan yang signifikan	perbedaannya tidak terlalu signifikan
Nilai belum mewakili kenyataan yang proporsional sesuai kebutuhan	Nilai hukuman yang lebih baik terkait dengan pergeseran dapat didefinisikan untuk mewakili kenyataan lebih akurat terutama dengan memperhatikan panjangnya pergeseran (Duka, 2015)
Jadwal yang dihasilkan belum seimbang dan masih banyak ketimpangan.	Jadwal yang dihasilkan meliputi jadwal yang seimbang dalam hal distribusi beban kerja, keadilan dalam hal jumlah tugas malam berturut-

---

turut dan preferensi perawat (Agyei, 2015).

---

### 3. KESIMPULAN

Masalah penjadwalan dipandang sebagai masalah program *goal programming* dengan tujuan meminimalkan variabel deviasi yang tidak diinginkan atau jumlah penyimpangan yang dibobotkan dengan memperhatikan kendala-kendala yang terkait dengan peraturan dari rumah sakit dan mempertimbangkan kebutuhan dari masing-masing perawat. Hasil penjadwalan perawat dengan menggunakan model *Goal Programming* dan *software* LINGO lebih optimal dibandingkan dengan jadwal yang dibuat secara manual oleh kepala ruangan. Jadwal yang dihasilkan dengan *Goal Programming* dapat memenuhi seluruh kendala utama dari peraturan-peraturan rumah sakit. Penjadwalan perawat dengan menggunakan model programming baik linier *programming*, siklik *programming*, integer, maupun *nonpreemptive* ataupun *preemptive programming* memiliki lebih efisien dan efektif dibandingkan dengan metode manual sehingga dampak buruk dari ketidakseimbangan pembobotan jadwal tidak terjadi dan dapat memberikan layanan keperawatan yang optimal.

Berikut ini adalah beberapa pertimbangan yang dapat dipakai untuk pengembangan dan penelitian kedepan :

1. Perencanaan penjadwalan perawat di rumah sakit sebaiknya dilakukan diawal pembuatan jadwal dan memperhatikan aturan yang ditetapkan oleh manajemen rumah sakit.
2. Penggunaan model penjadwalan *Goal programming*, dapat menjadi alternatif bagi manajemen rumah sakit dalam menentukan jadwal perawatnya.
3. Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian pada kasus dimana terdapat permintaan hari libur, permintaan *shift* pagi, sore dan *shift* malam dari perawat atau pada kasus dimana setiap perawat mendapatkan jumlah *shift* yang merata. Disarankan pula untuk melakukan penelitian terhadap perbandingan persepsi perawat dalam

menjalankan penjadwalan manual dengan penjadwalan *goal programming* serta *self efficacy* manajer keperawatan dalam menggunakan *goal programming* yang dapat meningkatkan kinerja perawat.

### 4. REFERENSI

- Agyei, W., Obeng-denteh, W., & Andaam, E. A. (2015). Modeling nurse scheduling problem using 0-1 goal programming: A case study of tafo government hospital, kumasi-ghana. *International Journal of Scientific & Technology Research*, 4 (3), 5–10.
- Al-Najjar, S. M., & Hussain Ali, S. (2011). Staffing and scheduling emergency rooms in two public hospitals: A case study. *International Journal of Business Administration*, 2 (2), 137–148. <http://doi.org/10.5430/ijba.v2n2p137>.
- Anonim. (2017). *LINGO 15.0 system*. Retrieved from [http://www.lindo.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=160&Itemid=151](http://www.lindo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=160&Itemid=151)
- Caisario, I. (2014). Pemodelan penjadwalan perawat menggunakan preemptive goal programming: Studi kasus rumah sakit permata bekasi. *Skripsi*. Retrieved from <http://repository.ipb.ac.id/handle/123456789/70435>.
- Duka, E. (2015). Nurse scheduling problem. *European Scientific Journal*, 2 (October), 53–63.
- Ismail, W. R., Jenal, R., & Hamdan, N. A. (2012). Goal programming based master plan for cyclical nurse scheduling. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*, 46 (1), 499–504.
- Khikmah, N.D. (2017). Perbedaan kualitas pelayanan perawat antara shift pagi, siang dan malam berdasarkan persepsi pasien di ruang rawat inap rsud kraton pekalongan. *E-Skripsi Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan*. Retrieved from <https://www.google.co.id/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjR>

- [nuKTupbXAhXIFJQKHzy0D6QQFgnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id%2Fskripsi%2Findex.php%3Fp%3Dshow\\_detail%26id%3D1517&usg=AOvVaw1VkVhvcFFdvIeYDeFBG5y8](http://nuKTupbXAhXIFJQKHzy0D6QQFgnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id%2Fskripsi%2Findex.php%3Fp%3Dshow_detail%26id%3D1517&usg=AOvVaw1VkVhvcFFdvIeYDeFBG5y8).
- Maharja, R. (2015). Analisis tingkat kelelahan kerja berdasarkan beban kerja fisik perawat di instalasi rawat inap rsu haji surabaya. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, 4 (1), 93–102.
- Nur, I., Dwijanto, & Riza, A. (2016). Model linear *goal programming* pada penjadwalan perawat ugd rumah sakit umum daerah kota semarang. *Unnes Journal of Mathematics*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 01-08, feb. 2017. ISSN 2460-5859. Retrieved from <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujm/article/view/13114>.
- Putri, R.I. (2013). Penjadwalan perawat menggunakan goal programming: Studi kasus di rumah sakit hasanah graha afiah depok. *Skripsi Institut Pertania Bogor*. Retrieved from <http://repository.ipb.ac.id/handle/123456789/64305>.
- Robbins, S.P., dan Judge, T.A. (2017). *Organizational behavior*. 17th ed. USA: Pearson Education.
- Rocha, M. (2012). The staff scheduling problem: A general model and applications. *Tesis Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto*. Retrieved from [https://sigarra.up.pt/feup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=335854](https://sigarra.up.pt/feup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=335854)
- Satheeshkumar, B., Nareshkumar, S., & Kumaraghuru, S. (2014). Linear programming applied to nurses shifting problems. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3 (3), 171–173. Retrieved from [www.ijsr.net](http://www.ijsr.net).
- Siregar, P., Saleh, H., & Gamal, M. D. H. (2015). Optimisasi penjadwalan perawat dengan program gol linear. *Jurnal Sains Matematika dan Statistika*, 1 (2), 17–26, ISSN 24604542.
- Thongsanit, K., Kantangkul, K., & Nithimethirot, T. (2016). nurse's shift balancing in nurse scheduling problem. *Silpakorn U Science & Tech J*, 10 (1), 43–48. <http://doi.org/10.14456/sustj.2016.6>.
- Widyastiti, M., Aman, A., & Bakhtiar, T. (2016). Nurses scheduling by considering the qualification using integer linear programming. *TELKOMNIKA (Telecommunication Computing Electronics and Control)*, 14 (3), 933. <http://doi.org/10.12928/telkomnika.v14i3.2913>.

# ANALISA HUBUNGAN KEPUASAN KERJA PERAWAT DENGAN *TURNOVER INTENTION* DI RUMAH SAKIT RUMAH SEHAT TERPADU KABUPATEN BOGOR TAHUN 2014

<sup>1</sup>Ziska Herawati <sup>2</sup>Reny Deswita  
<sup>1,2</sup>Akper Yayasan Jalan Kimia  
Email: <sup>1</sup>[ziskaimannullah@gmail.com](mailto:ziskaimannullah@gmail.com)  
<sup>2</sup>[redes8605@gmail.com](mailto:redes8605@gmail.com)

## Abstrak

Perawat memiliki peranan strategis bagi rumah sakit karena merupakan kelompok penting dalam proses pelayanan di rumah sakit, karena merupakan sentral dari proses pelayanan. Kepuasan kerja memiliki fungsi hubungan yang dipersepsikan antara apa yang diinginkan dan apa yang dalam kenyataan dialami. Ketidakpuasan kerja perawat juga memiliki dampak terhadap *turnover intention*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kepuasan kerja perawat dengan *turnover intention* di RS. Rumah Sehat Terpadu di kabupaten Bogor Tahun 2014. Penelitian ini bersifat *deskriptif eksplanatory* dengan design *cross sectional* menggunakan data primer yang diambil dengan cara memberikan kuesioner, wawancara mendalam dan observasi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei tahun 2014. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 68 orang dengan kriteria perawat yang aktif bekerja di RS. Rumah Sehat Terpadu bersedia untuk menjadi responden dan menjawab pertanyaan, masa kerja minimum 6 bulan. Hasil analisis kuantitatif diketahui (42,9%) kurang puas bekerja sebagai perawat di RS. Rumah Sehat Terpadu. Responden yang mempersepsikan puas terhadap kepuasan kerja tetapi memiliki keinginan *turnover* sebesar 56,3%, sedangkan responden yang kepuasan kerjanya tidak puas tetapi memiliki keinginan keluar sebesar 16,7% . Kepuasan kerja hubungan memiliki hubungan antara dengan *turnover intention* (p value = 0,054, CI 95%).

Kata Kunci: Kepuasan kerja perawat, *turnover intention*

## Abstract

*Nurse has a strategic role for the hospital because it is an important group in the process of care in the hospital, because it is central to the service process. Job satisfaction has a function of the perceived relationship between what is desirable and what is the reality experienced. Nurse dissatisfaction also have an impact on turnover intention. This study aims to determine the relationship of job satisfaction with turnover intention nurse at the hospital. Rumah Sehat Terpadu hospital in dystric Bogor 2014. Present study is descriptive explanatory with cross sectional design using primary data collected by giving questionnaires, in-depth interviews, observation. This study was conducted in May 2014. Samples in this study amounted to 68 people with the criteria nurse who actively work in the Rumah Sehat Terpadu hospital be willing to answer questions and respondents. The results of quantitative analysis known (42.9%) were less satisfied working as a nurse in Rumah Sehat Terpadu hospital. Respondents who perceive satisfied with job satisfaction but has the desire turnover amounted to 56.3%, while the respondents were not satisfied his satisfaction but has the desire out of 16.7%. Job satisfaction has a relationship with the relationship between turnover intention (p value = 0.054, CI 95%).*

*Key words: Nurse job statisfaction, Turnover Intention*



## 1. PENDAHULUAN

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengartikan bahwa rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara komprehensif dengan upaya promotif dan preventif serta melaksanakan upaya rujukan. Rumah sakit merupakan bagian integral dari seluruh sistem pelayanan kesehatan yang melayani pasien dengan berbagai jenis pelayanan yang bermutu. Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana, tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan dan sarana penunjang lainnya, proses pemberian pelayanan, dan kompensasi yang diterima serta harapan masyarakat pengguna. Dengan demikian peningkatan kualitas fisik serta faktor diatas merupakan prakondisi yang harus dipenuhi. Selanjutnya proses pemberian pelayanan ditingkatkan melalui peningkatan mutu dan profesionalisme sumber daya kesehatan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan tidak lepas dari upaya peningkatan mutu dan kinerja dari semua sumber daya manusia dan keprofesian yang ada di rumah sakit, salah satu asset sumber daya manusia dan keprofesian yang ada di rumah sakit, dan merupakan asset terpenting adalah kinerja tenaga perawat, karena perawat merupakan pintu gerbang pasien yang berobat dirumah sakit selain kelengkapan dan mutu fasilitas yang disediakan. Perawat merupakan staf fungsional yang memiliki fungsi strategis di rumah sakit sehingga mempengaruhi kelangsungan organisasi dan perlu dikelola dengan baik. Kinerja perawat akan tinggi apabila pada saat melakukan pekerjaannya perawat merasa nyaman. Rasa nyaman didapatkan apabila perawat memperoleh kepuasan kerja. Menurut Muklas (1997) bahwa kinerja organisasi dipengaruhi oleh kinerja individu, sementara kinerja individu dipengaruhi oleh kepuasan kerja individu

sehingga kepuasan kerja perawat secara individu besar pengaruhnya terhadap kinerja rumah sakit.

Kepuasan kerja merupakan sikap atau penilaian positif/ negatif seseorang atas hasil pekerjaannya. Kepuasan kerja juga merupakan fungsi hubungan yang dipersepsikan antara apa yang diinginkan dan apa yang dalam kenyataan dialami. Kepuasan kerja tinggi sangat membantu dan mempengaruhi kondisi kerja yang positif dan dinamis, sehingga memberikan keuntungan yang nyata tidak hanya bagi organisasi tetapi juga bagi pekerja sendiri, kondisi inilah yang diharapkan setiap pimpinan perusahaan (Davis dan Newstorm,1994). Kepuasan kerja seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu ciri individu (jenis kelamin, umur, status perkawinan, lama kerja, status jabatan dan pendidikan) kompensasi yang diberikan, lingkungan kerja atau iklim kerja dan ciri pekerjaan Kaplan dalam Griffith (1987).

Kepuasan kerja dirasakan mempengaruhi pemikiran seseorang untuk keluar. Evaluasi terhadap berbagai alternatif pekerjaan, pada akhirnya akan mewujudkan terjadinya *turnover* karena individu yang memilih keluar organisasi akan mengharapkan hasil yang lebih memuaskan ditempat lain. Individu yang merasa terpuaskan dalam organisasi tempatnya bekerja akan cenderung bertahan pada organisasi tersebut, tetapi jika tidak mendapatkan kepuasan dalam bekerja akan memilih untuk meninggalkan pekerjaannya, hal ini dikatakan oleh Sak (1996).

Saat ini tingginya *turnover intention* telah menjadi masalah serius bagi banyak perusahaan, bahkan banyak perusahaan mengalami frustrasi ketika proses rekrutmen dalam menjaring staf yang berkualitas pada akhirnya menjadi sia-sia karena staf yang direkrut telah memilih pekerjaan lain. (Zeffane,1994). Dengan tingginya tingkat *turnover* pada perusahaan akan semakin banyak menimbulkan berbagai potensi baik

biaya pelatihan yang sudah diinvestasikan pada karyawan, tingkat kinerja organisasi mesti dikorbankan, maupun biaya rekrutmen dan pelatihan kembali (Suwandi dan Indarto,1999). Penelitian yang dilakukan oleh Kervin, dkk (1998) yang dilakukan di rumah sakit di Florida dengan jumlah responden 466 karyawan perawat di *general care area* (penyakit umum) dan 244 dari unit penyakit dalam, metode pengumpulan data dengan kuesioner dengan skala linkert, hasil menunjukkan bahwa kepuasan kerja berpengaruh negatif terhadap *turnover intention*.

Sumberdaya manusia dalam organisasi merupakan aspek krusial yang menentukan keefektifan suatu organisasi. Oleh karena itu organisasi senantiasa perlu melakukan investasi dengan melaksanakan fungsi MSDM yaitu mempertahankan sumberdaya manusia, akan tetapi fenomena yang sering terjadi adalah manakala kinerja perusahaan telah lebih baik dapat rusak baik secara langsung maupun tidak langsung oleh perilaku karyawan. Salah satu bentuk perilaku karyawan yaitu *turnover intention* yang berujung pada keputusan karyawan meninggalkan karyawan. Intensi keluar dapat diartikan yaitu perindahan unit organisasi. Porter dan Steers dalam Munandar (2000), menjelaskan bahwa berhenti atau keluar dari pekerjaan, besar kemungkinannya berhubungan dengan ketidakpuasan. Ini sejalan dengan pendapat Gilles (1994) salah satu dari empat macam faktor utama yang menentukan niat keluar yang diikuti dengan penggantian karyawan ialah rasa puas atau tidak puas terhadap pekerjaan.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif eksplanatory* dengan metode potong lintang dan kualitatif. Penelitian ini dilakukan di RS.Rumah Sehat Terpadu Kabupaten Bogor, dalam hal ini ruangan yang dipakai adalah ruang rawat inap,rawat jalan,instalasi gawat darurat. Penelitian ini dilaksanakan selama 4 minggu dimulai pada minggu pertama sampai minggu keempat bulan Mei

2014. Variabel penelitian ini adalah iklim kerja, sifat dan kondisi pekerjaan, komitmen organisasi, supervisi,gaji, promosi jabatan, komunikasi, pendidikan dan pelatihan dikaitkan dengan *turn over intention*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga perawat sebanyak 68 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah total sampling dengan kriteria perawat yang aktif bekerja dan berstatus karyawan tetap di RS.Rumah Sehat Terpadu yang sesuai dengan kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah bersedia untuk menjadi responden dan menjawab pertanyaan, masa kerja minimum lebih dari 6 bulan. Informan yang dipilih secara *purposive* (siapa yang paling mengetahui apa yang ditanyakan), sedangkan jumlah informan untuk kualitatif sebanyak 9 orang terdiri dari kepala ruangan, kepala bidang keperawatan, kepala sumber daya manusia,dan manajer pelayanan medis. Penelitian ini dilakukan dengan dua tahapan yaitu diawali dengan kuantitatif kemudian dengan kualitatif untuk memperkaya informasi dari hasil kuantitatif. Penelitian ini dilakukan analisa univariat dan bivariat.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

### Deskripsi Responden

Berdasarkan hasil univariat diketahui usia termuda responden perawat adalah 25 tahun dan yang tertua 38 tahun. Kategori jenis kelamin responden lebih banyak perempuan yaitu 48 orang (64,3%) daripada laki-laki sebanyak 20 responden (36,7%), masa kerja lebih banyak  $\leq 1$  tahun yaitu 56 orang (85,7%) sedangkan yang memiliki masa kerja lebih dari 1 tahun sebanyak 12 orang (14,3%), berdasarkan kategori status kepegawaian karyawan tetap dengan masa kerja lebih dari 1 tahun lebih banyak yaitu 49 orang responden (67,9%) dan yang memiliki status kepegawaian karyawan tetap masa kerja kurang dari 1 tahun sebanyak 19 orang responden (32,1%), pendidikan perawat lebih banyak Diploma III sebanyak 55 responden (53,6 %) daripada Ners sebanyak 13 responden (46,4%).

### Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja perawat dianalisis berdasarkan indikator dalam teori kepuasan kerja yang modifikasi dari teori Robins (2008), Nuk Hg (2003) yaitu gaji, iklim kerja, sifat dan kondisi pekerjaan, komitmen organisasi, supervisi, promosi jabatan, pendidikan dan pelatihan, komunikasi.

Tabel 1. Distribusi Indikator Kepuasan Kerja Perawat

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
Iklim kerja	Tidak Puas	22	42,9
	Puas	36	57,1
Sifat dan Kondisi pekerjaan	Tidak Puas	22	46,4
	Puas	36	53,6
Komitmen organisasi	Tidak Puas	22	42,9
	Puas	36	57,1
Supervisi	Tidak Puas	37	60,7
	Puas	21	39,3
Gaji	Tidak puas	35	53,6
	Puas	23	46,4
Promosi jabatan	Tidak puas	34	50
	Puas	34	50
Pendidikan dan pelatihan	Tidak puas	18	28,6
	Puas	50	71,4
Komunikasi	Tidak puas	34	50
	Puas	34	50

Berdasarkan tabel 1 diatas indikator kepuasan kerja, pada variabel iklim kerja yang merasa puas 54 orang (57,1%) dan yang tidak puas 32 orang (42,9%), menyatakan tidak puas terhadap komitmen organisasi. Hasil wawancara mendalam informasi yang didapatkan dari informan perawat bahwa mereka memiliki komitmen organisasi dikarenakan termotivasi untuk mengamalkan ilmu pada kaum dhuafa, sebagai tabungan pahala, tujuan bekerja bukan karena mencari uang semata tetapi untuk amal, dan berusaha

meningkatkan kesehatan kaum dhuafa. Manajemen berpendapat bahwa perawat cukup memiliki komitmen terhadap rumah sakit, sedangkan upaya dilakukan oleh manajemen dalam memotivasi perawat untuk memiliki komitmen yang tinggi terhadap organisasi adalah dengan melibatkan perawat dalam kegiatan-kegiatan rumah sakit seperti akreditasi, hal ini diharapkan perawat merasa memiliki.

Komitmen pada organisasi yang tinggi berarti pemihakan pada organisasi yang mempekerjaannya. Seorang karyawan dapat tidak puas dengan pekerjaan tertentu dan menganggapnya sebagai kondisi sementara, tetapi tidak puas dengan organisasi adalah sebagai suatu keseluruhan. Tetapi bila ketidakpuasan menjalar keorganisasi itu, lebih besar kemungkinan individu-individu akan mempertimbangkan untuk minta berhenti (Robins, 2008).

Sifat dan kondisi pekerjaan yang merasa puas sebanyak 36 orang (53,6%) sedangkan sifat dan kondisi pekerjaan merasa puas 36 orang (53%), hal spesifik yang mempengaruhi kepuasan terhadap sifat dan kondisi pekerjaan adalah kurang lengkapnya peralatan pemeriksaan yang dapat menyebabkan perawat kurang maksimal dalam menggunakan kemampuan dan keterampilannya. Variabel komitmen organisasi didapatkan 22 orang (46,4%) merasa tidak puas, komitmen organisasi merasa puas sebanyak 36 orang (57,1%) hasil wawancara mendalam informasi yang didapatkan dari informan perawat bahwa mereka memiliki komitmen organisasi dikarenakan termotivasi untuk mengamalkan ilmu pada kaum dhuafa, sebagai tabungan pahala, tujuan bekerja bukan karena mencari uang semata tetapi untuk amal, dan berusaha meningkatkan kesehatan kaum dhuafa.

Manajemen berpendapat bahwa perawat cukup memiliki komitmen terhadap rumah sakit, sedangkan upaya dilakukan oleh manajemen dalam memotivasi perawat untuk memiliki komitmen yang tinggi terhadap organisasi adalah dengan melibatkan perawat dalam kegiatan-kegiatan rumah sakit seperti akreditasi, hal ini diharapkan perawat merasa memiliki, variabel supervisi 21 orang (39,3%)

dan 37 orang (60,7%) hasil kualitatif dengan wawancara mendalam dengan informan perawat didapatkan informasi yaitu jarang ada pengawasan yang dilakukan oleh manajemen, manajemen lebih menyukai bekerja dibelakang meja saja, bahkan ada yang berpendapat tidak pernah ada pengawasan, tetapi juga ada informan yang mengatakan bahwa kadang-kadang saja ada kepala instalasi pelayanan yang datang untuk melihat kondisi secara langsung. Informan merasakan belum efektifnya pengawasan yang dilakukan oleh manajemen serta penilaian terhadap kerja perawat yang dirasakan kurang memiliki manfaat terhadap kepuasan kerja, Promosi jabatan 34 orang (50%) merasa puas dan 34 orang (50%) menyatakan tidak puas Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan perawat, seluruh informan mengatakan belum adanya jenjang karier untuk perawat, belum ada kebijakan yang mengatur promosi jabatan untuk karier perawat. Hal yang sama juga disampaikan oleh informan manajemen bahwa RS.Rumah Sehat Terpadu memang belum memiliki aturan dan kebijakan mengenai sistem promosi untuk perawat, tetapi manajemen berencana akan membuat aturan untuk jenjang karier.

Menurut Robins (2008) promosi jabatan dan kesempatan untuk maju dipersepsikan adil oleh karyawan maka kemungkinan akan menghasilkan kepuasan dengan pekerjaan mereka. Promosi memberikan kesempatan untuk pertumbuhan pribadi, tanggung jawab yang lebih banyak dan status sosial yang ditingkatkan, oleh karena itu individu-individu yang mempersepsikan bahwa keputusan promosi dibuat dalam cara yang adil (*fair and just*) kemungkinan besar akan mengalami kepuasan dari pekerjaan mereka. Kesempatan untuk memperoleh promosi melalui jenjang kepangkatan mempengaruhi kepuasan kerja karyawan. Kepuasan kerja mempengaruhi produktivitas kerja karyawan, dengan demikian untuk meningkatkan produktivitas kerja karyawan perlu memperhatikan kepuasan kerja karyawan., Pendidikan dan pelatihan jabatan 50 orang (71,4%) merasa puas, dan 18 orang (28,6%) merasa tidak puas,dari

Hasil informasi hasil wawancara mendalam dengan informan perawat didapatkan informasi bahwa informan perawat menyatakan kurang puas dengan pendidikan dan pelatihan yang dilakukan oleh rumah sakit karena tidak jelas kriteria pemilihan peserta dan belum jelasnya penjadwalan yang dibuat oleh manajemen. Informasi yang didapatkan dari manajemen menyebutkan bahwa pendidikan dan pelatihan diberikan sesuai kebutuhan rumah sakit, tidak ada jadwal pelatihan yang berkala dan dirasakan telah cukup memenuhi kebutuhan rumah sakit. Evaluasi pasca pelatihan dilakukan oleh manajemen untuk pelatihan yang berkaitan dengan teknologi terbaru dalam dunia medis. Bentuk evaluasi hasil pendidikan dan pelatihan dengan melakukan presentasi untuk manajemen dan sejawat. Dalam penelitian Huk Ng (2003) juga mengemukakan salah satu yang mempengaruhi kepuasan kerja adalah pendidikan (kursus dan seminar, program orientasi, dan pelatihan pelayanan).variabel komunikasi 50 orang (50%) dan 34 orang (50%),

Hasil wawancara mendalam dengan informan kepala perawat dan manajemen pelayanan medis, mereka menyatakan hubungan dengan rekan kerja dalam kondisi baik dan tidak pernah terjadi konflik dengan rekan kerja yang dapat menghambat proses kerja perawat. Perawat dan rekan kerja lebih menyukai diskusi secara personal tanpa melibatkan manajemen. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rantz, dkk (2013) menjelaskan rendahnya kepuasan kerja disebabkan oleh gaji yang diterima, promosi, keamanan kerja, status, lingkungan kerja, fasilitas rumah sakit dan masalah administrasi. Frasser (1994), mengatakan bahwa kepuasan kerja adalah suatu kondisi yang amat subjektif sebagai suatu hal yang menguntungkan atau tidak sehingga bisa disebutkan bahwa kepuasan kerja bersifat individual.

Setelah dilakukan pengabungan dari total nilai indikator kepuasan pelanggan yaitu gaji, iklim kerja, sifat dan kondisi pekerjaan, komitmen organisasi, supervisi, promosi jabatan, pendidikan dan pelatihan dan

komunikasi. Hasilnya kemudian dikelompokkan menjadi dua berdasarkan nilai mean, yaitu puas dan tidak puas. Setelah dilakukan penggabungan dari total nilai indikator kepuasan pelanggan yaitu gaji, iklim kerja, sifat dan kondisi pekerjaan, komitmen organisasi, supervisi, promosi jabatan, pendidikan dan pelatihan dan komunikasi. Hasilnya kemudian dikelompokkan menjadi dua berdasarkan nilai mean, yaitu puas dan tidak puas. Digambarkan dalam Tabel 2 sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Kepuasan Kerja Perawat

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
Kepuasan kerja perawat	Tidak puas	32	42,9
	Puas	54	57,1

Tabel 2. diketahui bahwa berdasarkan indikator kepuasan kerja, pada variabel iklim kerja yang merasa puas 36 orang (57,1%) dan yang tidak puas 22 orang (42,9%). Hasil wawancara mendalam dengan informan perawat, mereka menyatakan hubungan dengan rekan kerja dalam kondisi baik dan tidak pernah terjadi konflik dengan rekan kerja yang dapat menghambat proses kerja perawat, seluruh informan: perawat mengatakan

Perawat dan rekan kerja lebih menyukai diskusi secara personal tanpa melibatkan manajemen kepuasan kerjanya kurang dikarenakan manajemen yang kurang terbuka, aturan yang ada masih kurang jelas, kesulitan dalam menyampaikan keluhan dan tindakan yang jelas dalam menangani keluhan, Perawat dan rekan kerja lebih menyukai diskusi secara personal tanpa melibatkan manajemen. Hal ini berbeda dengan yang disampaikan dalam hasil wawancara terhadap pihak manajemen yaitu manajer pelayanan medis dan kepala bagian sumber daya manusia terdapat hasil yang bertolak belakang, yaitu sudah dilakukan upaya untuk meningkatkan kepuasan kerja perawat dengan memberikan lingkungan kerja yang nyaman, memberikan fasilitas yang terbaik, dan berusaha melibatkan perawat dalam setiap kegiatan yang dilakukan oleh RS.Rumah Sehat Terpadu.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rantz, dkk (2013) menjelaskan rendahnya kepuasan kerja disebabkan oleh gaji yang diterima, promosi, keamanan kerja, status, lingkungan kerja, fasilitas rumah sakit dan masalah administrasi. Frasser (1994), mengatakan bahwa kepuasan kerja adalah suatu kondisi yang amat subjektif sebagai suatu hal yang menguntungkan atau tidak sehingga bisa disebutkan bahwa kepuasan kerja bersifat individual. Disebutkan demikian karena setiap individu mempunyai tingkat kepuasan kerja yang berbeda sesuai dengan sistem nilai yang berlaku dalam individu tersebut.

Wekley dan Yulk (1997) mengatakan bahwa kepuasan kerja akan dirasakan seseorang bila mengamati adanya keadilan terhadap situasi yang dialami bila membandingkan dengan orang lain ditempat kerjanya. Seseorang mengerjakan pekerjaan yang sama tetapi ia mendapat upah yang lebih sedikit, maka ia merasakan ketidakadilan. Teori ini berasumsi bahwa individu dimotivasi oleh keinginan untuk diperlakukan secara adil dalam pekerjaannya. Semakin banyak aspek-aspek dalam pekerjaan yang sesuai dengan keinginan seorang pekerja, semakin tinggi tingkat kepuasan yang dirasakan, dan juga sebaliknya akan terjadi ketidakpuasan bila seorang merasakan aspek-aspek dalam pekerjaan tersebut tidak sesuai dengan keinginannya.

Semakin banyak aspek-aspek dalam pekerjaan yang sesuai dengan keinginan seorang pekerja, semakin tinggi tingkat kepuasan yang dirasakan, dan juga sebaliknya akan terjadi ketidakpuasan bila seorang merasakan aspek-aspek dalam pekerjaan tersebut tidak sesuai dengan keinginannya.

#### Gambaran *Turnover Intention* perawat

Pada tabel dibawah ini digambarkan *turnover intention* berdasarkan kategori keinginan dan tidak ada keinginan sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi *Turn Over Intention*

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
<i>Turn Over Intention</i>	Ada keinginan	11	39,3

Tidak ada keinginan	57	60,7
---------------------	----	------

Variabel *turnover intention*, diketahui bahwa sebanyak 11 orang responden (39,3%) menyatakan memiliki keinginan untuk keluar dari pekerjaannya dan yang tidak memiliki keinginan keluar dari pekerjaannya sebanyak 57 orang (60,7%). Dari hasil wawancara mendalam pada 4 orang informan perawat menyatakan bahwa mereka mengetahui banyaknya perawat yang keluar dari rumah sakit Rumah Sehat Terpadu dengan berbagai alasan yang diberikan, mereka berpendapat bahwa keluar masuknya perawat yang terjadi di rumah sakit Rumah Sehat Terpadu adalah hal yang wajar, tetapi ada juga yang berpendapat bahwa hal tersebut berdampak kurang baik bagi rumah sakit, dan sebagian perawat menyatakan memiliki keinginan untuk keluar dari pekerjaannya jika mendapatkan kesempatan bekerja ditempat yang lebih baik, dan sebagian lain menyatakan masih ingin tetap bertahan karena merasa masih cukup merasa nyaman dan pekerjaannya mulia dan menuntut keikhlasan.

Manajemen juga berpendapat bahwa tingginya *turnover* perawat di rumah sakit Rumah Sehat Terpadu dirasakan kurang baik bagi organisasi, tetapi manajemen telah berupaya dalam mengurangi tingginya *turnover* dari perawat dengan mencari tahu penyebab dari keinginan perawat dan membantu mencari solusi yang terbaik, upaya mengantisipasi *turnover* dilakukan oleh manajemen dengan merekrut tenaga perawat yang memiliki tempat tinggal dekat dengan rumah sakit Rumah Sehat Terpadu, dan kenaikan memberikan kompensasi sesuai kemampuan lembaga. Suwandi dan Irianto (1990) mendefinisikan proses keinginan berpindah kerja kaaryawan yang berhubungan dengan konsekuensi ketidaknyamanan kerja atau kepuasan kerja. Porter dan Sterrs (2000), menjelaskan bahwa berhenti atau keluar dari pekerjaan besar kemungkinan berhubungan dengan ketidak puasaan.

#### **Hubungan *Turnover intention* dengan Kepuasan Kerja**

Hasil analisa uji bivariat terhadap hubungan kepuasan kerja dengan *turnover intention* di RS.Rumah Sehat Terpadu diketahui bahwa sebanyak 4 responden (16,7%) kepuasannya tidak puas yang ada keinginan keluar dari tempat bekerja, sebanyak 20 responden (83,3%) kepuasan kerjanya tidak puas yang tidak memiliki keinginan keluar dari tempat kerja, sedangkan 26 responden (56,3%) kepuasan kerjanya puas yang memiliki keinginan keluar, sebanyak 18 responden (43,8%) kepuasan kerjanya puas yang tidak memiliki keinginan keluar dari tempat kerja. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,054$ , sehingga disimpulkan kepuasan kerja menjadi faktor pencegah *turnover intention* perawat di RS.Rumah Sehat Terpadu.

#### **4. KESIMPULAN**

Sebagian besar responden (42,9%) kurang puas bekerja sebagai perawat di RS.Rumah Sehat Terpadu.Sedangkan responden (57,1%) mepersepsikan puas terhadap iklim kerja, 53,6% responden mepersepsikan puas terhadap sifat dan kondisi pekerjaan, 57,1 % responden mepersepsikan puas terhadap komitmen organisasi, 60,7% responden mepersepsikan tidak puas terhadap supervisi, 53,6% responden mepersepsikan tidak puas terhadap gaji, 50% responden menyatakan puas terhadap promosi jabatan, 71,4% responden mepersepsikan tidak puas terhadap pendidikan dan pelatihan, 50% responden mepersepsikan tidak puas terhadap komunikasi.

Responden yang mepersepsikan puas terhadap kepuasan kerja tetapi memiliki keinginan *turnover* sebesar 56,3%, sedangkan responden yang kepuasan kerjanya tidak puas tetapi memiliki keinginan keluar sebesar 16,7% . Berdasarkan hasil wawancara mendalam informan perawat menyatakan kurang puas terhadap sifat dan kondisi pekerjaannya, supervisi, gaji, promosi jabatan, pendidikan dan pelatihan dan komunikasi. Terdapat hubungan antara kepuasan kerja dengan *turnover intention* dengan besaran nilai  $p$  value sebesar 0,054. Artinya kepuasan kerja

menjadi faktor pencegah *turnover intention*. Dari temuan tersebut dapat disimpulkan bahwa kepuasan kerja yang tinggi menjadi faktor pencegah dari *turnover intention*.

## 5. REFERENSI

- Camp,S.D. (1993). Assessing the Effects of Organizational Commitment and Job Satisfaction on Turnover :An Event History Approach, *The Prison Journal* 74:3.279-305. Copyright owned by Sage Publication, Inc
- Crammer,D & Hang (1990), "Job Satisfaction and Organizational Continuance Commitment: A Two Werw Panel Study", *Journal of Organizational Behavior*, Volume 17, halaman 7-10.
- Davis,K dan Newstorm,J,W. (1994), *Perilaku dalam Organisasi*, Jilid 1 terjemahan, Erlangga, Jakarta
- Davis,K dan Newstorm,J,W. (1994), *Perilaku dalam Organisasi*, Jilid 1 terjemahan, Erlangga, Jakarta.
- Fraser,T.M. (1994). *Human Stress,Work and Job Satisfaction a Critical Approach*. Geneva: International Labor Services.
- Griffith. (1987). *The Relationship Between Job Satisfaction and Patient satisfaction*. *Public Productivityand Manajemen Review* vol.21, No.2.
- Huk Ng. (2003). *Physician Job Satisfacion Driven by Quality of Care*. Rand Corporation. New Zealand. Diunduh dari <http://www.sciencedaily.com/release/2003/10/131009100217.htm>. Tanggal: 15 Mei 2014.
- Kane, Shamilyan dan Mueller.(2007). *Nurse Staffing and Quality of Patient Care a case of nuse policy* *International Journal of Healthcare Research and Quality*. 7 (05), 35-40. March, 2007.
- Miles.B.M. (2009). *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: UI Perss.
- Rantz,J, dkk.,(2013). *Staff satisfaction at Hospital Affect The Quality of Patient Care*.London: Imperial College.
- Robins.S.P. (2008). *Organizational Behaviour: Concepts,Controversion and Application*. Eight Edition. Engelwood Clifts:Prentice Hall.
- Sak. (1996). *Exploring Factors Influencing The Turnover Intention of Employment*. Diunduh dari <http://www.actacommercii.co.za/index.php/acta/articel/133/133>. Tanggal 15 april 2014.
- Suwandi. (1990). *Pengujian Model Turnover Passerwark dan Strawser : studi Empiris pada Lingkungan Akuntan Publik*. *Jurnal Riset Akuntansi Indonesia*. Vol.2,pp 173-195.
- Wexley,K.H., Yulk, G.A.,(1997). *Organizational Behaviour and Personal Psychology*. Richard D Irwin Inc. Homewood, Illinois.
- Zeffane,R.M., (1994) *Understanding Employee Turnover: The Need for a Contingency Approach*.Diunduh dari: <http://www.proquest.umi.com>, Tanggal :16 April 2014.

## HUBUNGAN BEBAN KERJA PERAWAT DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN INFEKSI DI RUMAH SAKIT BUDI LESTARI BEKASI

Tety Mulyati Arofi, Neneng Rohwiati

<sup>1,2</sup> Akper Yaspen Jakarta

<sup>1</sup> [tety75jaenudin@gmail.com](mailto:tety75jaenudin@gmail.com)

<sup>2</sup> [akperyaspen@gmail.com](mailto:akperyaspen@gmail.com)

### *Abstrak*

Beban kerja perawat yang berlebihan berpengaruh terhadap produktifitas rumah sakit itu sendiri, (Haryani, 2008). Dampak dari produktifitas tenaga kesehatan yang tinggi mengakibatkan tingkat kelelahan timbul dan ketelitian menurun sehingga timbul kejadian infeksi dirumah sakit yang mengancam pasien. Perawat pelaksana mengungkapkan biasanya melakukan cuci tangan pada saat setelah melakukan tindakan dan sangat jarang sekali melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan beban kerja perawat dengan perilaku pencegahan infeksi pada perawat di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi. Metode penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan cros sectional pada 48 sampel dengan tehnik random sampling. Pengumpulan data menggunakan kuisioner dengan validitas lebih dari 0,367-0,887 dan reliabilitas 0,932. Analisis data dengan chi-square. Hasil penelitian menunjukkan beban kerja yang tinggi (83,3%), sebgaaian besar perilaku pencegan infeksi pada perawat baik (81,2%) serta terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan perilaku pencegahan infeksi pada perawat ( $p=0,031$ ). Saran keseimbangan beban kerja, rotasi perawat, manajemen strass dan pelatihan keselamatan pasien.

**Kata kunci:** beban kerja perawat, perilaku pencegahan infeksi nosokomial

### *Abstract*

*The excessive workload of the nurses affects the productivity of the hospital itself. The impact of high productivity of health workers resulted in the level of fatigue arising and the accuracy decreased so that the incidence of hospital infections that threaten the patient. The executing nurse usually discloses hand washing after the act and very rarely does hand washing before taking action. The purpose of the study to determine the relationship between the workload of nurses with infection prevention behavior on the nurses at Budi Lestari Hospital Bekasi. Descriptive research method correlation with cros sectional approach on 48 samples with random sampling technique. Data collection using questionnaires with validity of more than 0.367-0.887 and reliabilitas 0.932. Analysis of data with chi-square. The result showed that high work load (83,3%), most of the behavior of infection scare on nurse was good (81,2%) and there was a significant correlation between work load and infection prevention behavior on nurse ( $p=0,031$ ). Suggestion of workload balance, nurse rotation, strass management and patient safety training.*

**Keywords:** *Keywords: nurse workload, behavioral prevention of nosocomial infection*



## 1. PENDAHULUAN

Definisi rumah sakit menurut UU no. 4 tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk di Indonesia maka terjadi pula peningkatan kebutuhan tenaga kesehatan terutama perawat. Perawat adalah tenaga paling banyak yang dibutuhkan diantara tenaga kesehatan lain. Oleh karena itu perawat harus memberikan pelayanan secara komprehensif.

Sesuai dengan UU Keperawatan no 38 tahun 2014 keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat. Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian utama dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Perawat bertugas merawat pasien dalam waktu 24 jam, dengan menerapkan asuhan keperawatan, sejak pasien masuk rumah sakit sampai keluar rumah sakit (Depkes, 2004). Pelayanan tersebut menunjukkan beban kerja perawat padat.

Beban kerja yang tinggi harus tetap ditunjukkan dengan sikap positif terhadap pelayanan. Sikap pegawai terhadap pekerjaan menunjukkan hubungan yang moderat antara kepuasan dan kehadiran (Gibson,

Ivancevich, & Donnelly, 1996; Robbins, 2003), serta turnover (Tomey, 2003), pencurian (Davis & Newstrom, 2004) berkontribusi terhadap menurunnya produktivitas. Kepuasan yang ditunjukkan perawat dengan kehadiran sesuai jadwal kerja memberikan efek positif terhadap pemberian asuhan keperawatan dan kebutuhan tenaga tetap terpenuhi walaupun beban kerja tinggi.

Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan/aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan (Marquish & Huston, 2000). Beban kerja merupakan kondisi kerja dan uraian tugasnya yang dalam waktu tertentu mesti terselesaikan (Munandar, 2005). Fluktuasi beban kerja terjadi pada jangka waktu tertentu, sehingga terkadang bebannya sangat ringan dan saat-saat lain bebannya bisa berlebihan. Keadaan yang tidak tepat tersebut dapat menimbulkan kecemasan, ketidakpuasan kerja dan kecenderungan meninggalkan kerja. Beban kerja yang berlebihan ini sangat berpengaruh terhadap produktivitas tenaga kesehatan dan tentu saja berpengaruh terhadap produktivitas rumah sakit itu sendiri, (Haryani, 2008).

Dampak dari produktivitas tenaga kesehatan yang tinggi mengakibatkan tingkat kelelahan timbul dan ketelitian meningkatkan, sehingga timbul kejadian infeksi dirumah sakit yang mengancam pasien. Kejadian infeksi dirumah sakit dianggap sebagai suatu masalah serius karena mengancam kesehatan dan keselamatan pasien dan petugas kesehatan secara global. Kewaspadaan universal atau *universal precaution* merupakan upaya pencegahan infeksi yang telah mengalami perjalanan panjang, dimulai

sejak dikenalnya infeksi nosokomial (infeksi yang ditimbulkan dari tindakan medis) yang terus menjadi ancaman bagi petugas kesehatan dan pasien (Kemenkes, 2010).

Unsur kewaspadaan universal meliputi tindakan mencuci tangan, alat pelindung diri (APD), pengelolaan alat tajam (disediakan tempat khusus untuk membuang jarum suntik, bekas botol ampul, dan sebagainya), dekontaminasi, sterilisasi, desinfeksi, dan pengelolaan limbah (Nursalam, 2013). Studi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit di 14 negara di seluruh dunia juga menunjukkan bahwa 8,7% pasien rumah sakit menderita infeksi selama menjalani perawatan di rumah sakit (Nursalam, 2013).

Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi merupakan salah satu rumah sakit umum swasta. Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan diperoleh data perawat yang bekerja saat ini adalah 77 orang, 72 orang diantaranya lulusan diploma III Keperawatan (D3) dan 5 orang lulusan Sarjana Keperawatan (S1) untuk 108 tempat tidur. Kepala bidang mengatakan bahwa beban kerja perawat cukup tinggi tetapi belum dilakukan perhitungan beban kerja secara rinci. Beban kerja yang tinggi tersebut memang beresiko terhadap kelalaian dan kesalahan kerja sehingga resiko infeksi nosokomial mungkin terjadi.

Kepala bidang mengatakan bahwa bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merangkap dengan bidang keperawatan, oleh karena itu pelaksanaan belum optimal. Data perawat yang sudah mengikuti pelatihan dan seminar tentang infeksi nosokomial, baik seminar umum ataupun khusus mengenai infeksi nosokomial sebanyak 57,14% sampai

tahun 2015 dan belum ada data untuk tahun 2016. Sosialisasi tentang pencegahan infeksi nosokomial telah dilakukan pada setiap pertemuan dan pemasangan poster di ruang perawatan, namun kesadaran perawat di ruangan masih belum optimal.

Wawancara yang dilakukan dengan perawat di ruang perawatan bahwa belum ada petugas khusus sehingga masih ada kekurangan seperti pendataan tentang infeksi nosokomial mengalami keterlambatan. Upaya yang dilakukan oleh bagian kepala keperawatan antara lainnya menyediakan untuk kebersihan tangan (*hand hygiene*) seperti *hand scrub* dan alat pelindung diri seperti sarung tangan di ruang perawatan dan diruang lainnya. Perawat lebih sering melakukan *handhygine* dengan penggunaan *hand scrub* sedangkan cuci tangan menggunakan sabun jarang. Perawat biasanya melakukan cuci tangan pada saat setelah melakukan tindakan dan sangat jarang sekali melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Begitu pun dengan pemakaian alat pelindung diri khususnya masker sudah terbiasanya memakai satu masker sepanjang hari selama bertugas dan bahkan ada yang tidak mengunakannya sama sekali.

Penanganan infeksi nosokomial menurut perawat pelaksana di ruangan juga dilakukan dengan pengelolaan sampah yang cukup baik di ruangan rumah sakit terdapat beberapa tempat pembuangan sampah yakni plastik kuning untuk sampah medis dan plastik hitam untuk sampah sisa makanan, untuk pembuangan benda tajam disediakan *safety box* yaitu untuk jarum suntik dan benda-benda tajam lainnya. Ketika seorang perawat mengalami kecelakaan kerja, seperti tertusuk jarum bekas pakai oleh pasien infeksi berat misalnya pasien dengan hepatitis,

perawat langsung mengeluarkan darahnya sendiri, kemudian melaporkan ke bagian PPI atau Kepala Bagian Keperawatan untuk dilakukan pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut.

Sesuai uraian di atas maka peneliti merasa tertarik untuk mengetahui bagaimana hubungan beban kerja perawat dengan perilaku pencegahan infeksi di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan beban kerja perawat dengan perilaku pencegahan infeksi di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi.

### **Beban Kerja**

Analisis beban kerja adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlahkan semua beban kerja dan membagi dengan kapasitas perorangan persatuan waktu. Beban kerja perawat merupakan kegiatan yang dilakukan perawat selama bekerja. Kegiatan perawat menurut Gillies (1994) terdiri dari kegiatan langsung keperawatan, kegiatan tidak langsung, kegiatan pribadi dan kegiatan tidak produktif. Perhitungan beban kerja dapat dilakukan berdasarkan need, demand, rasio dengan standar dan dilakukan dengan cara *work sampling*, *time dan motion study*, *daily log* serta *self assesment*.

*Work sampling* adalah pengukur kegiatan kerja dari karyawan dengan melakukan pengamatan dan pencatatan, dimana jumlah sampel pengamatan dilakukan secara acak. Pengukuran ini berfokus pada aktivitas yang dilakukan karyawan pada jam kerja (Ilyas, 2013). Aktivitas karyawan yang berkaitan dengan fungsi dan tugasnya, proporsi waktu kerja dengan aktivitas produktif

atau tidak produktif.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam *work sampling* menurut Ilyas (2013) yaitu menentukan jenis personil dengan melakukan pemilihan sejumlah sampel secara acak. Langkah selanjutnya yaitu membuat formulir daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan dalam kegiatan produktif dan tidak produktif. Kegiatan pengamatan dilakukan dengan interval 2-15 menit tanpa memperhatikan kualitas kerjanya.

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor pekerjaan. Faktor pekerjaan terdiri dari beban kerja dan stress dalam pekerjaan. Beban kerja berkaitan dengan tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan. Beban kerja yang berlebihan juga sebagai pemicu timbulnya stress dalam pekerjaan. Beban kerja yang tinggi dan stress dalam pekerjaan dapat mempengaruhi perilaku individu termasuk dalam menerapkan kewaspadaan universal (Sunaryo, 2004).

### **Pencegahan Infeksi**

Pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan kepada pasien dilaksanakan secara rutin, saat memberikan asuhan dasar selama kunjungan. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Selain itu upaya-upaya menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya (Wiknjastro, 2008).

Prinsip utama perilaku pencegahan infeksi sesuai kewaspadaan universal menurut Kemenkes (2010) menjaga hygiene

sanitasi individu, hygiene sanitasi lingkungan dan sterilisasi peralatan. Prinsip tersebut dijabarkan dalam kegiatan mencuci tangan guna mencegah infeksi siling, penggunaan alat pelindung diri (APD), pengelolaan alat bekas pakai, pengelolaan jarum dan alat bekas pakai, pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan, pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.

### Hipotesis

Variabel independen yaitu faktor pekerjaan yang meliputi beban kerja, sedangkan variabel dependennya perilaku pencegahan infeksi perawat di Rumah Sakit Budi Lestari. Hipotesis mayor yaitu ada hubungan beban kerja dengan perilaku pencegahan infeksi pada perawat di Rumah sakit Budhi Lestari Bekasi.

## 2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan analisis deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* secara *ramdon sampling*. Penelitian ini dilakukan di Rumah sakit Budi Lestari Bekasi, Sampel yaitu perawat yang bekerja di ruang rawat inap sejumlah 48 orang. Sampel telah memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Beban kerja yang dimaksud adalah seluruh aktivitas perawat di ruang rawat inap selama satu *shift*. Sedangkan perilaku pencegahan infeksi adalah seluruh aktivitas perawat yang menunjukkan pencegahan infeksi selama bekerja satu *shift*. Perilaku pencegahan infeksi yaitu *hand hygiene*, penggunaan alat pelindung diri, desinfeksi alat bekas pakai, pemberian injeksi dan jarum bekas pakai, dll.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisisioner tentang beban kerja perawat dan perilaku

perawat dalam pencegahan infeksi. Kuisisioner telah diujicoba pada 30 responden dengan hasil validitas lebih dari 0,367-0,887 dan reliabilitas 0,932. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan cara pengisian kuisisioner. Sebelum mengisi kuisisioner perawat menandatangani *inform consent* atau lembar persetujuan kesediaan menjadi responden. Selanjutnya responden mengisi kuisisioner selama 10-15 menit.

Analisis data dengan menggunakan *software* komputer. Hasil analisis berupa analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat untuk mengetahui distribusi frekuensi beban kerja dan perilaku pencegahan infeksi dengan mengelompokkan kedua variabel secara kategorik. Analisis bivariat dengan menggunakan *chi-square* untuk mengetahui hubungan kedua variabel beban kerja dan perilaku pencegahan infeksi perawat di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1**  
**Distribusi Frekuensi Beban Kerja dan Perilaku Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi**

Variabel	F	%
Beban Kerja Perawat		
- Tinggi	40	83,3
- Rendah	8	16,7
Perilaku Pencegahan Infeksi		
- Kurang	9	18,8
- Baik	39	81,2

Tabel 1 menunjukkan beban kerja perawat di Rumah sakit Budi Lestari sebagian besar merasa tinggi yaitu 83,3% dan 16,7% merasa beban kerja rendah.

Sebagian besar perawat merasa bahwa pekerjaannya sebagai perawat

sangat kelelahan dalam bekerja di ruangan karena kadang-kadang sering melakukan tugas diluar keperawatan sehingga menghabiskan energi yang seharusnya digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan. Merian dan Tresch (1997) dalam Muslimah 2015 dengan jurnalnya yang berjudul "A Performance-Based Clinical Achievement 6 Program" menyatakan bahwa untuk memenuhi standar Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), tugas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus dicantumkan secara spesifik. Tugas perawat yang dijabarkan dalam uraian tugas digunakan sebagai standar untuk melakukan penilaian kinerja (JCAHO dalam Marquis dan Huston, 2010). Uraian tugas akan berdampak pada proses penilaian kinerja apabila uraian tugas setiap perawat dibuat berdasarkan level atau jenjang kompetensinya.

Perawat pelaksanaan di Rumah sakit Budi Lestari Bekasi mengatakan jumlah pasien sangat banyak sehingga saya sering merasa lelah karena sering kelabakan karena volume pekerjaan terlalu banyak dan kompleks sehingga sangat menyulitkan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Werdani (2016) menjelaskan beban kerja mental perawat yaitu tingginya level yang dicapai pada tingkatan beban kerja mental perawat ini kemungkinan disebabkan oleh besarnya persentase BOR di ketiga rumah sakit yaitu mencapai  $\pm$  80% dengan tingkat ketergantungan pasien rata-rata adalah total care yaitu sebesar 35.5%.

Hasil penelitian pada tabel 1 menunjukkan perilaku pencegahan infeksi pada perawat di Rumah sakit Budi Lestari sebagian besar sudah baik 881,2% tetapi masih ada yang kurang 18,8%.

Perilaku pencegahan infeksi yang telah ditunjukkan oleh perawat di rumah Sakit Budi Lestari Bekasi adalah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, sebelum masuk lingkungan rumah sakit dan sesudah meninggalkan lingkungan pelayanan pasien serta setelah kontak dengan cairan tubuh pasien. Perilaku tersebut sesuai dengan *hand hygiene* dalam sasaran keselamatan pasien dalam Permenkes No 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit pada sasaran 5. Sasaran tersebut menyebutkan rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Salah satu upaya untuk eliminasi infeksi adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Artinya jika mengharapkan pasien terhindar dari infeksi silang maka *hand hygiene* harus dilakukan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sulistyowati (2016) bahwa perilaku perawat dalam pencegahan infeksi nosokomial di ruang bedah RSUD Dr. Moewardi sebagian besar dalam kategori baik sebanyak 18 responden (60%). Hal ini didukung dengan hasil observasi yang dilakukan peneliti pada perawat di ruang bedah RSUD Dr. Moewardi bahwa kegiatan cuci tangan sebelum melakukan tindakan 30%, cuci tangan setelah melakukan tindakan 100%. Perawat lebih sering mencuci tangan setelah tindakan dibandingkan dengan sebelum tindakan. Padahal sebenarnya resiko infeksi nosokomial terhadap pasien justru dapat dibawa oleh perawat dari pasien lain atau dari perawat ketika melakukan tindakan pada pasien. Jika perawat tidak mencuci tangan sebelum tindakan maka sangat besar resiko infeksi nosokomial yang dibawa oleh perawat untuk pasien.

Perilaku lain yang telah

ditunjukkan oleh perawat di Rumah Sakit Budi Lestari Jakarta adalah penggunaan spuit hanya untuk sekali pakai, perawat selalu mencuci alat-alat kesehatan setelah digunakan serta membuang sampah sesuai dengan sampah medis dan non medis. Hal yang sama hasil penelitian yang dilakukan oleh Bachroen dkk (2000) menunjukkan masih didapatnya beberapa tindakan petugas yang potensial meningkatkan penularan penyakit kepada diri mereka, pasien yang dilayani dan masyarakat luas, diantaranya (1) cuci tangan yang kurang benar; (2) penggunaan sarung tangan yang kurang tepat; (3) penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman; (4) pembuangan peralatan tajam secara tidak aman; (5) teknik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat; (6) praktik kebersihan ruangan yang belum memadai.

Pada hasil penelitian ditemukan perawat yang perilaku pencegahan infeksi masih kurang. Hal tersebut menunjukkan salah satunya dapat disebabkan pengetahuan perawat yang masih kurang. Akibat pengetahuan yang kurang dapat menjadi kurangnya kesadaran perawat untuk melakukan tindakan dengan tepat. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Sulistyorini yaitu ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang infeksi nosokomial dengan perilaku pencegahan infeksi nosokomial di ruang bedah RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Tabel 2 menunjukkan ada 5 dari 40 perawat yang beban kerja memiliki beban kerja tinggi mempunyai perilaku pencegahan infeksi kurang dan 35 dari 40 (87,5%) perawat yang memiliki beban kerja tinggi mempunyai perilaku pencegahan infeksi yang baik. Sedangkan 4 dari 8 (50,0%) perawat yang memiliki beban kerja rendah mempunyai perilaku pencegahan infeksi yang kurang dan 4 dari 8 (50,0%) perawat yang memiliki beban kerja rendah mempunyai perilaku pencegahan infeksi yang baik. Hasil uji chi-square menunjukkan hasil p value 0,031 kurang dari 0,05 artinya ada hubungan antara beban kerja dengan perilaku pencegahan infeksi pada perawat di Rumah Sakit Budi Lestari Jakarta.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan Tawas (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi, kompetensi, supervisi dan beban kerja dengan penerapan universal precaution oleh perawat di di ruang rawat inap bedah (IRINA A) RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado . Beban kerja termasuk dalam salah satu variabel pemicu stress di lingkungan kerja. Hasibuan (2012) menyebutkan bahwa faktor penyebab stress karyawan adalah beban kerja yang sulit dan berlebihan, tekanan dan sikap pimpinan yang kurang adil dan wajar, waktu dan perawlatan kerja yang kurang memadai, konflik antara pribadi dan pimpinan atau kelompok kerja, nalas jasa yang terlalu rendah serta masalah keluarga.

Stres yang berkepanjangan atau berlebihan harus ditangani, dan baik individu maupun organisasi memiliki tanggung jawab untuk mengambil tindakan yang tepat. Ada sejumlah cara yang dapat dilakukan seseorang untuk mengendalikan stres berlebihan (Mondy, 2008); Hidayat (2008) yaitu

**Tabel 2**  
**Distribusi Beban Kerja Perawat menurut Perilaku Pencegahan Infeksi**

Variabel	Perilaku Pencegahan Infeksi		p value
	Kurang	Baik	
Beban kerja Tinggi	5 (12,5%)	35 (87,5%)	0,031
Rendah	4 (50,0%)	4 (50,0%)	

olah raga, istirahat cukup, mengikuti kebiasaan diet yang sehat, menemukan seseorang yang mau mendengar, membangun keteraturan dalam hidup, memanfaatkan waktu luang dengan melakukan aktivitas yang menyenangkan.

#### 4. KESIMPULAN

Sesuai hasil penelitian dapat dibuat simpulan sebagian besar perawat di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi memiliki beban kerja yang tinggi (83,3%), sebagian besar perilaku pencegahan infeksi pada perawat baik (81,2%) serta terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan perilaku pencegahan infeksi pada perawat di Rumah Sakit Budi Lestari Bekasi.

Saran yang direkomendasikan yaitu pembagian beban kerja yang seimbang antar perawat sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien, melakukan rotasi tempat kerja secara berkala, motivasi perawat untuk melakukan manajemen stress, melakukan pelatihan dan refeshing bagi perawat tentang keselamatan pasien serta pemasangan poster motivasi untuk melakukan pencegahan infeksi.

#### 5. REFERENSI

- Dewi, R. 2012. Pengaruh Fasilitas Terhadap Motivasi Kerja Perawat Di Instalasi Rawat Inap BLUD RS Sekarwangi Kabupaten Sukabumi. *Jurnal Health Society. Kajian Ilmu Kesehatan Wahana Kesehatan Wahana Pendidikan Kesehatan yang Kompetitif* No. 1 Vol. 2 Oktober 2012
- Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1996; Robbins, 2003), serta turnover (Tomey, 2003), pencurian (Davis & Newstrom, 2004)
- Gillies. 1994. *Nursing management: System approach*. (3th ed), philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Hasibuan, M., 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Ilyas, Y. 2013, *Perencanaan SDM Rumah Sakit*, Fakultas Kesehatan.
- Kemenkes RI, 2010. *Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan*. Jakarta
- Marquish, B.L., Huston, C. J. 2000. *Leadership roles and management functions innursing*. Philadelphia: JB Lippincott
- Munandar, 2005. *Psikologi Industri dan Organisasi*, UI-Press :Jakarta.
- Muslimah, F. 2015. *Hubungan Beban Kerja dengan Kinerja Peraat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang*. Skripsi. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang. [repo.unand.ac.id/148/](http://repo.unand.ac.id/148/)
- Nursalam. 2013. *Manajemen keperawatan : Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. (edisi ke-3). Jakarta : Salemba Medika
- Sulistiyowati, D. 2016. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Infeksi Nosokomial dengan Perilaku Pencegahan Infeksi Nosokomial di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta*. Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Global*, Volume 1, No1, Juni 2016 hlm 01-54. [jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/JKG/article/download/.../185](http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/JKG/article/download/.../185)
- Tawas. GBS., Abeng. TDE., Manoppo. C. 2016. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Universal Precaution oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Bedah (IRNA A) RSUP Prof.*

Dr. R. D. Kandau Manado.  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Samratulangi.

<https://ejournalhealth.com/index.php/CH/article/download/.../110>

Undang-undang U no. 4 tahun 2009  
tentang Rumah Sakit.

Undang-undang no 38 tahun 2014  
tentang Keperawatan

Varleni, R. 2015. Hubungan Ffaktor  
Organisasi dengan Kepatuhan  
Perawat dalam Penerapan  
Kewaspadaan Universal di  
Rumah Sakit Inu Sina Padang  
tahun 2015. Skripsi. Fakultas  
Keperawatan Universitas  
Andalas Padang.

Werdani, Y. D. W., 2016. Pengaruh  
Beban Kerja Mental Perawat  
terhadap Tingkat kepuasan  
Pasien di Ruang Rawat Inap  
Rumah Sakit Swasta di  
Surabaya. Jurnal Ners Lentera,  
Vol. 4, No. 2, September 2016.  
[journal.wima.ac.id/index.php/NERS/article/download/873/842](http://journal.wima.ac.id/index.php/NERS/article/download/873/842)



# **TATA CARA PENULISAN**

## **ARTIKEL JURNAL KESEHATAN NASIONAL**

### **AKADEMI KEPERAWATAN YASPEN JAKARTA**

#### **1. PEDOMAN UMUM**

- a. Naskah merupakan ringkasan hasil penelitian penulis.
- b. Naskah sudah ditulis dalam bentuk format microsoft office word sesuai dengan template yang disediakan. Template tentang tata cara penulisan artikel.
- c. Naskah ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris dengan huruf *Time New Roman font 11*. Panjang naskah sekitar 8-15 halaman dan diketik 1 spasi.
- d. Seting halaman adalah 2 kolom dengan *equal with coloumn* dan jarak antar kolom 5 mm, sedangkan Judul, Identitas Penulis, dan *Abstract* ditulis dalam 1 kolom.
- e. Ukuran kertas adalah A4 dengan lebar batas-batas tepi (*margin*) adalah 3,5 cm untuk batas atas, bawah dan kiri, sedang kanan adalah 2,0 cm.

#### **2. SISTIMATIKA PENULISAN**

- a. Bagian awal : judul, nama penulis, abstraksi.
- b. Bagian utama : berisi pendahuluan, kajian literature dan pengembangan hipotesis jika ada), metode penelitian, hasil penelitian dan pembahasan, dan kesimpulan saran.
- c. Bagian akhir : ucapan terimakasih (jika ada), keterangan simbol (jika ada), dan daftar pustaka.

#### **3. JUDUL DAN NAMA PENULIS**

- a. Judul dicetak dengan huruf besar/kapital, dicetak tebal (*bold*) dengan jenis huruf *Times New Romanfont 12*, spasi tunggal dengan jumlah kata maksimum 15.
- b. Nama penulis ditulis di bawah judul tanpa gelar, tidak boleh disingkat, diawali dengan huruf kapital, tanpa diawali dengan kata "oleh", urutan penulis adalah penulis pertama diikuti oleh penulis kedua, ketiga dan seterusnya.
- c. Nama perguruan tinggi dan alamat surel (*email*) semua penulis ditulis di bawah nama penulis dengan huruf *Times New Roman font 10*.

#### **4. ABSTRACT**

- a. *Abstract* ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris, berisi tentang inti permasalahan/latar belakang penelitian, tujuan, metode, dan hasil yang diperoleh. Kata *abstract* dicetak tebal (*bold*).
- b. Jumlah kata dalam *abstract* tidak lebih dari 250 kata dan diketik 1 spasi.
- c. Jenis huruf *abstract* adalah *Times New Roman font 11*, disajikan dengan rata kiri dan rata kanan, disajikan dalam satu paragraph, dan ditulis tanpa menjorok

(*indent*) pada awal kalimat.

- d. *Abstract* dilengkapi dengan *Keywords* yang terdiri atas 3-5 kata yang menjadi inti dari uraian abstraksi. Kata *Keywords* dicetak tebal (*bold*).

## 5. ATURAN UMUM PENULISAN NASKAH

- a. Setiap sub judul ditulis dengan huruf *Times New Romanfont* 11 dan dicetak tebal (*bold*).
- b. Alinea baru ditulis menjorok dengan *indent-first line* 0,75 cm, antar alinea tidak diberi spasi.
- c. Kata asing ditulis dengan huruf miring.
- d. Semua bilangan ditulis dengan angka, kecuali pada awal kalimat dan bilangan bulat yang kurang dari sepuluh harus dieja.
- e. Tabel dan gambar harus diberi keterangan yang jelas, dan diberi nomor urut.

## 6. REFERENSI

Penulisan pustaka menggunakan sistem *Harvard Referencing Standard*. Semua yang tertera dalam daftar pustaka harus dirujuk di dalam naskah. Kemutakhiran referensi sangat diutamakan.

### A. Buku

[1] Penulis 1, Penulis 2 dst. (Nama belakang, nama depan disingkat). Tahun

publikasi. *Judul Buku cetak miring*. Edisi, Penerbit. Tempat Publikasi.

Contoh:

O'Brien, J.A. dan J.M. Marakas. 2011. *Management Information Systems*. Edisi 10. McGraw-Hill. New York-USA.

### B. Artikel Jurnal

[2] Penulis 1, Penulis 2 dan seterusnya, (Nama belakang, nama depan disingkat). Tahun publikasi. *Judul artikel. Nama Jurnal Cetak Miring*. Vol. Nomor. Rentang Halaman.

Contoh:

Cartlidge, J. 2012. Crossing boundaries: Using fact and fiction in adult learning. *The Journal of Artistic and Creative Education*. 6 (1): 94-111.

### C. Prosiding Seminar/Konferensi

[3] Penulis 1, Penulis 2 dst, (Nama belakang, nama depan disingkat).

Tahun publikasi.

*Judul artikel. Nama Konferensi*. Tanggal, Bulan dan Tahun, Kota, Negara.

Halaman. Contoh:

Michael, R. 2011. Integrating innovation into enterprise architecture management. *Proceeding on Tenth International Conference on Wirt-schafts Informatik*. 16-18 February 2011, Zurich, Swis. Hal. 776-786.

### D. Tesis atau Disertasi

[4] Penulis (Nama belakang, nama depan disingkat). Tahun publikasi.

*Judul. Skripsi, Tesis, atau Disertasi*. Universitas.

Contoh:

Soegandhi. 2009. Aplikasi model kebangkrutan pada perusahaan daerah di Jawa Timur.

Tesis. Fakultas Ekonomi Universitas Joyonegoro, Surabaya.

#### E. Sumber Rujuk dari Website

[5] Penulis. Tahun. *Judul*. Alamat *Uniform Resources Locator* (URL). Tanggal Diakses.

Contoh:

Ahmed, S. dan A. Zlate. Capital flows to emerging market economies: A brave new world? <http://federalreserve.gov/pubs/ifdp/2013/1081/ifdp1081.pdf>  
Diakses tanggal 18 Juni 2017.

## 7. ATURAN TAMBAHAN

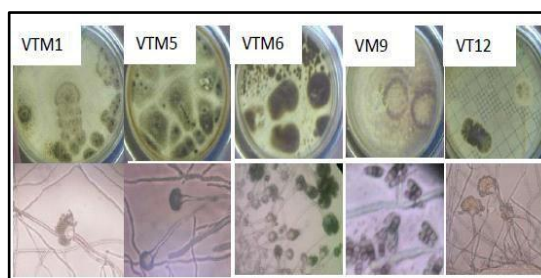
### 7.1 Penulisan Tabel

Tabel diberi nomor sesuai urutan penyajian (Tabel 1, dst.), tanpa garis batas kanan atau kiri. Judul table ditulis dibagian atas table dengan posisi rata tengah (*center justified*) seperti contoh berikut.

Tabel 1. Perbandingan Acid dan Ensimatis		
Hidrolisat	Acid	Ensimatis
Total sugar (g)	5,5	3,9
Rhamnose	2,5	1,3
Fucose	2,0	1,2
Manose	0,5	1,0

### 7.2 Gambar

Gambar diberi nomor sesuai urutan penyajian (Gambar.1, dst.). Judul gambar diletakkan dibawah gambar dengan posisi tengah (*center justified*) seperti contoh berikut.



Gambar 1. Mikroskopi isolat VTM1, VTM5, VTM6, VTM9 dan VT 12.

# Template Jurnal

**JUDUL DITULIS DENGAN  
FONT TIMES NEW ROMAN 12  
CETAK TEBAL (MAKSIMUM 12  
KATA)**

**Penulis<sup>1)</sup>, Penulis<sup>2)</sup> dst. [Font Times New Roman 10 Cetak Tebal dan Nama Tidak Boleh Disingkat]**

<sup>1</sup>Nama Fakultas, nama Perguruan Tinggi  
(penulis1)

email: penulis\_1@abc.ac.id

<sup>2</sup>Nama Fakultas, nama Perguruan Tinggi  
(penulis2)

email: penulis\_2@cde.ac.id

***Abstract [Times New Roman 11 Cetak Tebal dan Miring]***

*Abstract ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris yang berisikan isu-isu pokok, tujuan penelitian, metoda/pendekatan dan hasil penelitian. Abstract ditulis dalam satu alenia, tidak lebih dari 200 kata. (Times New Roman 11, spasi tunggal, dan cetak miring).*

***Keywords: Maksimum 5 kata kunci dipisahkan dengan tanda koma. [Font Times New Roman 11 spasi tunggal, dan cetak miring]***

## **1. PENDAHULUAN [Times New Roman 11 bold]**

Pendahuluan mencakup latar belakang suatu permasalahan serta urgensi dan rasionalisasi kegiatan (penelitian atau pengabdian). Tujuan kegiatan dan rencana pemecahan masalah disajikan dalam bagian ini.

Tinjauan pustaka yang relevan dan pengembangan hipotesis (jika ada) dimasukkan dalam bagian ini. [Times New Roman, 11, normal].

## **2. METODE PENELITIAN**

Metode penelitian menjelaskan rancangan kegiatan, ruang lingkup atau objek, bahan dan alat utama, tempat. Teknik pengumpulan data, definisi operasional variable penelitian, dan teknik analisis. [Times New Roman, 11, normal].

## **3. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bagian ini menyajikan hasil penelitian. Hasil penelitian dapat dilengkapi dengan tabel, grafik (gambar), dan/atau bagan. Bagian pembahasan memaparkan hasil pengolahan data, menginterpretasikan penemuan secara logis, mengaitkan dengan sumber rujukan yang relevan. [Times New Roman, 11, normal].

## **4. KESIMPULAN**

Kesimpulan berisi rangkuman singkat atas hasil penelitian dan pembahasan. [Times New Roman, 11, normal].

## **5. REFERENSI**

Penulisan naskah dan sitasi yang diacu dalam naskah ini disarankan menggunakan aplikasi referensi (*reference manager*) seperti Mendeley, Zotero, Reffwork, Endnote dan lain-lain. [Times New Roman, 11, normal].

