

INFORMASI KESEHATAN
INDONESIA

PERAN RELAWAN DALAM PENANGGULANGAN BENCANA ERUPSI GUNUNG KELUD

Agus Khoirul Anam, Sri Winarni, Sylvia Rosi Andriani
Poltekkes Kemenkes Malang, Jalan Besar Ijen No 77 C Malang
Email: Aguskhoirulanam@gmail.com

Role of Indonesian Red Cross Volunteer In Tackling Kelud Eruption Disaster

Abstract: *In the tackling of disaster is required the role of volunteer when disaster is not happened, is happening, and after happened. The purpose of this research is to know role of Indonesian red cross volunteer in the tackling of Kelud eruption in Blitar. The population was all Indonesian Red Cross volunteer in Blitar regency even Tenaga Sukarela (TSR) or Korps Sukarela (KSR) in 2016 as 150 volunteer and the sample was taken as 30 people using Purposif Sampling. the result showed that 60% Indonesian Red Cross volunteer had enough role in tackling Mount Kelud eruption in Blitar Regency. The role of Indonesian Red Cross volunteer when not eruption is enough categorized as 50%, when erupting is well categorized as 63,3% and pasca eruption is less categorized as 56,7%.*

Keywords: *role, volunteer, disaster, eruption*

Abstrak: *Dalam penanggulangan bencana diperlukan peran relawan pada saat tidak terjadi bencana, saat terjadi bencana, dan pasca bencana. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran relawan PMI dalam penanggulangan bencana erupsi Gunung Kelud di Kabupaten Blitar. Metode penelitian menggunakan rancangan deskriptif. Populasi dalam penelitian adalah semua relawan PMI Kabupaten Blitar baik tenaga sukarela (TSR) maupun kors sukarela (KSR) pada tahun 2016 sebanyak 150 relawan dan besar sampel yang diambil adalah sebanyak 30 orang menggunakan teknik Purposif Sampling. Dari hasil analisis menunjukkan bahwa 60% relawan PMI memiliki peran cukup dalam penanggulangan bencana erupsi Gunung Kelud di Kabupaten Blitar. Peran relawan PMI pada saat tidak terjadi erupsi dikategorikan cukup yaitu 50%, pada saat terjadi erupsi dikategorikan baik yaitu 63,3%, dan pasca erupsi dikategorikan kurang yaitu 56,7%.*

Kata Kunci: *peran, relawan, bencana, erupsi*

PENDAHULUAN

Indonesia menjadi negara yang paling rawan terhadap bencana di dunia berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Strategi Internasional Pengurangan Resiko Bencana (UN-ISDR). Provinsi Jawa Timur memiliki sebuah gunung berapi yang tergolong aktif yaitu Gunung Kelud. Gunung ini berada di perbatasan antara Kabupaten Kediri, Kabupaten Blitar, dan Kabupaten Malang, ± 27 km sebelah timur pusat Kota Kediri. Sebagaimana Gunung Merapi, Gunung Kelud merupakan salah satu gunung berapi paling aktif di Indonesia. Letusan

terakhir Gunung Kelud terjadi pada tahun 2014 (id.wikipedia.org diakses pada tanggal 20 September 2015).

Wilayah terdampak letusan Gunung Kelud di Kabupaten Blitar sebanyak empat kecamatan yaitu tiga desa di Kecamatan Ponggok, empat desa di Kecamatan Nglegok, tiga desa di Kecamatan Garum dan tujuh desa di Kecamatan Gandusari. Terdapat 16 desa yang terdampak secara langsung dalam radius 5-10 km dari puncak Gunung Kelud. Berdasarkan data Sensus Penduduk 2010 yang dilakukan oleh BPS, 16 desa terdampak yang berada di 4 (empat) kecamatan di Kabupaten Blitar dihuni oleh lebih

dari 115 ribu penduduk. Warga mengungsi ditempat yang telah ditentukan sebelumnya yang tersebar di 63 titik evakuasi yang telah disepakati. Jumlah pengungsi di 63 lokasi pengungsian pada saat erupsi Gunung Kelud tersebar di 4 (empat) kecamatan mencapai 32.846 jiwa (Gema BNPB, Volume 5 Nomor 1, 2014). Desa Karangrejo merupakan desa paling utara di Kecamatan Garum Kabupaten Blitar. Desa Karangrejo berjarak \pm 10 km dari Gunung Kelud sehingga desa tersebut termasuk dalam kawasan rawan bencana erupsi Gunung Kelud (BNPB, 2014).

Undang-Undang Penanggulangan Bencana nomor 24 tahun 2007 menyatakan pemerintah pusat dan pemerintah daerah menjadi penanggung jawab dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi pengurangan risiko bencana dan pemaduan pengurangan risiko bencana dengan program pembangunan, perlindungan masyarakat dari dampak bencana, penjaminan pemenuhan hak masyarakat dan pengungsi yang terkena bencana secara adil dan sesuai dengan standar pelayanan minimum, dan pemulihan kondisi dari dampak bencana melalui Badan Nasional Penanggulangan Bencana.

Penyelenggaraan penanggulangan bencana bertujuan untuk menjamin terselenggaranya pelaksanaan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu, terkoordinasi, dan menyeluruh dalam rangka memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak bencana. Penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi tahap pra bencana, saat tanggap darurat, dan pascabencana (Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 2008).

Pemerintah tentunya tidak dapat bekerja sendiri dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana. Pasal 27 UU Penanggulangan Bencana nomor 24 tahun 2007 menegaskan bahwa setiap orang berkewajiban untuk melakukan kegiatan penanggulangan bencana. UU ini juga mengatur keterlibatan pihak swasta, lembaga-lembaga non-pemerintah dan lembaga internasional dalam

penanggulangan bencana. Masyarakat dan pihak non-pemerintah dapat berpartisipasi dalam berbagai bentuk kerelawanan dalam penanggulangan bencana dan pengurangan risiko bencana. Agar keterlibatan para pemangku kepentingan dapat terarah dan terkoordinasi, perlu dirumuskan aturan-aturan bagi kerja relawan dalam penanggulangan bencana. Aturan yang dituangkan dalam bentuk pedoman ini akan mengatur peran, hak dan kewajiban relawan dalam menjalankan fungsi kerelawanan pada saat tidak terdapat bencana, dalam masa tanggap darurat, dan saat rehabilitasi-rekonstruksi pasca bencana (Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 tahun 2011).

Relawan Penanggulangan Bencana, yang selanjutnya disebut relawan merupakan seorang atau sekelompok orang yang memiliki kemampuan dan kepedulian untuk bekerja secara sukarela dan ikhlas dalam upaya penanggulangan bencana. Sesuai dengan Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana nomor 17 tahun 2011 tentang Pedoman Relawan Penanggulangan Bencana, peran relawan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana terdiri dari peran relawan pada pra bencana yaitu mendukung penyusunan kebijakan perencanaan, pengurangan resiko bencana, upaya pencegahan dan kesiapsiagaan, dan peningkatan kapasitas bagi masyarakat, peran relawan pada saat tanggap darurat yaitu mendukung kegiatan pada tanggap darurat seperti ransum dan evaluasi, kesehatan, pendidikan darurat, logistik dan lain-lain serta peran relawan pada saat pasca bencana seperti perbaikan darurat dan pemulihan psikososial. Dengan peran yang baik dari relawan tentunya penanggulangan bencana dapat dilaksanakan secara cepat, tepat, terpadu, efektif, efisien, transparan dan bertanggung jawab.

Relawan yang ada di gunung berapi memiliki peranan penting dalam penanggulangan bencana

yaitu memberikan cara meredam ancaman gunung berapi antara lain dalam membantu kelancaran penyebaran informasi bahaya, efektifitas evakuasi ke tempat yang paling aman. Pada saat tanggap darurat relawan dapat menjadi pusat informasi mengenai status gunung berapi dari BNPB dan memastikan bahwa semua warga di area terdampak dalam kondisi aman dari ancaman bahaya (Sarwidi, 2010).

Hasil studi pendahuluan di Palang Merah Indonesia Kabupaten Blitar, tercatat ada 150 relawan yang terdiri dari tenaga sukarela (TSR) dan korps sukarela (KSR) yang pernah menjadi bagian dari relawan yang pernah berperan serta dalam penanggulangan bencana erupsi Gunung Kelud pada tahun 2014 yang tergabung dalam tim PMI Jatim. Sedangkan di kota Blitar, tercatat ada 10 relawan.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui peran relawan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana erupsi Gunung Kelud di Kabupaten Blitar.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian deskriptif. Dalam hal ini peneliti ingin menggambarkan peran relawan dalam penanggulangan bencana erupsi gunung Kelud di Kabupaten Blitar. Populasi dalam penelitian ini adalah semua relawan PMI Kabupaten Blitar baik tenaga sukarela (TSR) maupun korps sukarela (KSR) pada tahun 2016 sebanyak 150 relawan. Sampel dalam penelitian ini adalah relawan PMI Kabupaten Blitar baik tenaga sukarela (TSR) maupun korps sukarela (KSR) sejumlah 30 relawan. Teknik digunakan *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/ masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah

dikenal sebelumnya (Nursalam, 2011).

HASIL PENELITIAN

Secara umum, kesiapsiagaan pedagang pasar dalam penanggulangan bencana kebakaran seperti pada Tabel 1. Berdasarkan Tabel 1 sebagian besar relawan memiliki peran cukup dalam penanggulangan bencana erupsi Gunung Kelud di Kabupaten Blitar sebesar 60% (18 relawan).

Tabel 2 menunjukkan separuh relawan memiliki peran baik pada saat tidak terjadi bencana erupsi Gunung Kelud sebesar 50% (15 relawan).

Tabel 3 menunjukkan distribusi frekuensi peran relawan pada saat terjadi bencana di PMI Kabupaten Blitar (n=30).

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar relawan memiliki peran baik pada saat terjadi bencana erupsi Gunung Kelud sebesar 63,3% (19 relawan).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Peran Relawan dalam Penanggulangan Bencana Erupsi Gunung Kelud

| <u>Peran</u> | <u>F</u> | <u>%</u> |
|---------------|----------|----------|
| <u>Baik</u> | 12 | 40 |
| <u>Cukup</u> | 18 | 60 |
| <u>Kurang</u> | - | - |
| <u>Jumlah</u> | 30 | 100 |

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Peran Relawan Saat Tidak Terjadi Bencana Erupsi Gunung Kelud

| <u>Peran</u> | <u>F</u> | <u>%</u> |
|---------------|----------|----------|
| <u>Baik</u> | 15 | 50 |
| <u>Cukup</u> | 10 | 33.3 |
| <u>Kurang</u> | 5 | 16.7 |
| <u>Jumlah</u> | 30 | 100 |

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Peran Relawan pada Saat Terjadi Bencana

| <u>Peran</u> | <u>F</u> | <u>%</u> |
|--------------|----------|----------|
| Baik | 19 | 63.3 |
| Cukup | 8 | 26.7 |
| Kurang | 3 | 10 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar relawan memiliki peran kurang pada pasca bencana erupsi Gunung Kelud sebesar 56,7% (17 relawan).

PEMBAHASAN

Peran relawan pada saat tidak terjadi bencana dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu pada saat mitigasi dan pada saat potensi bencana. Peran relawan pada saat mitigasi adalah penyelenggaraan pelatihan bersama masyarakat, penyuluhan kepada masyarakat, penyediaan informasi kepada masyarakat, peningkatan kewaspadaan masyarakat dan pelatihan simulasi bencana. Sedangkan peran relawan pada saat potensi bencana adalah pemantauan perkembangan ancaman dan kerentanan masyarakat, penyuluhan tanggap darurat, penyediaan dan penyiapan barang pemenuhan kebutuhan dasar, penyediaan dan penyiapan barang, bahan, dan peralatan pemulihan sarana dan prasarana, penyiapan lokasi evakuasi serta peringatan dini (Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 tahun 2011). Peran relawan pada saat tidak terjadi bencana erupsi Gunung Kelud dilakukan setelah adanya koordinasi dengan BPBD Kabupaten Blitar dalam rangka memperlancar kesiapsiagaan bencana dan mengutamakan keselamatan masyarakat. Peran relawan pada saat tidak terjadi bencana dilakukan pada saat Gunung Kelud berada pada level waspada (level 2) yaitu berdasarkan hasil pengamatan visual dan instrumentasi mulai

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Peran Relawan Pasca Bencana Erupsi Gunung Kelud

| <u>Peran</u> | <u>F</u> | <u>%</u> |
|--------------|----------|----------|
| Baik | 13 | 43.3 |
| Cukup | - | - |
| Kurang | 17 | 56.7 |
| Jumlah | 30 | 100 |

terdeteksi gejala perubahan kegiatan, misalnya jumlah gempa vulkanik, suhu kawah (solfatara/fumarola) meningkat dari nilai normal yang informasinya didapatkan dari PBMVG.

Peran relawan yang baik pada saat tidak terjadi bencana erupsi Gunung Kelud didukung oleh jawaban pertanyaan pada kuesioner item pertanyaan nomor 4, 9 dan 10 yaitu didapatkan jawaban ya sebesar masing-masing 87% dan 97%. Relawan melakukan beberapa kegiatan antara lain memberikan perbekalan kepada masyarakat tentang pengungsian, mengenali tanda-tanda peristiwa, mematuhi setiap ketentuan saat terjadi bencana dan memastikan keberadaan anggota keluarga, menyediakan/menyiapkan bahan, barang, peralatan untuk pemenuhan pemulihan prasarana/sarana berupa logistik dan transportasi serta menyiapkan lokasi evakuasi.

Berdasarkan hasil penelitian peran relawan pada saat terjadi bencana erupsi Gunung Kelud didapatkan relawan memiliki peran baik sebesar 63,3% (19 relawan), memiliki peran cukup sebesar 26,7% (8 relawan) dan peran kurang sebesar 10% (3 relawan).

Peran relawan pada saat terjadi bencana dapat melakukan pencarian, penyelamatan dan evakuasi, penyediaan dapur umum, pemenuhan kebutuhan dasar, penyediaan tempat penampungan/hunian sementara, perlindungan kelompok rentan, perbaikan/ pemulihan darurat, penyediaan sistem informasi dan pendampingan psikososial korban bencana (Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 tahun 2011). Pada tahun 2014, erupsi

Gunung Kelud dianggap lebih dahsyat daripada tahun 1990, meskipun hanya berlangsung tidak lebih daripada dua hari dan memakan 4 korban jiwa bukan akibat langsung letusan. Erupsi pertama yang terjadi merupakan tipe ledakan (eksplosif) yang menyebabkan hujan kerikil yang cukup lebat dirasakan masyarakat. Minimnya korban jiwa merupakan tujuan dari peran relawan pada saat tanggap bencana dan sebelum terjadinya bencana. Penyiapan lokasi evakuasi yang jauh dari titik pusat erupsi dan bahaya dampak erupsi merupakan hal yang sangat penting.

Peran relawan yang baik pada saat terjadi bencana erupsi Gunung Kelud didukung oleh jawaban pertanyaan pada kuesioner ítem pertanyaan nomor 12 dan 18 yaitu didapatkan jawaban ya sebesar masing-masing 90%. Relawan melakukan kegiatan mengkaji wilayah yang terkena bencana, jumlah korban dan kerusakan, kebutuhan sumber daya, ketersediaan sumber daya serta prediksi perkembangan situasi ke depan. Relawan juga melakukan perbaikan/pemulihan darurat untuk kelancaran pasokan kebutuhan dasar kepada korban bencana. Relawan selalu melaporkan kegiatan tersebut kepada PMI selaku induk organisasi yang menaungi dan BPBD Kabupaten Blitar sebagai penanggungjawab dan koordinator kegiatan tanggap darurat.

Berdasarkan hasil penelitian peran relawan pada pasca terjadi bencana erupsi Gunung Kelud didapatkan relawan memiliki peran baik sebesar 43,3% (13 relawan) dan peran kurang sebesar 56,7% (17 relawan). Peran relawan pasca terjadi bencana yaitu pengumpulan dan pengelolaan data kerusakan dan rehabilitasi-rekonstruksi fisik dan non-fisik (Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 17 tahun 2011). Rehabilitasi dan rekonstruksi fisik dan non-fisik merupakan tugas dari Pemerintah Daerah dan BPBD Kabupaten Blitar sehingga peran relawan disini hanya membantu mendata

dan memberikan informasi kepada dua instansi tersebut.

Pada jawaban kuesioner mengenai relawan melakukan pengumpulan dan pengolahan data kerusakan dan kerugian dalam sektor perumahan, infrastruktur, sosial, ekonomi dan lintas sektor pada saat pasca-bencana serta melakukan rehabilitasi-rekonstruksi fisik dan non-fisik dalam masa pemulihan dini pada saat pasca-bencana didapatkan jawaban ya masing-masing 50%. Hal ini memperlihatkan peran relawan terfokus pada pra bencana dan tanggap darurat bencana karena lebih untuk meminimalisasi jatuhnya korban jiwa.

Berdasarkan hasil penelitian peran relawan dalam penanggulangan bencana erupsi Gunung Kelud didapatkan relawan memiliki peran baik sebesar 40% (12 relawan) dan peran cukup sebesar 60% (18 relawan). Peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan dari seseorang yang menduduki suatu posisi atau kedudukan tertentu dalam masyarakat. Peran dijalankan berdasarkan status sosial yang dipilih oleh seorang individu. Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan (Setiadi, 2008). Menurut L. Green (1980), dalam Notoatmodjo (2003), ada 3 faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku yaitu: 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang mencakup: pengetahuan, nilai, keyakinan, sikap, dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. 2) Faktor pemungkin (*enabling factor*), yang mencakup: keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk perilaku kesehatan. 3) Faktor penguat (*reinforcing factor*), faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah seseorang memperoleh dukungan atau tidak. Peran relawan yang cukup dalam penelitian ini didukung dari peran relawan pada saat tidak terjadi bencana, pada saat terjadi bencana dan pada pasca bencana erupsi Gunung Kelud. Beberapa hal yang diduga dapat mempengaruhi

peran yang cukup ini adalah ketrampilan (pelatihan) dan dukungan.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar relawan mengikuti pelatihan tentang kebencanaan > 2 kali sebesar 67% (20 relawan). Keterampilan adalah kemampuan seseorang untuk menjalankan upaya yang menyangkut perilaku yang diharapkan. Kemampuan, ketrampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang mempengaruhi kinerja seseorang. Perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor dari luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik maupun nonfisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini dan sebagainya, sehingga menimbulkan motivasi, niat tersebut yang berupa perilaku (Notoatmodjo, 2003). Adanya keikutsertaan relawan dalam pelatihan kebencanaan tentu akan mampu meningkatkan ketrampilan relawan tersebut. Namun, pelatihan yang ada sebagian besar terfokus pada ketrampilan relawan pada saat tanggap bencana sehingga relawan hanya akan bekerja pada saat terjadinya bencana. Sedangkan untuk pra bencana dan pasca bencana merupakan tugas dan wewenang Pemerintah Daerah melalui BPBD. Hal itulah yang menyebabkan peran relawan menjadi kurang, terutama peran relawan pasca bencana meliputi melakukan pengumpulan dan pengolahan data kerusakan dan kerugian dalam sektor perumahan, infrastruktur, sosial, ekonomi dan lintas sektor pada saat pasca-bencana, melakukan rehabilitasi-rekonstruksi fisik dan non-fisik dalam masa pemulihan dini pada saat pasca-bencana ini merupakan tugas dari Pemerintah Daerah dan BPBD Kabupaten Blitar sehingga peran relawan disini hanya membantu mendata dan memberikan informasi kepada dua instansi tersebut.

Selain itu, dukungan atau motivasi relawan juga dapat mempengaruhi peran relawan dalam

penanggulangan bencana. Dukungan atau motivasi relawan bencana dalam melakukan kegiatan kebencanaan adalah faktor kemanusiaan. Dukungan atau motivasi dapat diberikan batasan sebagai proses pemberian dorongan kepada seseorang untuk melakukan aktivitas yang diajukan untuk mencapai beberapa sasaran yang telah ditetapkan. Dukungan dalam hal ini mengacu pada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh orang sebagai suatu yang dapat diakses (Notoadmodjo, 2003).

Relawan bencana tentunya selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Namun, relawan tidak terikat oleh PMI sehingga relawan berhak menolak pada saat mendapat panggilan dari PMI ketika ada bencana. Karena relawan bersifat sukarela sehingga tidak adanya paksaan dari pihak manapun. Seluruh kegiatan kerelawanan merupakan bentuk sukarela dari masing-masing individu karena relawan tidak mendapatkan upah. Relawan bertindak atas dasar rasa kemanusiaan untuk membantu sesama yang memerlukan bantuan. Karena faktor relawan tidak terikat oleh PMI, maka terkadang PMI mengalami kesulitan dalam mengumpulkan relawan yang dapat segera dikirim ke lokasi terjadinya bencana.

PENUTUP

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan dapat disimpulkan peran relawan dalam penanggulangan bencana erupsi gunung kelud di Kabupaten Blitar secara keseluruhan sudah cukup baik.

Saran yang diperoleh dari penelitian ini antara lain 1) meningkatkan peran mahasiswa sebagai relawan baik pada pra bencana, saat bencana, dan pasca bencana, dan bekerjasama dengan PMI maupun BPBD, BNPB untuk mengikutsertakan mahasiswa dalam penanggulangan bencana yang ada, terutama erupsi gunung kelud.

Diharapkan relawan PMI untuk mening-

katkan kerjasama maupun komunikasi dengan BPBD maupun pihak yang terkait agar peran relawan lebih optimal khususnya pada saat pasca bencana.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan penelitian tentang manajemen kebencanaan terutama bencana gunung api. Selain itu, peneliti lain diharapkan untuk menambah relawan menjadi responden seperti anggota BPBD dan tanpa memilih responden dengan kriteria relawan yang sudah terlatih, sudah pernah mengikuti pelatihan, dan relawan dengan sudah bekerja selama ≥ 1 tahun. Agar hasil yang di dapat, dapat di bandingkan dengan peran relawan yang belum terlatih, belum pernah mengikuti pelatihan, dan relawan yang bekerja < 1 tahun. Sehingga hasil yang didapat lebih luas dan bervariasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistyono. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- BNPB. (2011). *Pedoman Peran Relawan Penanggulangan Bencana*.
- Friedman, Marilyn, M. (1998). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2008). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hikmawati, E. (2012). Penanganan Dampak Sosial Psikologis Korban Bencana Merapi (Sosial Impact of Psychological Treatment Merapi Disaster Victims). *Informasi*, Vol. 17, No. 02 Tahun 2012.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pelaksana Harian Badan Koordinasi Nasional Penanganan Bencana (BAKORNAS PB). (2007). *Pengenalan Karakteristik Bencana dan Upaya Mitigasinya di Indonesia*. Direktorat Mitigasi. Lakhar Bakornas PB.
- Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana nomor 17 tahun 2011 Tentang Pedoman Relawan Penanggulangan Bencana.
- Pusparini, Yunastiti. (2014). *Peran Pemerintah Daerah Terhadap Penanggulangan Korban Bencana Alam Gunung Kelud Di Kecamatan Nglebok Kabupaten Blitar*. Fakultas Ekonomi Jurusan Akuntansi Universitas Negeri Surabaya
- Sarwidi. (2010). *Penanggulangan bencana gunung merapi berdasarkan sistem penanggulangan bencana nasional*. Seminar nasional Pengembangan kawasan merapi. DPPM dan MTS UII. Jogjakarta.
- Sutomo, A. H., dkk. (2011). *Teknik Menyusun KTI-Skripsi-Tesis-Tulisan Ilmiah dalam Jurnal Bidang Kebidanan, Keperawatan dan Kesehatan*. Jakarta: Fitramaya.
- Ulum, Mochamad Chazienul. (2013). Governance dan Capacity Building Dalam Manajemen Bencana Banjir Di Indonesia. *Jurnal Penanggulangan Bencana vol. 4, no. 2 tahun 2013 hal. 5-12*.
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana.
- Winurini, S. (2014). Kontribusi Psychological First Aid (Pfa) dalam Penanganan Korban Bencana Alam. *Info Singkat Kesejahteraan Sosial*. Vol. VI, No. 03/I/P3DI/Februari/2014.

STATUS KESEHATAN LANSIA YANG BEKERJA

Agus Setyo Utomo

Poltekkes Kemenkes Malang, Jl. Besar Ijen No.77 C Malang

Email : agushealth@gmail.com

Elderly Activity and Health Status

Abstract: *The life expectancy of the population in East Java increased until the period 2015-2020 to 73.2 years. Along with the increase of age followed by a decline in physical ability so it is not uncommon to health concerns felt by the elderly. However, many elderly are still working to make ends meet. The purpose of this study to analyze the relationship of elderly activity useful (load activity, physical mobility, social interaction) with health status. This study was cross sectional study. The population in this study were all elderly people who work some 215 people. While the sample is mostly elderly people who work by simple random sampling technique sampling and sample size of 140 respondents. This study used logistic regression analysis with the results of the independent variables jointly affect the health status of respondents with significant value Workload (Sig. = 0.000), Mobility (Sig. = 0.010) and Interaction (Sig = 0.000)). Selection of work for the elderly should not have a heavy workload, there is no competition and deadlines,*

Keywords: *elderly, health status, works*

Abstrak: *Angka harapan hidup penduduk di Jawa Timur meningkat hingga periode 2015-2020 menjadi 73,2 tahun. Pertumbuhan lansia diikuti dengan penurunan kemampuan fisik sehingga tidak jarang keluhan kesehatan dirasakan. Walaupun demikian, banyak lansia yang masih bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan penelitian ini menganalisis hubungan aktifitas lansia berdaya guna (beban aktifitas, mobilitas fisik, interaksi sosial) dengan status kesehatan. Penelitian ini merupakan penelitian cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang bekerja sejumlah 215 orang. Sedangkan sampel dalam penelitian adalah sebagian lansia yang bekerja dengan tehnik pengambilan sampel simple random sampling dan besar sampel 140 responden. Penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik dengan hasil variabel bebas secara bersama-sama berpengaruh terhadap status kesehatan responden dengan nilai signifikansi Beban Kerja (Sig.=0.000), Mobilitas (Sig.=0.010) dan Interaksi (Sig = 0.000). Pemilihan pekerjaan untuk lansia sebaiknya mempunyai beban kerja tidak berat, tidak ada persaingan dan deadline.*

Kata Kunci: *lansia, status kesehatan, bekerja*

PENDAHULUAN

Diperkirakan pada tahun 2020 jumlah Lansia Indonesia akan mencapai 28,8 juta orang atau 11,34%. Sebaran penduduk lansia tahun 2012 di Indonesia, pada urutan kedua tertinggi ditempati oleh Jawa Timur yaitu 10,40% dan penduduk lansia lebih banyak tinggal di pedesaan (7,63%) daripada di perkotaan (7,49%). Angka harapan hidup penduduk di Jawa Timur meningkat dari periode 2010-2015 sebesar (71,9 tahun) pada periode 2015-2020 menjadi (73,2 tahun) sehingga mempengaruhi estimasi proporsi penduduk usia 65 tahun keatas

yaitu tahun 2010 (7,6%), 2015 (8,6%), 2020 (10,2%) dan 2025 (12,6%) atau telah mencapai lebih dari 10% sehingga Jawa Timur bisa dikategorikan sebagai provinsi penduduk tua (*aging population*) (BPS, 2014).

Seiring dengan peningkatan usia tidak jarang diikuti dengan penurunan kemampuan fisik sehingga tidak jarang keluhan kesehatan dirasakan oleh lansia. Kondisi ini yang mendasari adanya anggapan bahwa lansia bergantung kepada bagian penduduk yang lain, terutama pada pemenuhan kebutuhan hidupnya. Selain itu, keberadaan lansia juga dikaitkan dengan perhitungan rasio keter-

gantungan, yang merupakan perbandingan antara penduduk usia produktif dengan penduduk usia non produktif termasuk di dalamnya adalah lansia. Jika penduduk lansia tersebut semakin meningkat jumlahnya, maka beban penduduk usia produktif akan semakin besar.

Dibalik anggapan lansia merupakan beban penduduk usia produktif, ternyata masih banyak lansia yang bekerja untuk mencari nafkah. Mayoritas lansia di daerah perkotaan bekerja pada sektor jasa (51,06%) sedangkan di daerah perdesaan hampir 80% lansia bekerja pada sektor pertanian (Kemenkes RI, 2013). Banyaknya lansia yang masih bekerja disebabkan oleh kebutuhan ekonomi yang relatif masih besar, serta secara fisik dan mental lansia tersebut masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari. Banyaknya lansia yang masih bekerja juga dapat menunjukkan bahwa lansia memang masih dapat produktif dan berusaha untuk tidak tergantung pada penduduk lainnya, tapi di pihak lain dapat menjadi masalah jika mereka tidak diperhatikan sebagaimana mestinya, mengingat kondisi fisik, mental dan sosial mereka yang sudah banyak mengalami kemunduran. Idealnya lansia yang bekerja mempunyai pekerjaan dengan beban kerja yang sesuai dengan kondisi fisik dan mental. Beban kerja dapat menjadi pemicu stres bagi lansia, semakin besar beban kerja pada lansia, maka semakin besar stres fisik maupun psikis yang dialami oleh lansia (Intani, 2013).

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan peneliti pada awal Maret 2015 di Desa Sentul Kecamatan Purwodadi Kabupaten Pasuruan mempunyai 215 Lansia Potensial. Berdasarkan wawancara dengan 10 lansia yang bekerja terdiri dari 60% petani, 30% buruh pabrik, dan 10% wirausaha. Berdasarkan keterangan dari lansia tersebut diperoleh data 60% sering mengalami nyeri otot, 25% tidak jarang mengalami kelelahan dan 10% merasakan badan tidak enak saat bangun tidur. Mengingat munculnya keluhan kesehatan yang dialami oleh lansia yang bekerja

maka sebenarnya perlu dipertimbangkan jenis pekerjaan yang sesuai dengan kondisi fisik maupun psikis lansia. Pemilihan pekerjaan pada lansia sebaiknya pada pekerjaan dengan beban kerja yang tidak terlalu berat, tidak perlu target-targetan, tidak perlu persaingan, *deadline*, Jadi yang terpenting pekerjaan yang dilakukan oleh orang tua sebaiknya yang tidak memerlukan kekuatan otot, ketahanan, kecepatan dan fleksibilitas (Tarwaka & Lilik Sudiajeng, 2008).

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis hubungan beban kerja, mobilitas fisik, interaksi sosial dan kepuasan beraktifitas lansia dengan Status Kesehatan lansia. Tujuan khususnya adalah 1) mengidentifikasi beban kerja, mobilitas fisik, interaksi sosial dan status kesehatan lansia, 2) menganalisis hubungan beban kerja, mobilitas fisik, dan interaksi sosial secara bersama-sama dengan status kesehatan lansia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional design* yaitu menganalisis hubungan beban kerja, mobilitas fisik, dan interaksi sosial dengan status kesehatan lansia.

Populasi dalam penelitian ini yaitu 215 orang lansia potensial dengan tehnik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *simple random sampling* dengan besar sampel 140 responden dengan kriteria sampel yaitu 1) bersedia menjadi responden, 2) bekerja minimal 3 tahun, 3) usia 60-74 tahun, 4) tidak mempunyai penyakit genetik dan kriteria eklusi sedang dalam keadaan sakit yang dapat mengganggu penelitian.

Variabel dalam penelitian ini yaitu independen (beban kerja, mobilitas fisik, dan interaksi sosial) dan dependen status kesehatan lansia.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam pengumpulan data terdiri dari lembar observasi untuk mengidentifikasi status kesehatan responden dan lembar kuesioner dimana terdiri dari pertanyaan tentang beban kerja, mobilitas fisik dan interaksi sosial. Adapun analisis data

yang dilakukan meliputi analisis deskriptif, analisis bivarian dan analisis multivarian (regresi logistik).

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Sentul Kecamatan Purwodadi Kabupaten Pasuruan dengan pengambilan data pada bulan September-Oktober 2016.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden berdasarkan beban kerja, ditunjukkan pada Tabel 1. Sedangkan Tabel 2 menunjukkan sebagian besar responden (54,3%) memiliki beban kerja berat. Rata-rata responden menyatakan dalam bekerja terdapat persaingan ketat antar pekerja, memerlukan pengerahan tenaga yang berlebih dan beban kerja dirasakan berat. Beban kerja ini terlihat pada jenis pekerjaan yang dilakukan oleh responden dimana 32,9% buruh pabrik, 25,7% kuli/tukang bangunan, 19,3% petani dan 22,1% lain-lain.

Tabel 1. Karakteristik Beban Kerja

| No | Karakteristik | % |
|----|--|------|
| 1 | Dapat menentukan secara mandiri dalam menyelesaikan pekerjaan. | 42,3 |
| 2 | Pekerjaan yang dilakukan merupakan pengisi waktu luang. | 49,3 |
| 3 | Waktu untuk menyelesaikan pekerjaan cukup | 94,3 |
| 4 | Mempunyai jam istirahat yang cukup setiap harinya. | 84,3 |
| 5 | Menikmati pekerjaan yang dilakukan. | 85 |
| 6 | Terdapat persaingan ketat antar pekerja | 80 |
| 7 | Pekerjaan memerlukan pengerahan tenaga yang berlebih | 73,6 |
| 8 | Merasa lelah setelah selesai bekerja | 81,4 |
| 9 | Terdapat target dalam menyelesaikan pekerjaan | 76,4 |
| 10 | Beban kerja dirasakan berat | 80 |

Tabel 3 menunjukkan sebagian besar responden (55,7%) memiliki mobilitas fisik baik.

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar responden (43,6%) memiliki interaksi sosial kurang.

Tabel 5 menunjukkan sebagian besar responden (60%) memiliki status kesehatan rendah.

Tabel 6 menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan status kesehatan ($r = -0,745$ dan $p = 0,000$), mobilitas fisik dengan status kesehatan ($r =$ **Tabel 2. Distribusi Frekuensi Beban Kerja**

| Beban Kerja | F | % |
|---------------|-----|-------|
| Sangat ringan | 1 | 0.7 |
| Ringan | 13 | 9.3 |
| Sedang/cukup | 41 | 29.3 |
| Berat | 76 | 54.3 |
| Sangat berat | 9 | 6.4 |
| Total | 140 | 100.0 |

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Interaksi Sosial

| Interaksi Sosial | F | % |
|------------------|-----|-------|
| Kurang | 61 | 43.6 |
| Cukup | 29 | 20.7 |
| Baik | 50 | 35.7 |
| Total | 140 | 100.0 |

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Status Kesehatan

| Status Kesehatan | F | % |
|------------------|-----|-------|
| Rendah | 84 | 60.0 |
| Tinggi | 56 | 40.0 |
| Total | 140 | 100.0 |

Tabel 5. Hubungan Beban Kerja, Interaksi Sosial, dan Mobilitas Fisik dengan Status Kesehatan

| | Status Kesehatan | |
|------------------|------------------------|---------|
| | Koefisien Korelasi (r) | Nilai p |
| Beban kerja | -0,745 | 0,000 |
| Interaksi sosial | 0,658 | 0,000 |
| Mobilitas fisik | 0,600 | 0,000 |

0,600 dan $p = 0,000$) dan interaksi sosial dengan status kesehatan ($r = 0,658$ dan $p = 0,000$).

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik pada Tabel 6 diketahui bahwa ketiga variabel bebas (beban kerja, mobilitas fisik dan interaksi sosial) secara bersama-sama berpengaruh terhadap status kesehatan responden.

PEMBAHASAN

Hubungan beban kerja dengan status kesehatan responden terlihat bermakna secara signifikan yang ditunjukkan nilai ($r = -0,745$ dan $p = 0,000$). Responden dengan beban kerja berat cenderung mempunyai status kesehatan rendah. Pemilihan jenis pekerjaan merupakan hal yang perlu diperhatikan bagi lansia. Pekerjaan dengan beban kerja yang tidak terlalu berat, tidak perlu target-targetan, tidak perlu persaingan dan *deadline* menjadi prioritas pilihan. Jadi yang terpenting pekerjaan yang dilakukan oleh lansia sebaiknya yang tidak mengandalkan kekuatan otot, ketahanan, kecepatan dan fleksibilitas (Tarwaka & Lilik Sudiajeng, 2008).

Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh responden masih didominasi oleh pekerjaan yang menuntut kekuatan otot diantaranya 32,9% buruh pabrik, 19,3% petani dan 25,7% kuli/tukang bangunan. Pentingnya bekerja untuk pekerja lansia merupakan suatu perkara yang sangat penting dalam kehidupannya, dan merupakan alasan utama mereka ingin terus melanjutkan bekerja (Waskito, 2014). Pemilihan pekerjaan bagi responden bukan berarti tanpa alasan namun karena pekerjaan yang dijalankan mayoritas merupakan tumpuan ekonomi keluarga terbukti 50,7% responden menganggap pekerjaannya saat ini bukan sebagai pengisi waktu luang, sehingga mereka harus tetap bekerja walaupun pekerjaan tersebut mempunyai beban kerja yang tidak ringan. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden (54,3%) memiliki beban kerja berat dan 6,4% sangat berat. Beratnya beban kerja responden tersebut

dapat dijelaskan dengan pernyataan responden, diantaranya 80% responden menyatakan dalam bekerja terdapat persaingan ketat antar pekerja, 73,6% responden menyatakan bahwa pekerjaan yang dilakukan memerlukan pengerahan tenaga yang berlebih dan 80% responden menyatakan beban kerja yang dirasakan berat. Beban kerja fisik yang tinggi akan meningkatkan kontraksi otot, sehingga memicu kelelahan pada seseorang, terlebih lagi usia lanjut yang secara fisiologis sudah mengalami penurunan, sehingga akan menimbulkan manifestasi fisik maupun psikis akibat beban kerja yang berat. Manifestasi yang muncul pada 85 responden yang mempunyai beban kerja berat mempunyai status kesehatan rendah sebanyak 72 responden. Kondisi ini diperkuat oleh hasil penelitian (Intani, 2013) dimana ada hubungan signifikan antara beban kerja dengan stres pada petani lansia ($p = 0,0001$), nilai koefisien dengan determinasi 0,278 artinya beban kerja dapat berkontribusi 27,8%.

Hubungan mobilitas fisik dengan status kesehatan responden menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara mobilitas fisik dengan status kesehatan responden yang ditunjukkan nilai ($r = 0,600$ dan $p = 0,000$). Responden dengan mobilitas fisik baik cenderung mempunyai status kesehatan tinggi. Untuk menciptakan hidup sehat segala sesuatu yang kita lakukan tidak boleh berlebihan karena hal tersebut bukannya lebih baik tetapi sebaliknya akan memperburuk keadaan. Tingkat mobilitas yang kurang maupun berlebih akan memberikan dampak tidak baik bagi tubuh. Mobilitas yang berlebih dapat meningkatkan beban otot sehingga mengakibatkan kelelahan sedangkan mobilitas yang kurang berdampak pada ketidak lancarannya sirkulasi darah, kekakuan persendian dan rendahnya metabolisme tubuh. Kedua kondisi tersebut akan berdampak pada kesehatan. Dalam hal ini mobilitas fisik yang dilakukan responden dalam bekerja 55,7% dalam kategori baik atau cukup dimana tidak kurang atau lebih yang

ditunjukkan pada karakteristik pekerjaan yang dilakukan lansia meliputi penggunaan posisi yang monoton saat bekerja (55,7%), penggunaan alat bantu dalam mengangkat beban berat saat bekerja (52,9%), bergerak/ berpindah tempat saat bekerja (65,7%) dan melakukan relaksasi otot bila terasa lelah 69,3% dilakukan responden sebagai upaya selingan untuk terbebas rasa jenuh, ketegangan otot yang pada akhirnya mencegah terjadi injuri otot.

Hubungan interaksi sosial dengan status kesehatan responden menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara interaksi sosial dengan status kesehatan responden dengan nilai ($r=0,658$ dan $p=0,000$). Responden dengan interaksi sosial baik cenderung mempunyai status kesehatan tinggi. Pendayagunaan lansia mampu menciptakan interaksi sosial dimana keadaan ini mampu mengurangi perasaan kesendirian, menjaga hubungan timbal-balik antara lansia dengan lingkungannya. Lansia yang tidak bekerja berarti terpisah dengan sebagian dari kehidupan aktifnya dan mereka juga akan mengalami isolasi sosial. Interaksi sosial yang terjadi pada aktivitas pemberdayaan akan memberikan peluang bagi lansia untuk membentuk hubungan dan peran sosial yang baru, sehingga pola hubungan ini akan membantu lansia pada aspek psikologis (perasaan tidak berguna dan perasaan kesendirian). Responden yang memiliki interaksi sosial yang baik di lingkungannya termasuk tempat bekerja tidak akan merasa kesepian dalam hidupnya dan hal ini tentu dapat meningkatkan kualitas hidupnya termasuk didalamnya status kesehatan, Kondisi ini ditunjukkan oleh hasil penelitian dimana terdapat 58.0% responden yang mempunyai interaksi sosial yang baik mempunyai status kesehatan tinggi dan kebalikannya 90.2% responden yang mempunyai interaksi sosial yang kurang mempunyai status kesehatan rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Widodo *et al.*, 2016) dimana interaksi

sosial mempunyai hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin ($p = 0,000 < \alpha 0,05$) dan sejalan pula dengan penelitian (Nandini PS, 2015) yang menunjukkan terdapat hubungan secara bermakna antara aktifitas sosial (OR=3,85, $p=0,021$), interaksi sosial (OR=5,59, $p=0,001$), fungsi keluarga (OR=21,7, $p=0,000$) dengan kualitas hidup pada lansia. Kualitas hidup dalam penelitian tersebut merupakan kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan kondisi lingkungan.

Hubungan secara bersama-sama variabel beban kerja, mobilitas fisik, dan interaksi sosial dengan status kesehatan Responden terlihat pada nilai signifikansi yang lebih kecil dari 0,05. Variabel-variabel tersebut adalah Beban Kerja (Sig.=0.000, OR=0,220), Mobilitas (Sig.=0.010, OR=3,399) dan Interaksi (Sig = 0.000, OR=2,678), dengan model yang terbentuk adalah $y = 0.938 - 1.513$ (beban kerja) + 1,223 (mobilitas fisik) + 0,985 (interaksi sosial). Secara berurutan mobilitas fisik, interaksi sosial dan beban kerja berkontribusi kepada terciptanya status kesehatan lansia. Beban kerja fisik yang tinggi akan meningkatkan kontraksi otot, memicu kelelahan lansia, terlebih lagi usia lanjut yang secara fisiologis sudah mengalami penurunan sehingga status kesehatan dalam keadaan rendah. kerja berkontribusi kepada terciptanya status kesehatan lansia. Kecukupan mobilitas fisik dalam sebuah pekerjaan akan berkontribusi terciptanya status kesehatan tinggi, interaksi sosial yang baik di lingkungannya termasuk tempat bekerja membuat lansia tidak akan merasa kesepian dalam hidupnya dan hal ini tentu dapat meningkatkan kualitas hidupnya termasuk didalamnya status kesehatan. Beban kerja fisik yang tinggi akan meningkatkan kontraksi otot, memicu kelelahan lansia, terlebih lagi usia lanjut yang secara fisiologis sudah mengalami penurunan sehingga status kesehatan

dalam keadaan rendah.

PENUTUP

Pemilihan jenis pekerjaan merupakan hal yang perlu diperhatikan bagi lansia. Pekerjaan dengan beban kerja yang tidak terlalu berat, tidak perlu target-targetan, tidak perlu persaingan dan *deadline* menjadi prioritas pilihan. Selain itu tingkat mobilitas juga perlu diperhatikan dengan mempertimbangkan tingginya rendah mobilitas dan perlu adanya peregangan otot atau relaksasi diantara waktu bekerja. Interaksi sosial yang baik akan mengurangi perasaan kesendirian, menjaga hubungan timbal-balik antara lansia dengan lingkungannya. Pertimbangan tersebut mempunyai alasan karena ketiga variabel tersebut secara bersama-sama mempunyai hubungan dengan status kesehatan responden.

Pemilihan pekerjaan pada lansia sebaiknya pada pekerjaan dengan beban kerja yang tidak terlalu berat dan bukan karena pemenuhan ekonomi semata melainkan sebagai pengisi waktu luang, dimana penekanannya lebih kepada penyaluran bakat dan hobi. Pemerintah dan masyarakat diharapkan mampu memfasilitasi lansia dalam menyediakan peluang bekerja sesuai dengan kapasitas lansia melalui kebijakan yang dibuat dan perlu dipersiapkan jaminan hari tua.

DAFTAR PUSTAKA

BPS. (2014). Penduduk 60 Tahun Ke Atas yang Memperoleh Pendapatan menurut

Kabupaten/Kota dan Sumber Pendapatan Terbesar, Jawa Timur berdasarkan Supas 2005, BPS Statistik Indonesia. *BPS. Available at: <http://www.datastatistik-indonesia.com>* [Accessed March 14, 2014].

Intani, A.C. (2013). *Hubungan Beban Kerja dengan Stres pada Petani Lansia di Kelompok Tani Tembakau Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember*. Universitas Jember.

Kemenkes RI. (2013). *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, Jakarta: Pusat Data dan Informasi.

Nandini PS. (2015). *Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial, dan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Utara Kota Denpasar*. Universitas Udayana Denpasar.

Tarwaka & Lilik Sudiajeng. (2008). *Ergonomi untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas*, Surakarta: Uniba Press.

Waskito, J. (2014). Faktor-faktor Pendorong Keniatan Pekerja Lansia untuk Melanjutkan Bekerja. *Benefit Jurnal Manajemen dan Bisnis*, 18(2), pp.70–87. Available at: <http://journals.ums.ac.id/index.php/benefit/article/view/1396>.

Widodo, H., Nurhamidi & Agustina, M. (2016). Hubungan Interaksi Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, 7(1).

JARAK, WAKTU TEMPUH, KETERSEDIAAN PELAYANAN DAN KUNJUNGAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN DI PUSKESMAS

Elin Supliyani

Poltekkes Kemenkes Bandung, Jl. Prof. Eyckman No.30, Bandung, Jawa Barat 40161
email: elinsupliyani@yahoo.co.id

Distance, Travel Time and the Availability of Services with Antenatal Visits

Abstract: Antenatal care is one of the most effective health interventions for preventing morbidity and maternal and infant mortality, especially in places with the poor general health status of the mother. Accelerating decline in MMR done by increasing the coverage of antenatal care. Therefore, research is needed to analyze the relationship of distance, travel time and the availability of services with antenatal visits in the region. This study is cross cut by analytical design correlative. Data were analyzed using chi-square test. The results showed that 94 mothers (47%) visited antenatal <4 times and 106 (53%)³ 4 times. Mothers who antenatal <4 times, 65% of the distance to the place of service > 2 km, 55% of travel time to the service of > 25 minutes, and 54% said lack of service availability. The analysis showed that distance and time had a significant association with the antenatal visit ($p = 0.016$, $p = 0.043$), as well as the availability of services has a significant association with antenatal care visit in Puskesmas Cijeruk ($p = 0.030$).

Keywords: antenatal care, distance, travel time, availability of services

Abstrak: Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu dan bayi terutama di tempat-tempat dengan status kesehatan umum ibu rendah. Penelitian ini merupakan penelitian potong silang dengan rancangan analitik korelatif. Data dianalisis dengan menggunakan uji chi-kuadrat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 94 ibu (47%) melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan <4 kali dan 106 (53%)³ 4 kali. Ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan <4 kali, 65% jarak ke tempat pelayanan >2 km, 55% waktu tempuh ke tempat pelayanan >25 menit, dan 54% menyatakan ketersediaan pelayanan kurang. Hasil analisis menunjukkan bahwa jarak dan waktu tempuh memiliki hubungan yang bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan ($p=0,016$, $p=0,043$), begitu pula dengan ketersediaan pelayanan memiliki hubungan yang bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan di wilayah Puskesmas Cijeruk ($p=0.030$).

Kata kunci: pemeriksaan kehamilan, jarak, waktu tempuh, ketersediaan pelayanan.

PENDAHULUAN

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi adalah pendekatan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas, yaitu melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal Care (ANC)* (Bratakoesoema, 2013). Pemeriksaan kehamilan merupakan salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu dan bayi terutama di tempat-tempat dengan status kesehatan umum ibu rendah. Periode antenatal memberikan

kesempatan penting untuk mengidentifikasi pemeriksaan kehamilan terhadap ibu dan kesehatan bayi yang belum lahir, serta untuk memberikan konseling tentang gizi, persiapan kelahiran, proses kelahiran dan pilihan keluarga berencana setelah kelahiran (Dinkes Jawa Barat, 2014).

Percepatan penurunan AKI dilakukan dengan meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan. Kementerian Kesehatan RI menetapkan kebijakan bahwa standar minimal kunjungan pemeriksaan kehamilan adalah minimal 4 kali dengan frekuensi: minimal 1 kali pada trimester I

(K1), 1 kali pada trimester II (K2) dan 2 kali pada trimester III (K3 dan K4). Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) menetapkan bahwa target cakupan K1 95% dan K4 90% (Bappenas, 2010). Cakupan K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan. Cakupan K4 merupakan cakupan pelayanan antenatal secara lengkap yaitu cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali selama kehamilan (Depkes RI, 2009; Depkes RI, 2010).

Tujuan dari pemeriksaan kehamilan adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat. Kunjungan pemeriksaan kehamilan yang teratur dan pengawasan yang rutin dari bidan maupun dokter selama masa kehamilan tersebut diharapkan dapat mencegah dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil seperti anemia, kurang gizi, hipertensi, penyakit menular seksual, termasuk riwayat penyakit umum lainnya. Hal ini dapat mengurangi risiko kematian ibu maupun bayi (Dinkes Jawa Barat, 2010; Kemkes RI, 2011).

Cakupan kunjungan pemeriksaan kehamilan di Indonesia belum mencapai target yang diharapkan; rata-rata cakupan K1 tahun 2010 adalah sebesar 92,8% dan K4 61,3%. Proporsi ibu yang memeriksakan kehamilannya ke dukun beranak sebesar 3,2% dan 2,8% tidak melakukan pemeriksaan kehamilan (Depkes RI, 2009). Rata-rata cakupan K1 dan K4 di Jawa Barat tahun 2010 sebesar 88,05% dan 80,23% dari target SPM (Depkes RI, 2010), bahkan lebih rendah lagi di Kabupaten Bogor sebesar 75%. Wilayah dengan cakupan K4 terendah di Kabupaten Bogor yaitu Puskesmas Cijeruk. Cakupan K4 sebesar 46,25%, sedangkan K1 sebesar 85,6% (Puskesmas Cijeruk, 2010). Rendahnya cakupan tersebut antara lain karena

kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kehamilan secara rutin dan berkesinambungan masih rendah (Depkes RI, 2009).

Hasil penelitian di Garut, Sukabumi dan Ciamis menunjukkan bahwa alasan perempuan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar minimal 4 kali kunjungan adalah karena faktor biaya (pelayanan dan transportasi), terbatasnya ketersediaan pelayanan kesehatan, jarak dari fasilitas kesehatan dan kondisi jalan yang buruk (Titaley *et al.*, 2010). Penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa faktor jarak dan waktu tempuh, penyakit yang dialami selama kehamilan, kehamilan yang direncanakan, dan dukungan dari suami merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam pemanfaatan pelayanan antenatal (Bahilu *et al.*, 2010). Hal tersebut berbeda dari hasil penelitian di Nigeria yang menyimpulkan bahwa faktor penentu dalam pemanfaatan antenatal adalah lokasi perkotaan dan pedesaan, agama, serta umur ibu (Dahiru *et al.*, 2010). Berbagai hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat variasi masalah pemanfaatan pelayanan antenatal pada berbagai negara yang menyebabkan hasil penelitian di suatu daerah tidak selalu dapat diterapkan di daerah lain dengan latar belakang dan karakteristik yang berbeda.

Pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk masih kurang. Hal tersebut terlihat dari cakupan K4 yang masih jauh dari target standar pelayanan minimal (Puskesmas Cijeruk, 2010). Ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan termasuk dalam kelompok risiko tinggi yang dapat membahayakan dirinya sendiri. Oleh sebab itu diperlukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara jarak, waktu tempuh dan ketersediaan pelayanan kesehatan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian potong silang (*cross sectional*) dengan rancangan analitik korelatif, dilakukan pada bulan Februari sampai dengan April 2013. Subjek penelitian adalah ibu yang bersalin pada bulan September 2012 sampai dengan Februari 2013 di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor, memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk kriteria eksklusi serta bersedia mengikuti penelitian dengan mengisi lembar persetujuan (*informed consent*).

Besarnya subjek pada penelitian ini ditentukan berdasarkan taraf kepercayaan 95% dan presisi 5%, dengan rumus untuk metode *rapid survey assessment* yaitu $n \times 2$, n diperoleh dengan menggunakan rumus untuk menaksir proporsi. Setelah dilakukan perhitungan, maka besar subjek minimal yang diperlukan untuk survey cepat adalah $n \times 2$ sehingga diperoleh 200 subjek.

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan beberapa tahap (*multistage sampling*). Pengambilan subjek dilakukan secara *consecutive sampling* sesuai kriteria inklusi dan tidak termasuk kriteria eksklusi di posyandu yang berada di masing-masing desa terpilih. Data subjek dari tiap posyandu diambil masing-masing sampel dalam jumlah yang proporsional. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner. Data

dianalisis secara univariat, dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-kuadrat*.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian, diperoleh jumlah responden yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali sebanyak 94 orang (47%) dan ≥ 4 kali sebanyak 106 orang (53%).

Berdasarkan karakteristik, diketahui bahwa subjek penelitian yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali sebagian besar (48%) berumur < 20 tahun, dan grandemulti yaitu sebanyak 61%. Sedangkan subjek penelitian yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali 54% berusia 20-35 tahun (berada pada rentang umur reproduksi sehat), dan sebagian besar (57%) primipara.

Jarak tempuh ke tempat pelayanan bagi responden yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali sebagian besar (65%) berjarak > 2 km, dan yang ≥ 4 kali sebagian besar (57%) berjarak ≤ 2 km. Hasil uji chi kuadrat menunjukkan bahwa jarak ke tempat pelayanan berhubungan secara bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (nilai $p < 0,05$).

Waktu tempuh ke tempat pelayanan bagi responden yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali sebagian besar (55%) membutuhkan waktu > 25 menit, dan yang ≥ 4 kali sebagian besar (59%) membutuhkan waktu

Tabel 1. Karakteristik Responden

| Karakteristik | Kunjungan pemeriksaan kehamilan | | | |
|---------------|---------------------------------|----|------------|----|
| | < 4 kali | | = 4 kali | |
| | n= 94 | % | n=106 | % |
| Usia | | | | |
| < 20 tahun | 14 | 48 | 15 | 52 |
| 20-35 tahun | 72 | 46 | 86 | 54 |
| >35 tahun | 8 | 61 | 5 | 39 |
| Jumlah | 94 | | 106 | |
| Paritas | | | | |
| Primi | 32 | 43 | 42 | 57 |
| Multi | 39 | 44 | 49 | 56 |
| Grandemulti | 23 | 61 | 15 | 39 |
| Jumlah | 94 | | 106 | |

Tabel 2. Hubungan Jarak ke Tempat Pelayanan dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

| Variabel | Kunjungan pemeriksaan kehamilan | | | | Nilai p |
|---------------|---------------------------------|----|------------|----|---------|
| | < 4 kali | | ≥ 4 kali | | |
| | n =94 | % | n = 106 | % | |
| Jarak* | | | | | |
| > 2 km | 24 | 65 | 13 | 35 | 0,016 |
| ≤ 2 km | 70 | 43 | 93 | 57 | |
| Jumlah | 94 | | 106 | | |

Tabel 3. Hubungan Waktu Tempuh dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

| Variabel | Kunjungan pemeriksaan kehamilan | | | | Nilai p |
|---------------|---------------------------------|----|------------|----|---------|
| | < 4 kali | | ≥ 4 kali | | |
| | n =94 | % | n = 106 | % | |
| Waktu tempuh* | | | | | |
| >25 menit | 47 | 55 | 38 | 45 | 0,043 |
| ≤25 menit | 47 | 41 | 68 | 59 | |
| Jumlah | 94 | | 106 | | |

Tabel 5. Hubungan Ketersediaan Pelayanan dengan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

| Variabel | Kunjungan pemeriksaan kehamilan | | | | Nilai p |
|------------------------|---------------------------------|----|------------|----|---------|
| | < 4 kali | | ≥ 4 kali | | |
| | n =94 | % | n = 106 | % | |
| Ketersediaan pelayanan | | | | | |
| Kurang | 38 | 54 | 32 | 46 | 0,000 |
| Cukup | 56 | 43 | 74 | 57 | |
| Jumlah | 94 | | 106 | | |

berjarak ≤ 25 menit. Hasil uji chi kuadrat menunjukkan bahwa waktu tempuh ke tempat pelayanan berhubungan secara bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (nilai $p < 0,05$).

Ketersediaan pelayanan bagi responden yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali sebagian besar (54%) merasa kurang, dan yang ≥ 4 kali sebagian besar (57%) merasa cukup. Hasil uji *chi kuadrat* menunjukkan bahwa ketersediaan pelayanan berhubungan secara bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan (nilai $p < 0,01$).

PEMBAHASAN

Hasil uji chi kuadrat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jarak

dan waktu tempuh dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan ($p < 0,05$). Jarak yang jauh menjadi alasan ibu untuk tidak melakukan pemeriksaan kehamilan ke pelayanan kesehatan sesuai standar minimal. Hasil ini sesuai penelitian Titaley et al., (2010) yang melaporkan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan merupakan masalah besar yang menyebabkan rendahnya kunjungan pemeriksaan kehamilan di Indonesia.

Sama halnya dengan waktu tempuh ke tempat pelayanan. Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali, 55% waktu tempuh yang dibutuhkan >25 menit. Sedangkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali 59% waktu tempuh ke tempat pelayanan ≤ 25 menit. Hasil uji *chi kuadrat*

menunjukkan bahwa waktu tempuh ke tempat pelayanan berpengaruh terhadap kunjungan pemeriksaan kehamilan ($p < 0,05$ dan RP 1,789). Artinya ibu yang membutuhkan waktu tempuh ke tempat pelayanan > 25 menit 1,789 kali kemungkinan akan melakukan pemeriksaan kehamilan < 4 kali.

Dari data diperoleh hasil bahwa ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan < 4 kali dengan waktu tempuh > 25 menit, 72% ditempuh dengan menggunakan ojek, dan 58% kesulitan mendapatkan alat transportasi. Hal tersebut menyebabkan ibu enggan melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke petugas kesehatan. Sebanyak 57% lebih memilih periksa ke dukun beranak yang tinggal lebih dekat dari tempat tinggalnya dan 68% ibu memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap dukun beranak.

Jarak yang jauh juga dipengaruhi oleh kondisi jalan yang harus dilewati. Kondisi jalan yang curam dan jalan setapak berpengaruh terhadap waktu tempuh yang diperlukan untuk menuju tempat pelayanan. Tidak memungkinkan meskipun jarak ke tempat pelayanan dekat ≤ 2 km jika kondisi jalan curam maka dapat menyebabkan ibu enggan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur. Dari hasil terlihat bahwa terdapat 64% ibu yang jaraknya ≤ 2 km tapi ditempuh dengan waktu > 25 menit, menyebabkan ibu tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur (< 4 kali).

Hal tersebut disebabkan karena kondisi jalan di wilayah Kecamatan Cijeruk banyak terdapat tanjakan (curam) dan berbatu. Jalan-jalan tersebut sangat licin dan sulit dilampaui bila hujan, ditambah curah hujan di Kabupaten Bogor tinggi. Selain itu terdapat banyak anak sungai, sehingga transportasi sulit dilalui mengingat 12 dari 49 jembatan dalam kondisi rusak dan membahayakan jika dilalui. Jarak dan waktu yang diperlukan untuk mencapai unit kesehatan terdekat adalah penghalang penting untuk pemanfaatan pelayanan

antenatal (Bahilu *et al.*, 2009). Hasil penelitian (Yang *et al.*, 2010) menyatakan bahwa perempuan hamil yang tinggal jauh dari tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan memiliki tingkat terendah kunjungan pemeriksaan kehamilan. Hal tersebut menunjukkan bahwa jarak yang jauh menyebabkan penurunan akses terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Kondisi jalan dan ketersediaan alat transportasi umum berpengaruh terhadap pemanfaatan pemeriksaan kehamilan (Yang *et al.*, 2009). Dari hasil diperoleh 58% responden yang melakukan pemeriksaan kehamilan < 4 kali mengaku kesulitan memperoleh alat transportasi. Wilayah Kecamatan Cijeruk merupakan daerah perbukitan dengan sarana angkutan umum masih terbatas. Angkutan umum roda empat tidak setiap saat ada. Ojek menjadi transportasi pilihan ibu, tetapi dengan kondisi jalan desa banyak yang menanjak, berbelok-belok dan masih banyak jalan yang berbatu, membuat ibu enggan untuk pergi memeriksakan kehamilannya.

Hasil penelitian ini didukung oleh (Titaley *et al.*, 2010) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keterbatasan akses ke pelayanan merupakan alasan perempuan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke petugas kesehatan. Terutama di desa-desa dengan kondisi jalan buruk, dan ibu harus berjalan kaki sampai dua jam untuk mencapai pusat kesehatan terdekat. Situasi menjadi lebih parah selama musim hujan karena jalan licin, sehingga ibu enggan untuk pergi memeriksakan kehamilannya. (Yang *et al.*, 2010) menyatakan bahwa perempuan yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan menganggap bahwa jarak yang ditempuh menuju tempat pelayanan terlalu jauh sehingga menyita waktu dan memerlukan transportasi. Tidak adanya akses dapat menjadi penghalang perempuan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan berkesinambungan.

Sama halnya dengan hasil penelitian di Pa-

kistan yang menunjukkan bahwa faktor dominan alasan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan adalah karena fasilitas kesehatan jauh dari tempat tinggal, dan transportasi sulit (Yousuf *et al.*, 2010) Begitu pula hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa ibu dengan akses sulit memiliki persentase lebih tinggi dari pemanfaatan yang tidak memadai dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki akses mudah (Titaley *et al.*, 2010; Eryando, 2007).

Penelitian yang dilakukan (Effendi *et al.*, 2008) menunjukkan bahwa ibu yang tinggal dekat dengan tempat pelayanan akan memeriksakan kehamilannya secara teratur dibandingkan dengan mereka yang tinggal dengan jarak jauh. Begitu pula hasil penelitian Erlindawati *et al* (2008) menunjukkan bahwa ibu hamil dengan akses dan ketersediaan pelayanan yang sulit, cenderung melakukan pemeriksaan kehamilan tidak teratur dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki akses mudah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang menyatakan ketersediaan pelayanan kurang 54% melakukan pemeriksaan kehamilan < 4 kali, sedangkan yang menyatakan cukup 57% melakukan pemeriksaan kehamilan ≥ 4 kali. Secara perhitungan statistik dengan uji chi kuadrat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ketersediaan pelayanan dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan, nilai $p < 0,005$.

Alat ukur untuk mengukur ketersediaan pelayanan menggunakan pertanyaan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan ANC yaitu bidan, dokter dan perawat, dan ketersediaan sarana untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan yaitu puskesmas, pustu, bidan praktik. Hasil statistik menunjukkan ketersediaan pelayanan yang kurang berpengaruh secara bermakna terhadap rendahnya kunjungan pemeriksaan kehamilan. Artinya keberadaan tenaga kesehatan dan sarana kesehatan puskesmas, pustu dan bidan praktik

sangat penting dan dibutuhkan oleh masyarakat untuk meningkatkan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kurangnya tenaga dan sarana kesehatan berpengaruh terhadap rendahnya kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kemungkinan lain adalah karena kurangnya dorongan yang cukup kuat untuk memotivasi ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan ke pelayanan yang tersedia. Selain itu disebabkan karena banyaknya dukun beranak yang tidak seimbang dengan jumlah tenaga atau fasilitas kesehatan. Kabupaten Bogor memiliki jumlah dukun beranak yang paling banyak di Propinsi Jawa Barat, yaitu 2159 orang. Jumlah dukun beranak tertinggi berada di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk yaitu berjumlah 73 orang yang tersebar di 9 desa. Bahkan ada desa yang memiliki 15 dukun beranak. Berdasarkan analisis lebih lanjut diperoleh hasil bahwa ketersediaan pelayanan ini berpengaruh terhadap kepercayaan terhadap dukun beranak. Ibu yang beranggapan bahwa ketersediaan pelayanan pemeriksaan kehamilan disekitar tempat tinggalnya kurang, maka kepercayaannya terhadap dukun beranak dalam hal pemeriksaan kehamilan tinggi, begitu pula yang ketersediaan pelayanan cukup, kepercayaan terhadap dukun beranaknya rendah.

Ketersediaan pelayanan yang cukup menurut responden tidak menjamin ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Dari 56 (43%) ibu yang menyatakan ketersediaan pelayanan cukup tapi tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin (≥ 4 kali). Setelah dianalisis keengganan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin karena waktu tempuh yang diperlukan ke tempat pelayanan 57% menyatakan > 25 menit meskipun 82% menyatakan jarak ke tempat pelayanan < 2 km. Begitu pula 25% menyatakan kesulitan mendapatkan transportasi dan 54% harus menggunakan ojek, serta 55% menyatakan sudah periksa ke dukun beranak.

Meskipun ketersediaan pelayanan cukup

tetapi jika waktu tempuh ke tempat pelayanan lama, kesulitan mendapatkan transportasi dan harus menggunakan ojek, ditambah kondisi jalan yang licin dan menanjak, maka ibu tidak melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur. Hasil ini didukung oleh penelitian (Titaley et al., 2010) yang menyatakan bahwa alasan perempuan tidak melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan karena terbatasnya ketersediaan pelayanan kesehatan.

Bidan desa sudah ada di masing-masing desa, tetapi tidak tinggal di polindes karena belum ada. Bidan desa tinggal di antara rumah penduduk sehingga kemungkinan ada masyarakat yang tidak mengetahui keberadaannya. Keberadaan polindes sangat perlu sebagai tempat tinggal bidan untuk melaksanakan tugas pokoknya sebagai pemberi pelayanan kesehatan di desa. Tujuan dari adanya polindes adalah untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan ANC dan persalinan normal di tingkat desa, meningkatkan pembinaan dukun beranak oleh bidan desa, meningkatkan kesempatan konsultasi dan penyuluhan kesehatan bagi ibu dan keluarga, dan meningkatkan pelayanan kesehatan bayi dan anak sesuai dengan kewenangannya.

Polindes merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang didirikan masyarakat atas dasar musyawarah sebagai kelengkapan dari pembangunan masyarakat desa. Dengan tidak adanya polindes di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk menunjukkan kurangnya peran serta masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.

Selain itu ketersediaan tenaga kesehatan lain seperti perawat, ahli kesehatan masyarakat tidak tersedia di setiap desa. Padahal bidan tidak bisa bekerja sendiri tanpa tenaga kesehatan lain untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Menurut peraturan perbandingan ideal jumlah tenaga kesehatan per 100.000 penduduk adalah

: bidan 100 per 100.000 penduduk, dokter umum 40 per 100.000, perawat 117, dan ahli kesehatan masyarakat 40 per 100.000 penduduk.

Di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk terdapat 76.373 penduduk. Jumlah tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk masih jauh dari jumlah ideal, bahkan masih ada jenis tenaga dan fasilitas yang belum tersedia, yang menyebabkan banyak pelimpahan tugas yang bukan keahliannya. Tugas untuk jenis tenaga yang tidak ada dirangkap oleh tenaga yang ada. Bidan puskesmas terdiri dari 5 orang, dibagi 2 puskesmas, 2 diantaranya sedang melaksanakan tugas belajar di D3 kebidanan. Sehingga yang ada hanya 1 bidan koordinator, 1 bidan pelaksana di puskesmas yang berbeda, sisanya ditugaskan sebagai administrasi sehingga tidak memberikan pelayanan.

Begitu pula fasilitas untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan dalam penelitian ini adalah puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, polindes, poskesdes, posyandu, bidan praktik mandiri, dan rumah bersalin. Perbandingan ideal rasio puskesmas terhadap jumlah penduduk adalah 1 : 30.000 penduduk, rasio pustu 4 : 100.000 penduduk, serta rasio 1 puskesmas : 1 pusling. Berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Cijeruk, di wilayah Puskesmas Cijeruk terdapat 2 puskesmas dan 2 pustu, tetapi belum ada polindes dan pusling. Keberadaan poskesdes/polindes atau pusling sangat membantu dalam mengatasi akses yang jauh. Masyarakat lebih mudah memperoleh pelayanan jika terdapat fasilitas di sekitar tempat tinggalnya. Dengan menambah SDM dan fasilitas kesehatan sesuai rasio ideal, maka memberikan peluang kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dengan mudah.

Hasil pada penelitian ini sesuai dengan temuan yang didapat dari penelitian Adam yang menyatakan bahwa ketersediaan dan kelengkapan fasilitas kesehatan memiliki hubungan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Begitu pula hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Titaley yang menggali alasan perempuan tidak melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, diantaranya adalah karena ketersediaan pelayanan yang terbatas. Dengan tersedianya sarana dan prasarana kesehatan yang cukup memadai akan sangat mendukung pelayanan kesehatan masyarakat dan memengaruhi pencapaian program kesehatan.

Hal ini menjadi bahan evaluasi bagi pihak Puskesmas Cijeruk mengenai pelayanan yang sudah diberikan, karena dengan ketersediaan pelayanan yang cukup menurut responden, ternyata masih belum dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan. Oleh sebab itu perlu dikaji lebih lanjut mengenai kualitas pelayanan yang sudah diberikan yang menyebabkan masyarakat tidak melakukan kunjungan pemeriksaan secara berkesinambungan. Hal ini didukung dengan penelitian Ratriasworo (2008) yang melaporkan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan oleh bidan berhubungan dengan kesediaan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada fasilitas kesehatan. Begitu pula dengan pemanfaatan posyandu sebagai tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan agar disosialisasikan kembali ke masyarakat luas. Selain itu kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan di posyandu agar ditingkatkan supaya masyarakat mau datang untuk memeriksakan kehamilannya. Posyandu merupakan sarana yang terdekat karena ada di tiap RW.

PENUTUP

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa jarak tempuk ke tempat pelayanan > 2 km dan waktu tempuh > 25 menit memiliki hubungan yang bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Begitu pula dengan ketersediaan pelayanan pemeriksaan kehamilan memiliki

hubungan yang bermakna dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan di wilayah kerja Puskesmas Cijeruk Kabupaten Bogor. Hal yang dapat direkomendasikan agar Puskesmas meningkatkan kegiatan promosi kesehatan khususnya mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan bagi ibu hamil. Dengan keterbatasan SDM, perlu ditingkatkan kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui salah satunya dengan Desa Siaga. Selain itu perlu adanya kerjasama lintas sektoral dengan dinas Pekerjaan Umum untuk memperbaiki sarana transportasi dan jalan, serta infrastruktur lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahilu T, Abebe G, Dibaba Y. 2009. Factors affecting antenatal care utilization in Yem Special Woreda, Southwestern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci. Vol. 19(No.1)*.
- Bappenas. (2010). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*. Jakarta.
- Bratakoesoema D. (2013). *Penurunan angka kematian ibu di Jawa Barat suatu tantangan bagi insan kesehatan Jawa Barat*. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran.
- Dairo MD, Owoyokun KE. (2010). Factors affecting the utilization of antenatal care services in Ibadan, Nigeria. *Epidemiology & Medical Statistics, College of Medicine, UCH, Ibadan. 12(1)*.
- Depkes RI. (2009). *Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta. hlm. 3-5,7-8,21-2.
- Depkes RI. (2010). *Laporan nasional riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2010*. Jakarta: Depkes RI. [5 Maret 2012]; Available from: www.litbang.depkes.go.id/laporan/riskesdas2010
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2010). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2010*.

- Effendi R, Isaranurug S, Chompikul J. (2008). Factors related to regular utilization of antenatal care service among post partum mothers in Pasar Rebo General Hospital Jakarta, Indonesia. *Journal of Publik Health and Development*. 6(1):113-22.
- Erlindawati, Chompikul J, Isaranurug S. (2008). Factors related to the utilization of antenatal care services among pregnant women at health centers in Aceh Besar District, Nanggroe Aceh Darussalam Province, Indonesia. *Journal of Public Health and Development*. Vol.6 (No.2):99-108.
- Eryando T. (2007). Aksesibilitas kesehatan maternal di Kabupaten Tangerang. *Makara Kesehatan*. 11(2):76-83.
- Kemkes RI. (2011). *Assessment GAVI-HSS 2010-2011*. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. Jakarta.
- Puskesmas Cijeruk. (2010). *Laporan tahunan Puskesmas Cijeruk tahun 2010*. Bogor:
- Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. (2010). Factor associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia : results of Indonesia demographic and health survey 2002/2003 and 2007. *BMC Public Health*. 10:485.
- Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. (2010). Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitatif study of community members' perspective in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 10(61).
- Yang Y, Yoshida Y, Rashid MDH, Sakamoto J. (2010). Factors affecting the utilization of antenatal care services among women in Kham District, Xiengkhouang Province, Lao Pdr. *Nagoya J Med Sci*. 72:23-33.
- Yousuf F, Hader G, Shaikh RB. (2010). Factors for inaccessibility of antenatal care by women in Sindh. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 22(4):187-90.
- Adam B, Darmawansyah, Masni. (2008). Analisis pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat Suku Baji di Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara tahun 2008. *Jurnal Madani FKM UMI*. 1(2).
- Ratriasworo E. (2003). *Hubungan karakteristik ibu hamil dan dimensi kualitas pelayanan dengan kunjungan ulang pelayanan antenatal di wilayah kerja Puskesmas Welahan I Kabupaten Jepara*. Semarang: Universitas Diponegoro.

PERUBAHAN PSIKOSOSIAL LANJUT USIA TINGGAL SENDIRI DI RUMAH

Imam Subekti

Poltekkes Kemenkes Malang, Jalan Besar Ijen No 77 C Malang

Email: imamsubekti12@yahoo.co.id

The Changes in Psychosocial Elderly Who Live Alone at Home

Abstract: *The research objective was to determine changes in psychosocial elderly who live alone in the house. This study uses qualitative research with descriptive phenomenology approach. In this study, researchers sought to understand the meaning and significance of the events experienced by the elderly living at home. Number of participants 10 people, with the method of data collection is in-depth interviews. Analysis of the data used is according to the method Colaizzi (1978). The results of the study produced five themes, namely the reason to stay at home, the feeling of living lives alone in the house, the perceived problem staying alone at home, how to resolve the problem and hope to the future. The reason the elderly living alone has three sub-themes, namely loss of family members, conflicts with family and independent living. The feeling of staying at home has two sub-themes, namely the feeling of beginning to live alone and feeling currently live alone. The perceived problems currently has four sub-themes, namely physical health, psychological, and problems with family. How to solve the problem of having two sub-themes, namely enlist the help of family and solve problems on their own. Expectations ahead of elderly living alone has two sub-themes, namely optimistic and pessimistic.*

Keywords: *psychosocial change, elderly, live alone at Home*

Abstrak: *Tujuan penelitian adalah mengetahui perubahan psikososial lansia yang tinggal sendiri di rumah. Penelitian ini menggunakan metode riset kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pada penelitian ini peneliti berusaha untuk memahami arti dan makna dari peristiwa-peristiwa yang dialami oleh usia lanjut tinggal sendiri di rumah. Jumlah partisipan 10 orang, dengan metode pengumpulan data adalah wawancara mendalam. Analisis data yang digunakan adalah menurut metode Colaizzi (1978). Hasil penelitian menghasilkan lima tema yaitu alasan tinggal sendiri di rumah, perasaan tinggal sendiri di rumah, masalah yang dirasakan tinggal sendiri di rumah, cara mengatasi masalah dan harapan ke depan. Alasan lansia tinggal sendiri memiliki tiga sub-tema yaitu kehilangan anggota keluarga, konflik dengan keluarga dan hidup mandiri. Perasaan tinggal sendiri di rumah memiliki dua sub-tema yaitu perasaan saat awal tinggal sendiri dan perasaan saat ini tinggal sendiri. Masalah yang dirasakan saat ini memiliki empat sub-tema yaitu kesehatan fisik, psikologis, dan masalah dengan keluarga. Cara mengatasi masalah memiliki dua sub-tema yaitu minta bantuan keluarga dan mengatasi masalah sendiri. Harapan ke depan lansia tinggal sendiri memiliki dua sub-tema yaitu optimis dan pesimis.*

Kata Kunci: *perubahan psikososial, lansia, tinggal sendiri di rumah*

PENDAHULUAN

Menurut Nugroho (2008) perubahan psikososial pada lansia yang dapat terjadi berupa ketika seseorang lansia mengalami pensiun (purna tugas), maka yang dirasakan adalah pendapatan berkurang (kehilangan finansial), kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas), kehilangan relasi, kehilangan kegiatan,

akibatnya timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial serta perubahan cara hidup. Kebanyakan di jaman sekarang ini banyak keluarga yang menganggap repot mengasuh atau merawat orang yang sudah lanjut usia, sehingga tidak jarang ada yang menitipkan orang tuanya di panti maupun ditinggal sendiri di rumah. Pilihan tinggal sendiri di rumah memiliki kelebihan dan kekurangan. Tinggal sendiri di rumah berarti

memiliki kebebasan, kenyamanan batin, mandiri, dan memiliki harga diri tersendiri bagi lansia.

Menurut Kusumiati (2012), masalah-masalah yang dapat timbul ketika lansia tinggal sendiri di rumah adalah kurang dukungan keluarga, kesepian, perubahan perasaan, perubahan perilaku, masalah kesehatan, ketakutan menjadi korban kejahatan, masalah penghasilan, dan masalah seksual. Pilihan tinggal di rumah pada usia lanjut memiliki kelebihan dan kekurangan. Tinggal dirumah sendiri berarti memiliki kebebasan, kenyamanan batin dan memiliki harga diri. Tinggal bersama anaknya berarti tergantung pada dukungan keluarga dan berkurangnya kebebasan. Sedangkan tinggal di rumah sendiri terpisah dengan anak seringkali menimbulkan masalah pada usia lanjut, yaitu kesepian dan kurangnya dukungan dari keluarga (Lueckenotte, 2000; Eliopolous, 2005).

Kurangnya dukungan sosial dapat berdampak negatif pada usia lanjut (Miller, 2004). Kurangnya dukungan berupa perhatian dari keluarga dapat mengakibatkan usia lanjut mengalami kesedihan atau keprihatinan. Kondisi tersebut biasanya ditambah dengan adanya ketergantungan terhadap bantuan anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, sedangkan anggota keluarga yang diharapkan untuk membantunya tidak selalu ada ditempat. Kurangnya sumber pendukung keluarga dalam merawat, karena tidak adanya anak dan kesibukan anak bekerja, menyebabkan seringkali usia lanjut terlantar di rumah (Subekti, 2012). Sedangkan kurangnya dukungan dari aspek keuangan dapat menyebabkan usia lanjut menjadi kurang terpenuhinya kebutuhan sehari-hari (Miller, 2004). Hal ini menunjukkan bahwa kurangnya dukungan dari keluarga merupakan konsekuensi dari pilihan usia lanjut tinggal sendiri di rumah.

Perubahan yang dirasakan usia lanjut tinggal sendiri di rumah tersebut menggambarkan suatu kondisi pengalaman hidup yang unik, menarik

untuk dipelajari dan dipahami lebih lanjut melalui suatu kegiatan penelitian. Sepengetahuan penulis, belum pernah ada penelitian tentang pengalaman usia lanjut tinggal sendiri di rumah di Indonesia. Guna memahami suatu fenomena dengan baik, maka penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi penting untuk dilakukan. Penelitian kualitatif diasumsikan bahwa ilmu pengetahuan tentang perilaku manusia hanya dapat diperoleh melalui penggalian langsung terhadap pengalaman yang didefinisikan dan dijalani oleh manusia tersebut (Polit, Beck & Hungler, 2001). Sedangkan definisi fenomenologi menurut Streubert dan Carpenter (1999), adalah mempelajari kesadaran dan perspektif pokok individu melalui pengalaman subjektif atau peristiwa hidup yang dialaminya. Jadi fokus telaah fenomenologi adalah pengalaman hidup manusia sehari-hari. Penelitian fenomenologi didasarkan pada landasan filosofis: mempercayai realitas yang kompleks; memiliki komitmen untuk mengidentifikasi suatu pendekatan dan pemahaman yang mendukung fenomena yang diteliti, melaksanakan suatu penelitian dengan meyakini partisipasi peneliti; serta penyampaian suatu pemahaman dari fenomena dengan mendeskripsikan secara lengkap elemen-elemen penting dari suatu fenomena (Burn & Groove, 2001; Polit & Hungler, 1997, dalam Streubert & Carpenter, 1999).

Penelitian yang akan dilakukan oleh penulis ini difokuskan pada pengalaman hidup usia lanjut tinggal sendiri di rumah. Selanjutnya peneliti mengeksplorasi fenomena pengalaman usia lanjut tinggal di rumah, maka dipilih pendekatan studi kualitatif fenomenologi, yaitu dengan menggali respon fisik maupun emosional dan dampak dari suatu peristiwa atau pengalaman, termasuk dukungan-dukungan yang diharapkan oleh usia lanjut selama tinggal sendiri di rumah. Pemahaman terhadap arti dan makna dari fenomena pengalaman usia lanjut tinggal sendiri di rumah merupakan tujuan utama penelitian ini.

Dengan memahami tentang arti dan makna dari pengalaman atau peristiwa tersebut, dapat digunakan sebagai informasi dan bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan yang dibutuhkan usia lanjut dalam perawatan keluarga atau *home care* pada pelayanan kesehatan di komunitas. Berdasarkan masalah tersebut peneliti tertarik meneliti tentang bagaimana perubahan psikososial lansia yang tinggal di rumah sendiri

Tujuan penelitian ini mengidentifikasi perubahan psikososial lansia yang muncul pada lansia yang tinggal sendiri yang meliputi latar belakang lansia tinggal sendiri, perasaan lansia tinggal sendiri, masalah-masalah yang dirasakan tinggal sendiri dan cara mengatasi masalah, serta harapan lansia

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode riset kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pada penelitian ini peneliti berusaha untuk memahami arti dan makna dari peristiwa-peristiwa yang dialami oleh usia lanjut tinggal sendiri di rumah. Partisipan penelitian ini adalah usia lanjut yang tinggal sendiri di rumah dimana penetapannya dengan menggunakan metode purposif. Metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam, dan pencatatan lapangan (*field note*), yaitu metode berisikan tentang deskripsi mengenai hal-hal yang diamati peneliti atau apapun yang dianggap penting oleh peneliti. Instrumen yang digunakan meliputi : pedoman wawancara dan *tape recorder*. Pengolahan data meliputi kegiatan *coding* adalah menyusun kode-kode tertentu pada *transcript verbatim* dan catatan lapangan yang telah dibuat. Pengorganisasian data dilakukan secara rapi, sistematis dan selengkap mungkin dengan cara mendokumentasikan dan menyimpan data secara baik. Data-data yang harus diorganisasikan dengan baik meliputi data mentah (hasil rekaman wawancara, catatan lapangan); *tran-*

script verbatim; kisi-kisi tema dan kategori-kategori; skema tema dan teks laporan penelitian Langkah selanjutnya adalah memberikan perhatian pada substansi yaitu dengan metode analisis data. Pada studi fenomenologi ini analisis data yang digunakan adalah menurut metode Colaizzi (1978), dalam Polit, Beck & Hungler (2001). Tempat penelitian di wilayah Puskesmas Mulyorejo Kota Malang dan dilaksanakan pada bulan Agustus-Oktober 2016

HASIL PENELITIAN

Partisipan berjumlah 15 orang, namun pada tahap pengumpulan data tinggal 10 orang. Data-data yang terkumpul berdasarkan pedoman wawancara tersaturasi pada partisipan yang ke-10. Dari 10 partisipan tersebut berumur antara 59-62 tahun, enam orang partisipan berjenis kelamin perempuan dan empat orang berjenis kelamin laki-laki. Pada status perkawinan enam partisipan berstatus janda dan empat partisipan berstatus duda.

Peneliti dapat mengidentifikasi lima tema dari lima tujuan khusus penelitian. Lima tema tersebut adalah: 1) alasan tinggal sendiri di rumah, 2) perasaan tinggal tinggal sendiri di rumah, 3) masalah yang dirasakan tinggal sendiri di rumah, 4) cara mengatasi masalah dan 5) harapan ke depan.

Tema I. Alasan lansia tinggal sendiri di rumah

Tema ini memiliki tiga sub-tema yaitu : **kehilangan anggota keluarga, konflik dengan keluarga dan hidup mandiri**. Kehilangan anggota keluarga mempunyai satu kategori yaitu berpisah dengan keluarga. Berpisah dengan keluarga disebabkan oleh beberapa keadaan seperti bercerai dengan istri, anak sudah berkeluarga semuanya, suami sudah meninggal dunia, tidak punya anak dan anak sudah punya rumah sendiri. **Kehilangan anggota keluarga**

seperti misalnya suami karena meninggal dunia, ditambah dengan anak-anak sudah dewasa dan sudah berkeluarga serta tinggal di rumahnya sendiri adalah alasan yang sering terjadi pada lansia sehingga tinggal sendiri di rumah. **Konflik dengan keluarga** memiliki satu kategori yaitu hubungan tidak harmonis. Hubungan tidak harmonis dengan anggota keluarga juga menjadi alasan lansia tinggal sendiri di rumah. Salah satu partisipan terpaksa harus meninggalkan rumah anaknya dan harus mengontrak rumah sendiri karena diusir oleh anaknya. **Ingin hidup mandiri** memiliki satu kategori yaitu tidak bergantung dengan keluarga. Tidak bergantung keluarga juga merupakan alasan lansia tinggal sendiri di rumah. Mereka beranggapan dengan hidup sendiri di rumah, terpisah dari anak-anaknya membuat lansia dapat hidup mandiri, tidak membebani anak-anaknya serta tidak bergantung pada anak-anaknya.

Tema II. Perasaan tinggal sendiri di rumah.

Perasaan tinggal sendiri di rumah memiliki dua sub-tema yaitu **perasaan saat awal tinggal sendiri** dan **perasaan saat ini tinggal sendiri**. Perasaan saat awal tinggal sendiri memiliki empat kategori yaitu **perasaan positif, kesedihan, kesepian dan ketakutan**.

Perasaan positif yang dirasakan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah karena suami sudah lama meninggal dan anak-anaknya baru saja meninggalkan rumah, berupa perasaan tenang karena lansia merasa sudah menyelesaikan tugasnya mengantarkan anak-anaknya hidup berkeluarga dan tinggal di rumah mereka sendiri. Disamping itu perasaan positif lansia yaitu merasa bisa hidup bebas tinggal sendiri di rumah tanpa ada yang melarang melakukan apapun. Kebebasan seperti ini tidak akan lansia dapatkan bilamana masih tinggal bersama anak-anaknya.

Kesedihan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah dirasakan oleh lansia dengan berbagai macam keadaan. Lansia merasa sedih karena

harus hidup sendiri, terpisah dari anak-anaknya, merasa kesepian, tidak ada orang di rumah yang bisa diajak berkomunikasi dan merasa takut sendirian, kalau terjadi sesuatu pada lansia tidak ada orang yang akan membantunya. **Kesepian** juga dirasakan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah. Selain merasa sedih, lansia juga merasakan kesepian sejak anak terakhir meninggalkan rumah. Rumah yang biasanya diramaikan oleh beberapa orang seperti anak, menantu, cucu, berubah menjadi sepi.

Ketakutan yang dirasakan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah disebabkan adanya perubahan situasi di rumah lansia. Semula masih ada beberapa anggota keluarga yang menemani lansia di rumah, selanjutnya berubah menjadi sepi, hanya lansia seorang yang tinggal di rumah. Kondisi rumah yang sepi inilah yang membuat lansia merasa takut sendiri tinggal di rumah. Ketakutan yang dimaksud adalah kekhawatiran bilamana lansia mengalami suatu kondisi yang tidak diinginkan, tidak ada yang bisa membantunya. Perasaan takut lainnya adalah kekhawatiran lansia tidak bisa menghidupi dirinya sendiri. Semula masih ada anak di rumah yang membantu lansia dalam kebutuhan sehari-hari, selanjutnya berubah harus menghidupi dirinya sendiri. Sekalipun anak-anak lansia berkomitmen untuk selalu membantu orang tuanya, namun lansia masih merasa takut apakah bisa menghidupi dirinya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Perasaan saat ini tinggal sendiri memiliki enam kategori yaitu mampu beradaptasi, keinginan menikah, kemandirian, kesulitan, kesepian dan kesedihan. **Mampu beradaptasi** dirasakan oleh lansia saat ini setelah beberapa waktu lamanya tinggal sendiri di rumah. Lansia sudah bisa menerima kenyataan bahwa sudah tidak ada orang lain yang tinggal di rumah selain dirinya sendiri. Disamping itu saat ini lansia merasakan sudah terbiasa tinggal sendiri di rumah. **Keinginan menikah lagi** dirasakan oleh lansia saat ini setelah beberapa lama tinggal sendiri,

terutama pada lansia yang laki-laki. Keinginan menikah lagi didorong oleh kebutuhan ada orang yang membantu lansia ketika lansia ingin melakukan suatu kegiatan, terutama kegiatan di luar seperti pengajian, periksa kesehatan dan diundang hajatan. Membantu kebutuhan lansia yang dimaksud adalah misalnya menyiapkan pakaian yang akan dikenakan dan asesoris lainnya. **Kemandirian** dirasakan oleh lansia saat ini setelah beberapa lama tinggal sendiri, yaitu berupa perasaan merasa bebas dengan tinggal sendiri di rumah. Merasa bebas yang dimaksud lansia adalah lansia dapat melakukan kegiatan apapun yang diinginkan tanpa ada orang yang melarangnya dan tidak disibukkan dengan kegiatan yang terkait dengan anak atau cucu. **Kesulitan** yang dirasakan lansia dengan tinggal sendiri saat ini adalah tidak adanya orang yang membantu lansia ketika lansia mengalami kondisi tertentu seperti kelelahan, sakit, ada kerusakan barang, kerusakan rumah. Tidak adanya orang lain yang membantu saat dibutuhkan memunculkan perasaan merasa kesulitan pada lansia saat ini. **Kesepian** yang dirasakan lansia saat ini dengan tinggal sendiri lebih banyak disebabkan oleh kejenuhan lansia dengan rutinitas kegiatan harian di rumahnya dan jarang frekwensi pertemuan dengan anak-anaknya. Meskipun lansia sudah terbiasa hidup sendiri, namun perasaan kesepian kadang-kadang muncul dalam dirinya. **Kesedihan** yang dirasakan lansia juga muncul setelah beberapa lama tinggal sendiri. Perasaan sedih ini diakibatkan adanya kondisi tertentu seperti sedang sakit, dimana lansia merasa tidak ada orang yang bisa membantunya atau sebagai tempat mengeluh.

Tema 3. Masalah yang dirasakan saat ini

Masalah yang dirasakan saat ini pada lansia tinggal sendiri di rumah memiliki empat sub-tema yaitu masalah kesehatan fisik, masalah psikologis, masalah ekonomi dan masalah dengan keluarga. **Masalah kesehatan fisik** yang dirasakan lansia

tinggal sendiri mempunyai dua kategori yaitu **sehat dan tidak sehat**. **Sehat** yang dirasakan lansia saat ini menunjukkan kondisi lansia saat ini baik-baik saja. Tinggal sendiri di rumah bagi lansia bukan menjadi halangan bagi lansia untuk merasakan kesejahteraan fisik berupa sehat. Sedangkan **tidak sehat** yang dialami lansia saat ini merupakan suatu masalah yang dirasakan sudah sejak lama. Lansia merasakan adanya keluhan penyakit yang sudah dideritanya beberapa tahun ini.

Masalah psikologis mempunyai tiga kategori yaitu **tidak ada masalah, kesedihan dan sulit tidur**. **Tidak ada masalah** psikologis saat ini yang dirasakan lansia tinggal sendiri menunjukkan bahwa lansia sudah bisa menikmati keadaan hidup sendiri di rumah. Kondisi ini dialami oleh lansia yang kebetulan berstatus duda. Hidup sendiri bagi lansia dirasakan sebagai suatu hal yang bukan masalah dan justru dinikmati sebagai suatu kebebasan. **Kesedihan** yang dirasakan lansia saat ini merupakan masalah psikologis yang disebabkan oleh berbagai macam situasi seperti sedih karena ada keluarganya yang sedang sakit, sedih karena tidak memiliki uang, sedih karena merasa kesepian, dan sedih karena anaknya tidak memperhatikannya.

Sulit tidur juga dialami lansia tinggal sendiri di rumah. Situasi ini dikarenakan lansia mengalami masalah psikologis berupa kesedihan akibat memikirkan sesuatu, sehingga lansia mengalami sulit tidur, sering terbangun di malam hari dan tidak bisa tidur lagi.

Masalah ekonomi mempunyai dua kategori yaitu **kekurangan dan tidak ada masalah**. **Kekurangan** yang dialami beberapa lansia tinggal sendiri di rumah, disebabkan oleh beberapa situasi seperti tergantung dari pemberian anak, lansia merasa kekurangan finansial sehingga tidak bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari sehingga harus meminjam uang kepada orang lain. **Tidak ada masalah** ekonomi yang dirasakan lansia tinggal sendiri dikarenakan

mereka memiliki penghasilan sendiri sebagai tukang bangunan dan tukang pijat panggilan. Penghasilan yang diperoleh lansia tersebut sudah dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, bahkan bisa memberi sesuatu kepada cucunya.

Masalah dengan keluarga mempunyai tiga kategori yaitu **tidak ada masalah, hubungan kurang baik dan putus hubungan dengan keluarga**. **Tidak ada masalah** dengan keluarga pada lansia tinggal sendiri ditunjang adanya hubungan lansia dengan keluarga (anak, cucu) baik-baik saja. Meskipun sudah tidak serumah dengan lansia, anak-anak dan cucu sering berkunjung ke rumah lansia. Hal ini menunjukkan tidak adanya masalah hubungan lansia dengan keluarganya. **Hubungan keluarga kurang baik** yang dialami lansia tinggal sendiri di rumah berupa suatu kondisi dimana lansia memiliki hubungan yang tidak harmonis dengan keluarganya seperti anak dan menantu. **Putus hubungan dengan keluarga** yang dialami lansia tinggal sendiri di rumah terjadi karena situasi jarak terpisah yang jauh antara lansia dengan keluarganya. Akibat jarak terpisah yang jauh dengan keluarganya dan adanya hambatan lansia untuk bersilaturahmi dengan keluarganya yang jauh tersebut, maka hubungan dengan keluarganya tersebut terputus. Tidak ada kontak sama sekali antara lansia dengan keluarganya selama ini.

Tema IV. Cara mengatasi masalah

Tema ini memiliki dua sub-tema yaitu **minta bantuan keluarga dan mengatasi masalah sendiri**. **Minta bantuan keluarga** mempunyai satu kategori yaitu mengatasi **masalah ekonomi**. Mengatasi masalah ekonomi yang dialami oleh lansia tinggal sendiri pada umumnya adalah kekurangan finansial untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, berbagai upaya dilakukan lansia seperti menunggu pemberian dari anak, meminta uang anak, dan meminjam kepada keluarga.

Mengatasi masalah sendiri mempunyai tiga kategori yaitu **mengatasi masalah kesepian, mengatasi masalah sakit dan mengatasi masalah hubungan dengan keluarga**. **Mengatasi masalah kesepian** yang dialami lansia tinggal sendiri, cara mengatasinya ada beberapa macam seperti kalau malam hari tidur di rumah anak, membaca do'a sebelum tidur, mengobrol dengan tetangga, dibuat bekerja ke sawah atau bekerja di bangunan, dan hiburan menonton TV. **Mengatasi masalah hubungan keluarga** yang telah dilakukan lansia tinggal sendiri adalah dengan membicarakan dengan anak-anaknya atau membiarkan masalah tersebut. Masalah hubungan dengan keluarga biasanya berupa konflik dengan anak. Salah satu cara mengatasi masalah konflik tersebut, lansia membicarakan dengan anaknya dan akhirnya konflik dapat diselesaikan.

Tema V. Harapan ke depan

Tema harapan ke depan lansia tinggal sendiri memiliki dua sub-tema yaitu **optimis dan pesimis**. **Kegiatan sosial** di masyarakat yaitu dengan mengikuti kegiatan-kegiatan di kampungnya merupakan keinginan atau harapan lansia yang tinggal sendiri di rumah. Kegiatan kampung yang dimaksud adalah pengajian atau tahlilan, pertemuan RT dan ikut membantu bilamana ada tetangga yang punya hajatan. **Kesejahteraan** hidup di hari tua adalah harapan yang diinginkan lansia tinggal sendiri di rumah. Harapan tersebut berupa keinginan agar tetap hidup sehat di hari tua, diberikan umur yang panjang sehingga masih bisa melihat anak dan cucunya. **Memiliki pasangan** juga merupakan harapan ke depan lansia tinggal sendiri. Keinginan memiliki pasangan hidup atau menikah lagi didorong oleh kebutuhan akan teman hidup yang juga dapat membantu lansia dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti memasak dan merawat rumah. Disamping itu juga pasangan yang dikehendaknya adalah seorang istri yang

bisa menerima keadaan lansia apa adanya tanpa banyak menuntut.

Pesimis mempunyai satu kategori yaitu **tidak memiliki harapan lagi dengan keluarga**. Tidak memiliki harapan lagi dengan keluarga yang dirasakan lansia dilatarbelakangi oleh hubungan dengan keluarga yang kurang baik, yaitu pernah diusir dari rumah oleh istri dan anaknya sehingga lansia terpaksa hidup sendiri dan akhirnya bercerai dengan istrinya. Kondisi ini menumbuhkan perasaan tidak memiliki harapan dengan keluarga, artinya lansia pesimis hubungan dengan keluarganya akan baik kembali.

PEMBAHASAN

Tema 1. Alasan tinggal sendiri di rumah

Alasan tinggal sendiri di rumah pada lansia salah satunya adalah kehilangan anggota keluarga. Kehilangan yang dimaksud adalah pasangan sudah meninggal dunia, bercerai, dan berpisah dengan anak-anaknya karena sudah berkeluarga. Hal ini sesuai dengan Santrock (2000) dan Kusumiati (2009) bahwa perubahan psikososial yang terjadi pada lansia adalah hidup sendiri akibat anak-anak sudah menikah dan mulai meninggalkan rumah serta kehilangan pasangan. Kondisi ini menjadi alasan atau penyebab lansia tinggal sendiri di rumah.

Alasan kedua lansia tinggal sendiri di rumah adalah ingin hidup mandiri dan tidak bergantung dengan keluarga. Pada dasarnya, mereka tidak ingin merepotkan anak sehingga sedapat mungkin berusaha untuk mandiri. Pada individu yang tinggal sendiri biasanya akhirnya menjadi lebih mandiri, tidak selalu tergantung pada orang lain. Menurut Kusumiati (2009) salah satu kriteria individu lanjut usia yang berkualitas sehingga dapat mencapai kehidupan di hari tua yang sukses adalah ketika individu tidak tergantung secara sosial ataupun finansial atau mandiri secara sosial maupun finansial. *Aging in place*

merupakan keinginan menghabiskan masa tua dengan tetap tinggal di rumah sendiri merupakan karena mereka merasa sudah nyaman dan lama sekali tinggal di tempat yang didiaminya saat ini. Orang tua yang ingin menikmati masa tua dengan tetap tinggal sendiri di rumah sampai mati atau *aging in place*, biasanya karena mereka ingin tetap mempertahankan relasi yang nyaman daripada harus menyesuaikan di tempat yang baru.

Tema II. Perasaan lansia tinggal sendiri di rumah

Perasaan positif yang dirasakan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah salah satunya adalah kebebasan, yaitu lansia merasa bisa hidup bebas tinggal sendiri di rumah tanpa ada yang melarang melakukan apapun. Kebebasan seperti ini tidak akan lansia dapatkan bilamana masih tinggal bersama anak-anaknya. Kebebasan merupakan alasan lansia tetap memilih tinggal sendiri meski sebenarnya ada kesempatan untuk tinggal dengan anak-anak. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Gonyea (1990) dalam Kusumiati (2009) bahwa lanjut usia biasanya memilih tinggal sendiri karena privasi akan lebih terjaga sehingga bebas melakukan kegiatannya dibanding jika harus tinggal bersama anak dan cucu.

Adanya kebebasan, lansia merasa tidak ada yang membatasi dan tidak ada rasa sungkan ketika ingin melakukan sesuatu kegiatan. Hal ini dikarenakan pada masa lanjut ini, mereka ingin tetap dapat melakukan aktivitas yang disukainya meski dengan kondisi fisik yang lebih terbatas dan mereka lebih bebas dalam melakukan kegiatan seperti berkarya, bekerja, mencipta dan melaksanakan dengan baik karena mencintai kegiatan tersebut. Selain kebebasan, perasaan positif lainnya adalah kemandirian. Tinggal sendiri di rumah juga menimbulkan kondisi lansia bisa hidup mandiri tanpa perlu bergantung kepada

anak-anaknya. Pada dasarnya, mereka tidak ingin merepotkan anak sehingga sedapat mungkin berusaha untuk mandiri. Pada individu yang tinggal sendiri biasanya akhirnya menjadi lebih mandiri, tidak selalu tergantung pada orang lain. Menurut WHO (1993) dalam Kusumiati (2009) salah satu kriteria individu lanjut usia yang berkualitas sehingga dapat mencapai *successful aging* adalah ketika individu tidak tergantung secara sosial ataupun finansial atau mandiri secara sosial maupun finansial.

Kesedihan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah juga dirasakan oleh lansia dengan berbagai macam keadaan. Lansia merasa sedih karena harus hidup sendiri, terpisah dari anak-anaknya, merasa kesepian, tidak ada orang di rumah yang bisa diajak berkomunikasi dan merasa takut sendirian, kalau terjadi sesuatu pada lansia tidak ada orang yang akan membantunya.

Selain kesedihan, perasaan ketakutan juga timbul pada lansia tinggal sendiri. Perasaan takut yang dimaksud adalah kekhawatiran bilamana lansia mengalami suatu kondisi yang tidak diinginkan, tidak ada yang bisa membantunya. Perasaan takut lainnya adalah kekhawatiran lansia tidak bisa menghidupi dirinya sendiri. Semula masih ada anak di rumah yang membantu lansia dalam kebutuhan sehari-hari, selanjutnya berubah harus menghidupi dirinya sendiri.

Perasaan yang ketiga adalah kesulitan. Kesulitan yang dirasakan lansia dengan tinggal sendiri saat ini adalah tidak adanya orang yang membantu lansia ketika lansia mengalami kondisi tertentu seperti kelelahan, sakit, ada kerusakan barang, kerusakan rumah. Tidak adanya orang lain yang membantu saat dibutuhkan memunculkan perasaan merasa kesulitan pada lansia yang tinggal sendiri di rumah.

Gambaran ini menunjukkan bahwa tidak adanya sumber dukungan dari keluarga terutama anak dalam merawat orang tuanya, menyebabkan usia lanjut mengalami kesulitan memenuhi

kebutuhan sehari-hari di rumah. Kemunduran kemampuan fisik akibat usia tua mengakibatkan kesulitan partisipan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, sedangkan anggota keluarga yang diharapkan untuk membantunya tidak ada ditempat, bahkan sama sekali tidak ada. Kesulitan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari akibat tinggal sendiri inilah yang mengakibatkan lansia mempunyai perasaan kesedihan, kekhawatiran dan kesulitan pada lansia.

Kurang dukungan keluarga biasanya hanya dirasakan pada saat-saat tertentu seperti diawal-awal tinggal sendiri. Memang pada masa lanjut usia, masalah kurangnya dukungan sosial biasa dialami oleh sebagian orang terutama ketika mereka mengalami *stress* dan menghadapi masalah. Hubungan yang kurang harmonis dengan anak, anak yang kurang perhatian terhadap lansia menjadi sumber *stress* pada lansia yang tinggal sendiri di rumah.

Kesepian juga dirasakan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah. Lansia juga merasakan kesepian sejak anak terakhir meninggalkan rumah. Rumah yang biasanya diramaikan oleh beberapa orang seperti anak, menantu, cucu, berubah menjadi sepi. Masalah kesepian merupakan sesuatu yang umum dialami oleh para lanjut usia. Tidak dapat dipungkiri bahwa kesendirian yang dialami para lanjut usia dapat menimbulkan kesepian. Menurut Gubrium (dalam Santrock 2000) dalam Kusumiati (2009) orang dewasa lanjut yang belum pernah menikah tampaknya memiliki kesulitan paling sedikit menghadapi kesepian di usia lanjut. Bagi individu yang sudah menikah dan anak-anak mulai meninggalkan rumah serta kehilangan pasangan, akan lebih merasakan kesepian terlebih mereka yang memutuskan tetap tinggal sendiri.

Tema III. Masalah yang dirasakan saat ini
Masalah yang dirasakan saat ini pada lansia

tinggal sendiri di rumah memiliki empat sub-tema yaitu masalah kesehatan fisik, masalah psikologis, masalah ekonomi dan masalah dengan keluarga. Masalah kesehatan fisik, kondisi kesehatan yang sudah menurun atau tidak sehat yang dialami lansia saat ini merupakan suatu masalah yang dirasakan sudah sejak lama. Lansia merasakan adanya keluhan penyakit yang sudah dideritanya beberapa tahun ini.

Masalah kesehatan muncul pada usia yang semakin lanjut dan kondisi fisik yang semakin menurun, masalah yang berkaitan dengan kesehatan seperti kencing manis, tekanan darah tinggi, asam urat, rematik atau sekadar masuk angin serta berkurangnya kemampuan fisik merupakan hal yang biasa dialami. Hal ini sejalan dengan pendapat Santrock (2000) dalam Kusumiati (2009) yang mengungkapkan bahwa semakin tua, individu kemungkinan akan memiliki beberapa penyakit atau berada dalam kondisi sakit yang meningkat. Keadaan ini semakin menjadi masalah bagi lansia yang tinggal sendiri karena biasanya mereka harus berusaha sendiri untuk mengatasinya ketika penyakitnya kambuh.

Masalah psikologis yang dirasakan lansia tinggal sendiri berupa kesedihan yang disebabkan oleh berbagai macam situasi seperti sedih karena ada keluarganya yang sedang sakit, sedih karena tidak memiliki uang, sedih karena merasa kesepian, dan sedih karena anaknya tidak memperhatikannya. Hal ini yang menjadi beban pikiran lansia dan menyebabkan lansia mengalami masalah sulit tidur. Sulit tidur yang dialami lansia tinggal sendiri di rumah berupa kurangnya frekuensi atau jumlah jam tidur dan kualitas tidurnya. Gejalanya adalah sulit memulai tidur dan sering terbangun di malam hari dan tidak bisa tidur lagi. Gejala fisik sulit tidur gangguan psikologis tersebut termasuk dalam kategori kecemasan (Lubis, 2009). Kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman, baik bersifat nyata ataupun khayal. Ancaman yang nyata pada

lansia tinggal sendiri adalah ketidakmampuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Sedangkan ancaman yang tidak nyata seperti perasaan kekhawatiran bila terjadi sesuatu pada dirinya tidak ada orang yang akan membantunya. Kecemasan juga bisa berkembang menjadi suatu gangguan jika menimbulkan ketakutan yang hebat dan menetap pada individu tersebut (Lubis, 2009).

Tidak ada masalah psikologis juga dirasakan lansia tinggal sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa lansia sudah bisa menikmati keadaan hidup sendiri di rumah. Kondisi ini dialami oleh lansia yang kebetulan berstatus duda. Hidup sendiri bagi lansia dirasakan sebagai suatu hal yang bukan masalah dan justru dinikmati sebagai suatu kebebasan. Kusumiati (2009) menjelaskan bahwa lansia yang dapat menikmati hari tua sebagai suatu kebebasan karena tidak bergantung kepada keluarganya adalah suatu bentuk kemandirian. Kemandirian lansia dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari termasuk dalam *successful aging*, yaitu sukses di hari tua tidak bergantung secara finansial kepada orang lain.

Masalah ekonomi berupa kekurangan finansial juga dialami beberapa lansia tinggal sendiri di rumah. Hal ini disebabkan oleh situasi seperti tergantung dari pemberian anak karena tidak memiliki pendapatan, lansia merasa kekurangan finansial dan tidak bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari. Masalah penghasilan yang dialami lansia dapat memicu mereka untuk tetap bekerja di usia yang sudah lanjut. Hal ini tentunya dapat dilakukan bila lansia masih memiliki kemampuan fisik dan keterampilan. Dalam penelitian ini ada beberapa lansia yang masih mampu bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti menjadi tukang bangunan dan menjadi tukang pijat. Menurut Hurlock (1996) dalam Kusumiati (2009) penurunan penghasilan hampir dialami semua individu yang memasuki masa lanjut usia sehingga mereka perlu

menyesuaikan diri dengan berkurangnya pendapatan, namun demikian lebih lanjut dijelaskan bahwa lebih dari 40% kemiskinan dialami lanjut usia yang menjanda dan tinggal sendiri.

Pada usia yang sudah lanjut, tugas perkembangan untuk tetap bekerja sudah tidak menjadi tanggung jawab mereka yang memasuki usia pensiun. Namun demikian, karena tidak ada pensiun, tabungan dan dukungan dana dari pihak lain menyebabkan lansia harus bekerja untuk sekedar tetap dapat bertahan hidup karena penghasilannya yang diperoleh juga terbatas. Bagi lansia yang tidak memiliki penghasilan sendiri dari bekerja, pemberian uang dari anak adalah satu-satunya sumber pendapatan yang bisa diandalkan. Namun kondisi ini menimbulkan kekhawatiran bagi lansia karena bilamana pemberian dari anak tidak bisa menutupi semua kebutuhan hidup, maka lansia terpaksa harus meminjam kepada orang lain seperti tetangganya atau keluarganya. Kondisi kekurangan finansial seperti ini merupakan masalah yang sering dihadapi dan umum bagi lansia terutama yang berstatus janda.

Tema IV. Cara mengatasi masalah

Tema cara mengatasi masalah memiliki dua sub-tema yaitu minta bantuan keluarga dan mengatasi masalah sendiri. Cara mengatasi masalah ekonomi yang dialami oleh lansia tinggal sendiri yang dilakukan lansia adalah dengan bekerja agar bisa mendapatkan penghasilan dan dapat memenuhi kebutuhannya sendiri. Sedangkan yang tidak bekerja, upaya yang dilakukan lansia adalah menunggu pemberian dari anak, meminta uang anak, dan meminjam kepada keluarga. Upaya-upaya tersebut adalah dalam rangka untuk memepertahankan hidup dan termasuk dalam tugas perkembangan lansia ketika pada usia lanjut harus mampu melakukan penyesuaian terhadap kehilangan pendapatan dengan cara mengatasi sendiri maupun dengan meminta bantuan keluarga dan orang lain.

Mengatasi masalah kesepian yang dialami lansia tinggal sendiri adalah dengan cara kalau malam hari tidur di rumah anak, mengobrol dengan tetangga, dibuat bekerja ke sawah atau bekerja di bangunan, dan hiburan menonton TV. Hal ini menunjukkan bahwa pada lansia kemampuan dalam mengatasi masalah dengan mekanisme koping individual yang baik masih bisa dilaksanakan.

Tidak semua masalah yang dihadapi lansia yang tinggal sendiri harus diratapi dengan kesedihan terus menerus. Adanya semangat untuk tetap melanjutkan kehidupan sekalipun hidup sendiri di rumah bukan sebagai halangan bagi lansia. Hal ini menunjukkan bahwa lansia sudah bisa menerima kenyataan pada akhir siklus kehidupannya pasti akan terjadi kehilangan pasangan, kehilangan anak-anaknya dan akhirnya hidup sendiri di rumah. Miller (2004) dan Stanley, dkk (2005) menyatakan bahwa keputusan lansia untuk tinggal sendiri di rumah adalah situasi yang harus dihadapi lansia, semakin orang bertambah tua dan situasi keluarga mereka berubah, kehilangan pasangan dan anak-anak meninggalkan rumah akan dialaminya dalam siklus kehidupan lansia.

Demikian juga dengan mengatasi masalah hubungan keluarga berupa konflik dengan anak, adalah dengan membicarakan dengan anak-anaknya atau membiarkan masalah tersebut. Salah satu cara mengatasi masalah konflik tersebut, lansia membicarakan dengan anaknya dan akhirnya konflik dapat diselesaikan. Hal ini menunjukkan kemampuan mengatasi konflik pada usia lanjut masih bisa dilakukan dan tidak dipengaruhi oleh usia. Menurut Miller (2004) dan Stanley, dkk (2005), konflik yang terjadi pada lansia salah satunya adalah dengan anak yang disebabkan kurangnya komunikasi dan interaksi yang ditimbulkan akibat anak sudah berkeluarga sendiri dan sibuk bekerja. Lansia masih memiliki cara untuk mengatasi masalah tersebut dengan kedewasaannya dan pengalamannya selama ini

dengan membicarakan masalah tersebut dengan keluarganya.

Tema V. Harapan ke depan

Tema harapan ke depan lansia tinggal sendiri memiliki dua sub-tema yaitu optimis dan pesimis. Salah satu bentuk harapan ke depan yang optimis lansia adalah kegiatan sosial di masyarakat yaitu dengan mengikuti kegiatan-kegiatan di kampungnya. Hubungan dengan masyarakat merupakan dukungan sosial pada lansia yang tinggal sendiri. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Berk (2002) dalam Kusumiati (2009) bahwa individu yang lanjut usia lebih menyukai tinggal dalam komunitas yang kecil dengan suasana yang tenang seperti di kota kecil atau pedesaan. Kehadiran tetangga dan teman dekat merupakan dukungan sosial yang penting karena mengharapkan dukungan dari anak-anaknya adalah sesuatu yang tidak memungkinkan. Dengan tetap berada di lingkungannya dan mengikuti kegiatan-kegiatan sosial di masyarakat menjadikan lansia tetap bisa melanjutkan kehidupannya dan hal inilah yang menjadi harapan lansia yang tinggal sendiri di rumah.

Dengan memiliki hubungan yang baik dengan tetangga dan masyarakat melalui kegiatan-kegiatan dikampungnya, lansia merasa nyaman terutama karena mereka merasa tetangga sebagai orang yang dekat yang juga bisa dijadikan tempat untuk meminta pertolongan bilamana lansia mengalami masalah, dan tempat mereka dapat saling berbagi. Menjaga hubungan yang baik dengan tetangga memungkinkan para lansia dapat melibatkan diri mereka dengan aktif mengikuti kegiatan di lingkungan atau menjadi tempat bertanya para tetangga yang relatif lebih muda usianya.

Kesejahteraan hidup di hari tua berupa kesehatan adalah harapan yang diinginkan lansia tinggal sendiri di rumah. Harapan berupa keinginan agar tetap hidup sehat di hari tua, diberikan umur yang panjang sehingga masih bisa

melihat anak dan cucunya merupakan semangat hidup lansia yang tinggal sendiri di rumah untuk tetap mempertahankan atau melanjutkan kehidupannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Miller (2004) dan Stanley, dkk (2005) bahwa tugas perkembangan lansia yang mengalami perubahan psikososial hidup sendiri adalah dengan menyesuaikan diri untuk tetap hidup sehat agar mampu bertahan hidup dan agar masih bisa berinteraksi dengan keluarganya.

PENUTUP

Alasan lansia tinggal sendiri di rumah memiliki tiga sub-tema yaitu kehilangan anggota keluarga, konflik dengan keluarga dan hidup mandiri. Kehilangan pasangan karena sudah meninggal dunia, bercerai, dan berpisah dengan anak-anaknya karena sudah berkeluarga menyebabkan lansia tinggal sendiri di rumah. Keinginan hidup mandiri dan tidak bergantung dengan keluarga, juga merupakan alasan lansia tinggal sendiri. Disamping itu konflik dengan istri dan anak juga kondisi yang melatarbelakangi lansia tinggal sendiri di rumah.

Perasaan tinggal sendiri di rumah memiliki dua sub-tema yaitu perasaan saat awal tinggal sendiri dan perasaan saat ini tinggal sendiri. Perasaan positif yang dimiliki lansia salah satunya adalah kebebasan, yaitu lansia merasa bisa hidup bebas tinggal sendiri di rumah tanpa ada yang melarang melakukan apapun. Perasaan positif kedua adalah kemandirian, dimana lansia bisa hidup mandiri tanpa perlu bergantung kepada anak-anaknya.

Timbulnya kesedihan karena harus hidup sendiri, terpisah dari anak-anaknya, merasa kesepian, tidak ada orang di rumah yang bisa diajak berkomunikasi merupakan kondisi yang dialami lansia tinggal sendiri. Perasaan takut juga muncul pada lansia, dimana lansia merasa khawatir bilamana lansia mengalami suatu kondisi yang tidak diinginkan, tidak ada yang bisa membantunya. Perasaan kesulitan juga dirasakan

lansia dengan tinggal sendiri adalah tidak adanya orang yang membantu lansia ketika lansia mengalami kondisi tertentu seperti kelelahan, sakit, ada kerusakan barang, kerusakan rumah. Kesepian juga dirasakan lansia saat awal tinggal sendiri di rumah. Lansia juga merasakan kesepian sejak suami meninggal dunia dan anak terakhir meninggalkan rumah.

Masalah yang dirasakan saat ini pada lansia tinggal sendiri di rumah memiliki empat sub-tema yaitu masalah kesehatan fisik, masalah psikologis, masalah ekonomi dan masalah dengan keluarga. Masalah kesehatan fisik, kondisi kesehatan yang sudah menurun atau tidak sehat yang dialami lansia saat ini merupakan suatu masalah yang dirasakan sudah sejak lama. Masalah psikologis yang dirasakan lansia tinggal sendiri berupa kesedihan yang disebabkan lansia tidak memiliki uang, sedih karena merasa kesepian, dan sedih karena anaknya tidak memperhatikannya. Namun lansia juga tidak ada masalah psikologis juga dirasakan lansia tinggal sendiri. Hidup sendiri bagi lansia dirasakan sebagai suatu hal yang bukan masalah dan justru dinikmati sebagai suatu kebebasan. Masalah ekonomi berupa kekurangan finansial juga dialami beberapa lansia tinggal sendiri di rumah. Lansia yang masih aktif bekerja, penghasilan bukan sebagai masalah, namun lansia yang sudah menjanda mengalami kekurangan finansial untuk bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Tema cara mengatasi masalah memiliki dua sub-tema yaitu minta bantuan keluarga dan mengatasi masalah sendiri. Cara mengatasi masalah ekonomi yang dialami oleh lansia tinggal sendiri adalah dengan bekerja agar bisa mendapatkan penghasilan dan dapat memenuhi kebutuhannya sendiri. Sedangkan yang tidak bekerja, upaya yang dilakukan lansia adalah menunggu pemberian dari anak, meminta uang anak, dan meminjam kepada keluarga. Mengatasi masalah kesepian yang dialami lansia tinggal

sendiri adalah dengan cara kalau malam hari tidur di rumah anak, mengobrol dengan tetangga, dibuat bekerja ke sawah atau bekerja di bangunan, dan hiburan menonton TV. Sedangkan mengatasi masalah hubungan keluarga berupa konflik dengan anak, adalah dengan membicarakan dengan anaknya dan akhirnya konflik dapat diselesaikan.

Tema harapan ke depan lansia tinggal sendiri memiliki dua sub-tema yaitu optimis dan pesimis. Salah satu bentuk harapan ke depan yang optimis lansia adalah kegiatan sosial di masyarakat yaitu dengan mengikuti kegiatan-kegiatan di kampungnya. Dengan tetap menjaga hubungan baik dengan merupakan dukungan sosial yang penting karena mengharapkan dukungan dari anak-anaknya adalah sesuatu yang tidak memungkinkan. Sedangkan lansia yang pesimis karena merasa hubungan dengan keluarganya sudah terputus akibat keluarganya tinggal jauh di luar kota dan tidak memungkinkan lansia untuk mengunjunginya.

Berdasarkan hasil penelitian ini, diharapkan Puskesmas Mulyorejo Kota Malang dapat mengembangkan pelayanan kesehatan pada lansia yang tinggal sendiri di rumah dengan meningkatkan dan mengembangkan kegiatan-kegiatan di posyandu lansia dengan kegiatan yang bersifat sosial seperti paguyuban lansia, pengajian, dan kegiatan olah raga, senam dan rekreasi untuk meningkatkan kesejahteraan lansia yang tinggal sendiri di rumah. Diharapkan keluarga yang memiliki anggota lansia dan masyarakat yang memiliki kelompok lansia dapat meningkatkan perhatian pada lansia yang tinggal sendiri dengan memberikan perhatian dan memfasilitasi dengan kegiatan-kegiatan sosial agar lansia dapat mencapai status kesehatan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

Copel, L.C. (2007). *Kesehatan jiwa dan psikiatri: pedoman klinis perawat / Linda*

- Carmal Comel. alih bahasa: Akemat. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Cummings. (2002). *Loneliness in older people*. (Online). jurnal.unpad.ac.id
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing (6 th.ed)* (hal. 527-535). Philadelphia : Lippincot Williams & Wilkins
- Kusumiati R. Y.E. (2009). Tinggal Sendiri Di Masa Lanjut Usia. *Jurnal Humanitas*. Vol. 6, no 1 (hal. 24-38). (Online) <http://journal.uad.ac.id/index.php/HUMANITAS/article/view/700>
- Lubis, N.L. (2009). *DEPRESI: Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Nugroho, H.W. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik / Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry ; alih bahasa, Yasmin Asih...[et al.]*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontological Nursing*. St.Louis : Mosby-Year Books, Inc.
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adult : theory and practice (4 th.ed)* (hal.140-142, 91-101). Philadelphia : Lippincot Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., Perry, A.G. (1997). *Fundamental of nursing : concept, process and practice (4 th.ed)*. St.Louis : Mosby-Year Book, Inc.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization (5 th.ed.)*. Philadelphia : Lippincot.
- Streubert. H.J & Carpenter, D.M. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (2nded)*. Philadelphia: Lippincott
- Stanley, M., Blair, K.A., Beare, P.G. (2005). *Gerontological nursing (3 th.ed)* (hal. 11-15). Philadelphia : F.A Davis Company

KINERJA KADER POSYANDU DAN KEPUASAN LANSIA

Joko Pitoyo, Mohammad Mukid Santuso, Leni Saragih
Poltekkes Kemenkes Malang, Jl. Besar Ijen No. 77C Malang
Email: jokpit22@gmail.com

Cadre Performance of elderly Posyandu and Satisfaction of Participants

Abstract: *The performance of cadre is the main factor for satisfaction level of elderly participants. This research was held in Posyandu Angrek Bulan in Sisir Village Batu City by the aim is to analyze the correlation between cadre performance of elderly Posyandu toward satisfaction level of elderly participants. The method of this research is correlational quantitative by the framework of Cross Sectional. Samples were taken by the technique of Total Sampling with the total of 30 respondents. The statistical analysis used in this research is spearman correlation. Based on the result, the performance of Posyandu cadre were categorized as good, which as many as 21 respondents (71%) said so. On the other side, 18 respondents (60%) said that they were satisfied by the performance of Posyandu's cadre. The result of spearman correlation showed the r-value of 0.511 and p-value of 0,004. It was truly revealed that cadre performance has a positive correlation toward satisfaction level of elderly participants in Posyandu Angrek Bulan. By the satisfied of cadre performance, the elderly will be more active in giving the participation to the Posyandu's programs.*

Keywords: *posyandu elderly, cadre performance, satisfaction*

Abstrak: *Kinerja kader merupakan faktor penentu kepuasan lansia terhadap pelayanan posyandu setempat. Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu Lansia Angrek Bulan Kelurahan Sisir Kota Batu dan bertujuan untuk mengetahui hubungan kinerja kader posyandu dengan kepuasan lansia. Metode dalam penelitian ini adalah kuantitatif korelasional dengan menggunakan rancangan Cross Sectional. Sampel diambil melalui teknik Total Sampling dengan jumlah total sebanyak 30 lansia. Berdasarkan hasil penelitian, didapat bahwa kader Posyandu Angrek Bulan termasuk dalam kategori baik, yakni sebanyak 21 lansia (71%) menyatakan demikian. Sementara 18 lansia (60%) menyatakan telah merasa puas dengan kinerja kader posyandu. Hasil analisis korelasi spearmann, menunjukkan r-value sebesar 0.511 dan p-value sebesar 0,004. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kinerja kader posyandu memiliki hubungan yang positif terhadap kepuasan lansia, dimana semakin baik kinerja kader posyandu maka kepuasan lansia sebagai pengguna layanan kesehatan dari Posyandu juga akan meningkat.*

Kata Kunci: *posyandu lansia, kinerja kader, kepuasan*

PENDAHULUAN

Peningkatan angka harapan hidup dan bertambahnya jumlah lanjut usia disatu sisi merupakan salah satu keberhasilan dalam pembangunan sosial dan ekonomi, namun keberhasilan tersebut mempunyai konsekuensi dan tanggung jawab baik pemerintah maupun masyarakat untuk memberikan perhatian lebih serius, karena dengan bertambahnya usia kondisi dan kemampuan semakin menurun (James, 2006). Dalam hal ini dibutuhkan

peningkatan layanan kesehatan kepada lansia supaya pada masa tua nanti sehat, bahagia, berdaya guna dan produktif.

Besarnya populasi lansia yang sangat cepat, juga menimbulkan berbagai permasalahan, sehingga lansia perlu mendapatkan perhatian yang serius dari semua sektor untuk upaya peningkatan kesejahteraan lanjut usia. Untuk menangani masalah tersebut, pemerintah mengeluarkan beberapa kebijakan atau program yang diterapkan oleh Puskesmas (Effendy, 2009).

Salah satu bentuk perhatian yang serius pada lansia adalah terlaksananya pelayanan pada lanjut usia melalui kelompok (Posyandu) yang melibatkan semua lintas sektor terkait, swasta, LSM, dan masyarakat. Sebagai salah satu wadah yang potensial di masyarakat adalah Posyandu lanjut usia yang dikembangkan oleh Puskesmas atau yang muncul dari aspirasi masyarakat sendiri (Satrianegara, 2009).

Suatu organisasi tidak akan berjalan tanpa adanya keterlibatan unsur manusia yang didalamnya unsur manusia bisa menentukan keberhasilan atau kegagalan suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi (Siagian, 2004). Dalam posyandu kader merupakan suatu penggerak terpenting dalam menjalankan tujuan yang dimiliki posyandu lansia tersebut. Tenaga kader merupakan kader yang bertugas di posyandu lansia dengan kegiatan rutin setiap bulannya membantu petugas kesehatan saat pemeriksaan kesehatan pasien lansia (Ismawati, 2010). Dalam hal ini kader posyandu dituntut memberikan pelayanan yang optimal sehingga kinerja kader dapat berjalan dengan baik dan membuat para lansia dapat kepuasan dan mendapat kenyamanan dalam menggunakan posyandu tersebut.

Kinerja adalah penentuan secara periodik efektivitas operasional organisasi, bagian organisasi dan anggota organisasi berdasarkan sasaran, standar dan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Kinerja kader posyandu lansia di harapkan memiliki keaktifan dalam hal sosialisasi tentang kesehatan agar kesejahteraan lansia meningkat (Sunarto, 2005). Pentingnya keaktifan seorang kader posyandu lansia juga tergambar dalam sebuah hasil penelitian yang dilakukan di posyandu Kediri pada tahun 2012, mengatakan bahwa ada pengaruh antara kinerja kader terhadap tingkat kemandirian posyandu (Vensi, 2012). Dari hasil tersebut dapat dinyatakan bahwa kinerja kader sangat mempengaruhi kualitas serta eksistensi dari

posyandu lansia itu sendiri. Penelitian lain yang menjelaskan pentingnya kinerja kader posyandu lansia yaitu penelitian yang dilakukan di Kutai menjelaskan bahwa kinerja kader dalam menggerakkan masyarakat sangat mempengaruhi kualitas pelayanan posyandu tersebut (Armini-wati, 2010).

Kepuasan merupakan gambaran harapan seseorang terhadap pelayanan ataupun jasa yang dirasakan apakah sesuai dengan harapan atau tidak (Irene, 2009). Dalam posyandu lansia, lansia adalah pengunjung yang langsung merasakan bagaimana posyandu memberikan pelayanan terhadap lansia dimana di dalamnya ada peran kader untuk berusaha meningkatkan segala pelayanan serta kegiatan dalam pelaksanaan posyandu lansia sehingga lansia merasakan harapan yang sesuai dengan yang diinginkan.

Dalam mengukur suatu pelayanan ada tiga variabel yaitu *input*, proses dan *output*. Kepuasan terdapat pada variabel *output* yang sebelumnya dalam variabel proses mencakup interaksi pemberi pelayanan dengan konsumen, kinerja masuk dalam cakupannya, sehingga kinerja dengan kepuasan merupakan elemen yang saling terkait satu sama lain (Satrianegara, 2009). Kinerja yang diberikan akan menggambarkan kepuasan para pengguna jasa/pelayan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Anugraeni, 2013) di Kelurahan Rempoa Ciputat Timur menunjukkan adanya hubungan kinerja kader posyandu dengan kepuasan lansia dengan nilai korelasi sebesar 0,381 yang menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi rendah.

Di Posyandu lansia Angrek Bulan Kelurahan Sisir Batu memiliki kader berjumlah 8 orang tetapi yang aktif sebanyak 5 orang, pendataan lansia di posyandu dilakukan hanya setiap pelaksanaan, diluar pelaksanaan pendataan lansia jarang dilakukan sehingga, pencatatan kunjungan lansia hanya dicatat berat badan dan tinggi badan lansia. Jumlah lansia yang datang mengalami penurunan

dari tahun 2012 sebanyak 398 lansia menjadi 379 pada tahun 2013 dan pada tahun 2014 sampai bulan November tercatat 367 lansia, sedangkan kader dari tahun 2012 sampai bulan November 2014 tercatat 199 kader dan rata-rata kehadiran kader dalam setiap kegiatan posyandu tercatat 5-6 orang kader. Penyuluhan kesehatan jarang sekali dilakukan oleh kader, penyuluhan hanya dilakukan jika petugas kesehatan datang ke posyandu lansia dan memberikan informasi kepada kader, kegiatan-kegiatan di Posyandu lansia hanya tergambar pada proses 5 meja selebihnya tidak ada kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan lansia seperti senam yang saat ini tidak pernah dilakukan. Gambaran di atas menunjukkan bahwa keaktifan kader serta kinerja kader masih kurang.

Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan kinerja kader posyandu dengan kepuasan lansia di Posyandu Anggrek Bulan di Kelurahan Sisir Batu

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian korelasional (penelitian *non eksperimental*) dengan menggunakan rancangan penelitian *Cross Sectional*.

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang aktif dalam kegiatan posyandu Angrek Bulan di Kelurahan Sisir Kota Batu. Sampel dalam penelitian ini adalah lansia yang berjumlah 30 orang sebagai pengunjung dan pengguna posyandu.

Pengolahan data pada penelitian ini yaitu dengan mengklasifikasikan jawaban responden dalam kategori tertentu untuk kinerja kader dengan kode 5 bila selalu 4 sering 3 kadang-kadang 2 bila jarang dan 1 bila tidak pernah sedangkan untuk variabel kepuasan dengan kategori 5 bila sangat setuju 4 bila setuju 3 bila netral dan 2 bila tidak setuju dan 1 bila sangat

tidak setuju.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa usia kader sebagian besar berusia 26-35 tahun (57%) sedangkan latar belakang pendidikan sebagian besar berpendidikan SLTA (71%). Pada Tabel 2 menunjukkan sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan 2 sebagian besar lansia berusia antara 60-74 tahun 2 responden (73%) dan sebagian besar berpendidikan sekolah dasar 19 responden (64%). Pada Tabel 3 menunjukkan sebagian besar kinerja kader masuk dalam kategori baik (71%) sedangkan kepuasan lansia terhadap layanan kader sebagian besar menyatakan puas 18 responden (60%).

Berdasarkan Tabel 4 didapatkan (71,0%) kinerja kader baik maka (60,0%) kepuasan lansia mengatakan puas, dan sebaliknya (3,0%) kinerja kader buruk maka (40,0%) kepuasan lansia tidak puas.

Berdasarkan hasil analisis korelasi *spearman*, diperoleh *r-value* sebesar 0.511 yang menunjukkan bahwa korelasi antara kinerja kader posyandu dengan kepuasan lansia bersifat positif dan termasuk dengan kekuatan korelasi yang cukup. Selain itu diperoleh nilai signifikansi atau *p-value* sebesar 0,004 yang menunjukkan bahwa kinerja kader dan kepuasan lansia di Posyandu

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

| Karakteristik Kader | n | % |
|---------------------|---|----|
| Usia | | |
| 26 – 35 tahun | 4 | 57 |
| 36 – 45 tahun | 3 | 43 |
| Pendidikan | | |
| SLTA | 5 | 71 |
| Perguruan Tinggi | 2 | 29 |

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia

| Karakteristik Lansia | n | % |
|----------------------|----|----|
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 8 | 27 |
| Perempuan | 22 | 73 |
| Usia kader | | |
| 60 - 74 tahun | 25 | 83 |
| 75 - 90 tahun | 5 | 17 |
| Pendidikan | | |
| Sekolah Dasar | 19 | 64 |
| SLTP | 5 | 17 |
| SLTA | 4 | 13 |
| Perguruan Tinggi | 1 | 3 |

Tabel 3. Distribusi Frekuensi berdasarkan Kinerja Kader dan Kepuasan Lansia

| Karakteristik | n | % |
|------------------------|----|----|
| Kinerja Kader | | |
| Baik | 21 | 71 |
| Cukup | 8 | 26 |
| Buruk | 1 | 3 |
| Kepuasan Lansia | | |
| Puas | 18 | 60 |
| Tidak puas | 12 | 40 |

lansia Anggrek Bulan memiliki hubungan yang signifikan.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 71% kinerja kader Posyandu lansia Anggrek Bulan termasuk dalam kategori baik. Hal tersebut disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor individu dan faktor organisasi. Dari faktor individu, kader selalu bersikap ramah dengan mengajak bicara terkait kondisi fisik lansia serta selalu mengingatkan terkait jadwal pelaksanaan posyandu untuk bulan berikutnya. Dari faktor organisasi, para kader terlihat rapi dan kompak dalam teknis pelaksanaan posyandu sehingga pelayanan yang diberikan kepada lansia juga terasa memuaskan. Kedua aspek tersebut merupakan faktor utama atas baiknya kinerja kader Posyandu menurut penilaian lansia.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Darmanto *et al.*, (2015) tentang hubungan

Tabel 4. Distribusi Silang antara Kinerja Kader dan Kepuasan Lansia

| Kinerja Kader | Kepuasan Lansia | | | | Total | |
|---------------|-----------------|------|------------|------|-------|------|
| | puas | | Tidak puas | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Baik | 14 | 46,7 | 7 | 23,3 | 21 | 71,0 |
| Cukup | 4 | 13,3 | 4 | 13,3 | 8 | 26,0 |
| Buruk | 0 | 0 | 1 | 3,3 | 1 | 3,0 |
| Total | 18 | 60,0 | 12 | 40,0 | 30 | 100 |

kinerja kader posyandu lansia dengan motivasi lansia mengunjungi posyandu lansia, bahwa hasil pengamatan menunjukkan bahwa sebagian besar (54,7%) kinerja kader posyandu termasuk dalam kategori baik. Menurut Darmanto *et al.*, (2015), hal tersebut dikarenakan kader yang terpilih sebagai anggota atau pengurus posyandu merupakan warga yang memang berasal dari lokasi setempat, sehingga sudah mengenal dan paham akan karakteristik masyarakat. Kondisi ini menjadikan kader dapat berinteraksi dengan baik, cerdas, ramah dan berjiwa sosial tinggi dalam memberikan pelayanan kepada lansia. Senada dengan penelitian ini, bahwa kader posyandu lansia Anggrek Bulan juga merupakan warga setempat, sehingga kader dinilai telah memiliki kinerja yang baik karena telah mampu memberikan pelayanan yang baik kepada lansia.

Kader merupakan motor penggerak posyandu, keberhasilan dalam pengelolaan sebuah posyandu sangat ditentukan oleh kinerja kader. Kinerja kader posyandu yang baik, selain harus handal dalam penanganan juga perlu dilengkapi dengan adanya rasa empati. Sebab empati merupakan salah satu faktor utama seseorang akan terlihat baik atau tidak dalam memberikan pelayanan, apalagi dalam hal ini pelayanan tersebut diberikan pada lansia (Irawan, 2002). Empati terhadap kesehatan serta selalu memberikan informasi menjadikan lansia merasa diberikan perhatian oleh kader, empati dirasakan oleh lansia melalui cara kader bersikap dan

berkomunikasi, tidak membiarkan lansia jenuh dan menunggu terlalu lama, memberi dukungan kepada lansia tentang kesehatan lansia serta bagaimana kader menempatkan prioritas pada pelaksanaan posyandu lansia jika ada lansia yang memerlukan pertolongan yang darurat. Dengan demikian dapat dikatakan kinerja baik karena telah mampu memberikan pelayanan yang baik kepada lansia dan dapat memotivasi lansia untuk datang kembali ke posyandu.

Lansia yang merupakan peserta Posyandu menyatakan puas dengan kinerja kader Posyandu lansia Anggrek Bulan, yakni sebanyak 18 orang atau 60% dari total responden. Kepuasan ini dikarenakan kader posyandu sangat aktif dalam memberikan pelayanan serta bersikap ramah sehingga lansia merasa puas dengan kinerja kader posyandu. Selain itu, responden juga menyatakan bahwa kader posyandu telah memberikan perhatian kepada lansia dengan mengajak berkomunikasi secara langsung terkait kesehatan lansia. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Anggraeni (2014), bahwa mayoritas lansia merasa puas dengan kinerja kader posyandu lansia di Kelurahan Rempoa wilayah binaan kerja puskesmas Ciputat Timur, yakni sebanyak 59,4%. Kepuasan lansia terhadap kinerja kader posyandu tidak lain adalah karena aspek kehandalan, empati dan kenyataan (fasilitas) telah dipenuhi oleh kader posyandu, baik secara individu maupun secara organisasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Posyandu lansia Anggrek Bulan telah mampu memenuhi kebutuhan lansia akan pelayanan yang baik dari kader-kader posyandu. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Muninjaya (2011), bahwa informasi yang tepat dan jelas merupakan faktor yang dominan untuk menentukan seseorang itu puas atau tidak puas terhadap suatu pelayanan. Betapa pentingnya peran petugas kesehatan sebagai konsultan yang menjadi sumber informasi (tempat bertanya) bagi klien

dan keluarga tentang sesuatu yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

Sebanyak 12 orang atau 40% dari total responden menyatakan tidak puas dengan kinerja kader posyandu. Hal tersebut disebabkan oleh faktor lingkungan posyandu yang kotor dan tidak dibersihkan oleh kader posyandu sebelum dilaksanakan kegiatan, selain itu juga disebabkan oleh beberapa orang dari kader sering meninggalkan posyandu lebih awal meskipun pelaksanaan posyandu masih berlangsung. Menurut Tjiptono (2008), terdapat dua macam kondisi kepuasan yang diraskan oleh klien terkait dengan perbandingan antara harapan dan kenyataan atas pelayanan yang diberikan. Pertama, jika harapan atas suatu kebutuhan tidak sama atau tidak sesuai dengan layanan yang diberikan maka klien akan merasa tidak puas. Kedua, jika harapan atas suatu kebutuhan sama atau sesuai dengan layanan yang diberikan maka klien akan merasa puas. Ketiga, kepuasan klien merupakan perbandingan antara harapan yang dimiliki oleh klien dengan kenyataan yang diterima oleh klien pada saat menggunakan jasa atau layanan kesehatan, yang dalam hal ini adalah posyandu lansia, dengan demikian dapat dikatakan bahwa kinerja kader posyandu Anggrek Bulan telah mampu memenuhi kebutuhan lansia sehingga mayoritas lansia telah merasa puas.

Salah satu faktor yang menjadi tolok ukur kinerja kader dapat dilihat dari usaha yang dilakukan kader tersebut (Mathis, 2009). Usaha tersebut dapat meliputi kegiatan yang dilakukan kader dalam melaksanakan serta meningkatkan pelayanan di posyandu lansia. Kegiatan di posyandu merupakan kegiatan nyata dalam upaya pelayanan kesehatan dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat, yang dilaksanakan oleh kader kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan dari puskesmas (Effendy, 2009). Kegiatan di posyandu menjadi tolok ukur terkait bagaimana kader memberikan pelayanan

kepada peserta, sehingga kader merasakan kepuasan terhadap kinerja yang diberikan. Kegiatan dan pelayanan kader merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan peserta posyandu (Kurniawati, 2008).

Berdasarkan hasil analisis korelasi *spearman*, di peroleh *r-value* sebesar 0.511 yang menunjukkan bahwa korelasi antara kinerja kader posyandu dengan kepuasan lansia bersifat positif dan termasuk dengan kekuatan korelasi yang sedang. Selain itu diperoleh nilai signifikansi atau *p-value* sebesar 0,004 yang menunjukkan bahwa kinerja kader dan kepuasan lansia di Posyandu lansia Anggrek Bulan memiliki hubungan yang signifikan. Hasil penelitian ini sejalan dengan Anggraeni (2014) dalam penelitiannya tentang hubungan antara kinerja kader posyandu lansia terhadap kepuasan lansia di Kelurahan Rempoa wilayah binaan kerja puskesmas Ciputat Timur, bahwa kinerja kader posyandu memiliki korelasi yang positif dengan kepuasan lansia yang ditunjukkan dengan *r-value* = 0,381. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik kinerja kader posyandu maka tingkat kepuasan lansia juga akan semakin meningkat.

Menurut Irawan (2002), tingkat kepuasan merupakan penilaian konsumen terhadap pelayanan yang telah memberikan, dimana tingkat penilaian ini bisa lebih atau kurang. Kepuasan yang dirasakan lansia terhadap posyandu lansia merupakan suatu bentuk evaluasi terhadap kinerja posyandu dan sebagai bentuk penilaian lansia terhadap pelayanan yang dirasakan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kinerja kader berhubungan erat dengan tingkat kepuasan lansia di Posyandu lansia Anggrek Bulan, yang sekaligus merupakan tolok ukur dalam menilai tingkat kepuasan yang dirasakan oleh lansia (peserta posyandu) atas pelayanan yang telah diberikan oleh kader posyandu. Kepuasan yang dirasakan oleh lansia merupakan suatu harapan dan kenyataan yang

dirasakan terhadap apa yang didapatkan dalam kegiatan Posyandu lansia Anggrek Bulan Kota Batu.

PENUTUP

Mayoritas kader Posyandu lansia Anggrek Bulan Kelurahan Sisir Kota Batu termasuk dalam kategori baik, yakni berdasarkan penilaian 21 responden (71%). Sedangkan 8 responden (26%) menilai kinerja kader termasuk kategori cukup dan 1 responden (3%) menyatakan kinerja yang buruk. Mayoritas lansia merasa puas dengan kinerja kader Posyandu lansia Anggrek Bulan Kelurahan Sisir Kota Batu, yakni sebanyak 18 lansia (60%) menyatakan puas, sedangkan 12 lansia (40%) menyatakan tidak puas. Hasil analisis korelasi *spearman* menunjukkan bahwa kinerja kader posyandu memiliki hubungan positif terhadap kepuasan lansia, yang ditunjukkan dengan *r-value* sebesar 0.511 dan *p-value* sebesar 0,004. Hubungan ini termasuk dalam kategori kekuatan korelasi yang cukup kuat.

Disarankan kinerja kader lebih ditingkatkan dan bersikap lebih ramah lagi terhadap lansia, lebih aktif memotivasi, serta memperlengkap fasilitas posyandu dan disertai dengan program-program yang benar-benar dilaksanakan secara aktif dan rutin. Disarankan untuk tenaga kesehatan untuk lebih berkontribusi dalam memberikan informasi kepada kader posyandu sekaligus memberikan pelatihan terkait sikap yang baik, tugas dan tanggung jawab kader yang sesuai dalam tata pelaksanaan posyandu lansia. Sehingga kader posyandu dapat lebih mandiri dan mampu meningkatkan kinerja pelaksanaan posyandu lansia.

DAFTAR PUSTAKA

Anggraeni. (2013). *Hubungan Antara Kinerja Kader Posyandu Lansia Terhadap Kepuasan Lansia di Kelurahan Rempoa*

- Wilayah Binaan Kerja Puskesmas Ciputat Timur*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Arminiwati, S. (2010). *Kinerja Kader Posyandu Anggrek 2 dalam Meningkatkan Strata Posyandu (Studi Kasus di Kelurahan Timbau Kecamatan Tenggara Kabupaten Kutai Kartanegara)*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Darmanto, J. (2015). *Hubungan Kinerja Kader Posyandu Lansia dengan Motivasi Lansia Mengunjungi Posyandu Lansia*. Riau: Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau
- Effendi, F. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori Dan Praktek Dalam Keperawatan*. Jilid 1. Jakarta : Salemba Medika
- Satrianegara, F. (2009). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Tjiptono, F. (2008). *Service Management, Mewujudkan Layanan Prima*. Yogyakarta: ANDI
- Irawan. (2002). *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. Jakarta : Elex Media Komputindo. 2002
- Irene Gil-Saura, dkk. (2009). *Relational Benefits and Loyalty in Retailing : An Inter-Sector Comparison*. *International Journal of Retail & Distribution Management*, Vol 37 No. 6. pp. 493-509.
- Ismawati, Cahyo S, dkk. (2010). *Posyandu dan Desa Siaga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- James F. (2006). *Kesehatan Masyarakat : Suatu Pengantar*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Kurniawati. (2008). *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Ibu Pengguna Posyandu di Posyandu Wonorejo Kabupaten Bantul*.
- Mathis and Jackson. (2009). *Human Resource Management*. South Westren Cengage Learning: USA
- Muninjaya, A.A. (2011). *Manajemen Mutu pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Siagian, Sondang P. 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT.Bumi Aksara
- Sunarto, SE. (2005). *MSDM Strategik*. Yogyakarta: Amus Yogyakarta
- Vensi, R. (2012). *Analisis pengaruh Kinerja Kader Posyandu Terhadap Tingkat Kemandirian Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas kayen Kidul Kabupaten Kediri*. Surabaya: UNAIR

BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT

Kissa Bahari, Imam Sunarno, Sri Mudayatiningsih
Poltekkes Kemenkes Malang, Jalan Besar Ijen No 77 C Malang
E-mail : kissabahari@yahoo.com

Family Burden In Taking Care Of People With Severe Mental Disorders

Abstract: *The Purpose of this study to depth analysis of family burden in taking care of people with severe mental disorders. Research methods use qualitative with phenomenology design. Research location in Blitar city. Amount Participants are four-person, those are taken by purposive sampling. The result of these study is the family burden in taking care of people with severe mental disorders are three themes, 1) objective burden, 2) subjective burden, 3) iatrogenic burden. Conclusions family of people with severe mental disorders experience overload burden are three themes, consists of 1) objective burden 2) subjective burden, 3) iatrogenic burden. Recommend of these study are given of holistic, integrated, and continual social support from family, community, and government.*

Keywords: *burden of disease, family, severe mental disorder*

Abstrak: *Tujuan penelitian ini untuk analisis mendalam tentang beban keluarga dalam merawat orang dengan gangguan mental yang parah. Metode penelitian menggunakan kualitatif dengan desain fenomenologi. Lokasi penelitian di kota Blitar. Jumlah Peserta terdiri dari empat orang, diambil secara purposive sampling. Hasil dari penelitian ini adalah beban keluarga dalam merawat orang dengan gangguan mental yang parah adalah tiga tema, 1) beban objektif, 2) Beban subyektif, 3) Beban iatrogenik. Kesimpulan keluarga penderita gangguan mental berat mengalami beban obyektif, subjektif dan iatrogenik. Rekomendasi dari penelitian ini diberikan secara holistik, terpadu, dan terus menerus mendapat dukungan sosial dari keluarga, masyarakat, dan pemerintah.*

Kata kunci: *beban penyakit, keluarga, gangguan jiwa berat*

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa berat atau disebut dengan psikotik/psikosa adalah suatu gangguan jiwa yang serius, yang timbul karena penyebab organik ataupun fungsional yang menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, emosi, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan dan bertindak sesuai dengan kenyataan, sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu (Maramis, 2004). Hal yang sama dinyatakan Stuart & Laraia (2005) bahwa gangguan psikotik dapat mempengaruhi berbagai area fungsi individu meliputi fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan

emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional

Kompleksitas gejala yang ditimbulkan gangguan jiwa berat akan berdampak pada penurunan produktivitas seseorang pada seluruh sendi kehidupan dalam jangka waktu yang relatif lama, sehingga ketergantungannya sangat tinggi pada keluarga/orang lain. Ketidakproduktifan akan semakin lama dan berat apabila tidak mendapat penanganan dan dukungan yang baik dari keluarga atau masyarakat sekelilingnya. Kondisi inilah yang membuat kebanyakan masyarakat memberikan stigma negatif bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) sudah tidak berguna lagi, harkat dan martabat mereka dan keluarganya dianggap rendah.

Stigmatisasi ini memberikan satu beban psikologis yang berat bagi keluarga penderita gangguan jiwa. Schultz dan Angermeyer, 2003 dalam Subandi, (2008) menyebutkan stigmatisasi sebagai *penyakit kedua*, yaitu sebuah penderitaan tambahan yang tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga dirasakan oleh anggota keluarga. Dampak merugikan dari stigmatisasi ini adalah kehilangan *self esteem*, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu, yang akhirnya menyebabkan perilaku pencarian bantuan menjadi tertunda (Lefley, 1996 dalam Subandi, 2008). Stigmatisasi juga menyebabkan kepedulian masyarakat akan kesehatan jiwa sangat minim. Hal tersebut terbukti masih sering kita jumpai orang dengan gangguan jiwa berat ditelantarkan dan banyak berkeliaran di jalanan.

Kekurangpedulian masyarakat tersebut tentunya dapat berdampak pada semakin meningkatnya jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa. Berdasar hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 prevalensi nasional gangguan mental emosional pada penduduk ≥ 15 tahun sudah sebesar 11,6%, di Jawa Timur sudah mencapai 12,3%. Adapun prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia 4-5 diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi DKI Jakarta (20.3 permil), dan di Jawa Timur 3,1 permil (Depkes, 2008). Jika penduduk Jawa Timur pada tahun 2010 mencapai 37.476.757 jiwa (BPS Jatim, 2010), maka penduduk Jawa Timur yang mengalami gangguan jiwa berat pada tahun 2014 diperkirakan lebih dari 116.000 orang.

Besarnya dampak yang ditimbulkan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) menyebabkan kemampuan dan beban keluarga dalam menyediakan sumber-sumber penyelesaian masalah (*coping resources*) semakin berat dan kompleks. Kompleksitas beban tersebut

disebabkan hambatan pasien dalam melaksanakan peran sosial, dan hambatan dalam pekerjaan. Hasil studi Bank Dunia pada tahun 2001 di beberapa negara menunjukkan hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* dari *Global Burden of Disease* sebesar 13% disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dari pada dampak yang disebabkan oleh penyakit tuberkulosis (2%), kanker (5%), penyakit jantung (10%), diabetes (1%) (WHO, 2003). Tingginya persentase tersebut menunjukkan bahwa beban terkait masalah kesehatan jiwa paling besar dibandingkan dengan masalah kesehatan atau penyakit kronis lainnya. Beban yang dapat ditimbulkan meliputi beban obyektif, beban subyektif, dan beban iatrogenik (Mohr, 2006).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dalam memberikan perawatan bagi penderita gangguan jiwa, anggota keluarga mereka mengalami beban psikologis yang sangat berat. Hal ini tercermin dalam beberapa istilah yang mereka gunakan untuk menggambarkan kondisi yang mereka alami. Misalnya anggota keluarga menggambarkan pengalaman merawat penderita gangguan jiwa sebagai *pengalaman yang traumatis, sebuah malapetaka besar, pengalaman menyakitkan, menghancurkan, penuh kebingungan, dan kesedihan yang berkepanjangan* (Marsh, 1992; Pejler, 2001). Kata-kata seperti *merasa kehilangan* dan *duka yang mendalam* juga seringkali digunakan dalam konteks ini. Keluarga mengalami perasaan kehilangan, baik dalam arti yang nyata (kehilangan orang yang dicintai), maupun kehilangan secara simbolik (kehilangan harapan dimasa depan karena penderita tidak mampu mencapai apa yang di cita-citakan) (Lefley, 1987; Marsh dan Johnson, 1997 dalam Subandi, 2008).

Beberapa penelitian lain melaporkan tentang tingginya beban yang berhubungan dengan perawatan terhadap anggota keluarga dengan

gangguan jiwa. Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa menimbulkan stress yang sangat besar. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari gangguan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama, anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran, dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah (Gibbons *et al.*, 1963 dalam McDonell *et al.*, 2003). Perasaan dan ketakutan keluarga berdampak pada kurangnya partisipasi keluarga dalam perawatan dan penerimaan yang rendah. Sikap keluarga tersebut justru kontra produktif dengan upaya kesembuhan pasien, sehingga tidak heran apabila realitasnya pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia tingkat kekambuhannya sangat tinggi. Kondisi ini berakibat masyarakat awam memandang salah bahwa gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan.

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi untuk menggali beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat. Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi penting untuk dilakukan guna memahami suatu fenomena dengan baik. Metode fenomenologi adalah mempelajari kesadaran dan perspektif pokok individu melalui pengalaman subjektif atau peristiwa hidup yang dialaminya (Polit & Hungler, 2001).

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis secara mendalam beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat, yang meliputi beban materiil (beban obyektif), beban mental (beban subyektif), dan beban keluarga yang disebabkan karena kurang terjangkaunya atau bermutunya pelayanan kesehatan jiwa (beban iatrogenik).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah *qualitatif research* dengan desain studi fenomenologi. Partisipan penelitian ini adalah keluarga dengan klien gangguan jiwa berat di kota Blitar sejumlah 4 orang berasal dari suku Jawa. Teknik pengambilan partisipan secara *purposive sampling*, dengan kriteria partisipan: Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat minimal selama 6 bulan, telah tinggal bersama anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat minimal selama tiga bulan pada saat penelitian dilakukan, tidak mengalami gangguan wicara, gangguan pendengaran yang parah, gangguan memori, dan tidak mengalami gangguan jiwa yang dapat menyulitkan proses wawancara, dan mampu berkomunikasi lisan dengan baik.

Teknik pengumpulan data secara triangulasi dengan cara wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumenter. Alat pengumpul data saat wawancara adalah dengan menggunakan *voice recorder*, panduan wawancara dan *field note*, serta peneliti sendiri. Observasi dilakukan untuk mengetahui respon nonverbal dan kondisi fisik partisipan. Studi dokumenter untuk mengetahui diagnosa gangguan jiwa yang dialami anggota keluarga.

Pengumpulan data diawali dengan rekrutmen partisipan sesuai dengan kriteria, selanjutnya meminta kesediaan menjadi partisipan, dan menandatangani lembar *informed consent*. Kemudian menjelaskan metode wawancara dan pencatatan lapangan yang akan dilakukan dalam penelitian.

Pertemuan pertama peneliti dengan partisipan untuk membina hubungan saling percaya, dengan saling mengenal lebih jauh antara peneliti dan partisipan. Hal ini bertujuan untuk saling membuka diri dan partisipan merasa nyaman berkomunikasi dengan peneliti, sehingga pada akhirnya akan diperoleh data yang lengkap sesuai dengan tujuan penelitian. Selain itu peneliti juga mengumpulkan data demografi/ biodata

partisipan, dan membuat kesepakatan waktu pelaksanaan wawancara pertemuan berikutnya.

Proses pengumpulan data dilakukan pada pertemuan kedua, dengan melakukan wawancara di rumah partisipan. Selama proses wawancara peneliti mencatat semua perilaku non-verbal yang ditunjukkan oleh partisipan ke dalam catatan lapangan. Waktu yang dibutuhkan untuk setiap wawancara terhadap masing-masing partisipan adalah sesuai dengan kesepakatan. Pada akhir pertemuan peneliti memperlihatkan transkrip hasil wawancara.

Proses keabsahan data merupakan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Speziale & Carpenter, 2003). Teknik yang dilakukan untuk membuktikan keakuratan penelitian yaitu: *Credibility*, *Dependability*, *Confirmability*, dan *Transferability*.

Analisis data yang digunakan adalah menurut metode Colaizzi (1978 dalam Polit & Beck, 2004), meliputi langkah-langkah: 1) Membaca transkrip secara seksama, 2) Mengidentifikasi kata kunci yang muncul, 3) Mengelompokkan kata-kata kunci dalam kategori-kategori, 4) Mengelompokkan kategori-kategori dalam suatu tema, 5) Memformulasikan tema-tema yang muncul dari kategori, 6) Membuat kluster tema (koneksi diantara kategori-kategori dan tema-tema), 7) Mengintegrasikan hasil analisis kedalam deskripsi atau penjabaran yang lengkap.

Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Dinkes kota Blitar pada bulan Nopember 2014.

HASIL PENELITIAN

Diskripsi gambaran umum partisipan beserta anggota keluarga yang dirawat dapat dilihat pada tabel 1.

Beban obyektif yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa berat terdiri dari 4 kategori yaitu beban dalam membantu kebutuhan dasar,

biaya perawatan sehari-hari, kebutuhan pengobatan, tempat tinggal, dan penanganan saat kambuh.

Kebutuhan dasar yang harus dipenuhi keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat secara umum partisipan menyampaikan bahwa kebutuhan yang harus dipenuhi adalah makan, minum, mandi, pakaian, membersihkan kotoran dan air kencing.

Beban keluarga lainnya adalah biaya perawatan sehari-hari bagi penderita. Keluarga sebagian besar mengungkapkan kesulitan biaya, dikarenakan kondisi ekonomi yang kurang dan sudah merawat anggota keluarga puluhan tahun. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari penderita keluarga berusaha bekerja semampunya dan seadanya. Upaya lain keluarga adalah dengan menyisakan kekayaan yang masih dipunyai dan berusaha menghemat.

Beban materiil keluarga berikutnya adalah memberikan pengobatan pada penderita. Pengobatan berusaha dipenuhi keluarga semampunya agar anggota keluarga yang sakit tidak kambuh. Pengobatan diperoleh dari Puskesmas yang setiap bulannya atau apabila habis diambil keluarga.

Penanganan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami kekambuhan juga menjadi beban. Upaya yang dilakukan keluarga dengan cara yang bervariasi yaitu: 1) diam saja sambil mengawasi jangan sampai merusak barang, 2) berusaha menenangkan jangan sampai merusak barang-barang, 3) melakukan pengikatan, 4) membawa ke RSJ, dan 5) pengobatan alternatif.

Beban berikutnya adalah penyediaan tempat tinggal bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Cara yang dilakukan keluarga adalah diletakkan di kamar/gubuk tersendiri dibelakang rumah, dengan tujuan agar tidak mengganggu keluarga yang lain.

Tabel 1. Gambaran Umum Partisipan

| Biodata Partisipan | | Diskripsi Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa |
|--------------------------------|-------------------------|--|
| Kode | : P1 | Kondisi Anggota keluarga P1 dengan perilaku marah-marah melempar-lempar barang, bicara kasar, membuang, merusak benda-benda yang ada di sekitarnya, dirawat dalam kamar dan dikunci, pasien tidak bisa berjalan, lama gangguan jiwa 30 th. |
| Jenis Kelamin | : Perempuan | |
| Usia | : 74 th | |
| Suku | : Jawa | |
| Pekerjaan | : tidak kerja | |
| Pendidikan | : Tidak sekolah | |
| Hubungan Keluarga Lama Merawat | : ibu : 30 th | |
| Kode/Initial | : P2 | Kondisi anggota keluarga P2 pendiam, sering berada didalam kamar, rambutnya panjang, bajunya lusuh. Kadang-kadang sering keluar rumah untuk beli rokok atau jajan sambil berbicara sendiri, tidak pernah melukai, menyakiti atau mengancam. |
| Jenis Kelamin | : Laki-laki | |
| Usia | : 50 th | |
| Suku | : Jawa | |
| Pekerjaan | : Tukang becak | |
| Pendidikan | : SD | |
| Hubungan Keluarga Lama Merawat | : Kakak : 30 th | |
| Kode | : P3 | Kondisi anggota keluarga P3 mengalami gangguan jiwa lebih dari 20 tahun, perilaku saat kambuh marah, makanan maupun minuman dicampur menjadi satu sama kotoran dan 'diorat-arit' sambil berteriak-teriak mengeluarkan kata kotor (<i>misoh</i>) sambil memaki-maki pada semua orang yang ada didekatnya. Kadang-kadang lepas berjalan tanpa arah menelusuri parit atau sungai. Setiap ada orang yang berbicara dan tertawa maka dia makin marah. Biasa mengumpulkan sampah dan menaruh sampah-sampah itu dirambutnya sampai rambutnya penuh sampah, menyanyi sendiri, berbicara sendiri. Pasien suka merusak asbes dan berdiri menjulurkan kepalanya di sela-sela asbes yang pecah untuk melihat situasi luar. |
| Jenis Kelamin | : Laki-laki | |
| Usia | : 65 th | |
| Suku | : Jawa | |
| Pekerjaan | : Petani | |
| Pendidikan | : SMA | |
| Hubungan Keluarga Lama Merawat | : Kakak Ipar : 20 th | |
| Kode | : P4 | Kondisi anggota keluarga P4 kurang lebih 1 tahun menderita kelainan mental. Perilaku yang ditunjukkan oleh anggota keluarga saat kambuh kadang-kadang diam namun kadang agresif, suka melempar semua barang yang ada disekitarnya dan kadang-kadang lari keluar rumah dan bergulung-gulung di tanah sambil teriak-teriak sesuka hatinya. Jika diberitahu oleh tetangga disuruh minggir dari jalan raya masih menurut, sulit diajak komunikasi. |
| Jenis Kelamin | : Laki-laki | |
| Usia | : 46 th | |
| Suku | : Jawa | |
| Pekerjaan | : Buruh | |
| Pendidikan | : SD | |
| Hubungan Keluarga Lama Merawat | : Ayah : 1 th | |
| | | Kondisi anggota keluarga P4 yang lain yang juga mengalami gangguan jiwa saat kambuh banyak diam sendiri dan tidak bisa diajak komunikasi (bicara tidak nyambung). |

Dukungan sosial pada keluarga berasal dari saudara, tetangga, dan pemerintah. Dukungan dari saudara yang diperoleh keluarga adalah dari anak, istri, menantu atau anggota keluarga yang lain. Dukungan berupa bantuan makanan dan tenaga untuk membersihkan kotoran penderita. Dukungan dari tetangga berupa makanan seadanya namun tidak setiap hari ada. Terdapat satu partisipan tidak ada orang sekitar/tetangga yang membantunya. Adapun dukungan dari instansi pemerintah berupa bantuan uang dari tempat bekerja penderita sebelum sakit, bantuan langsung tunai dari pemerintah, bantuan pengobatan gratis dari Puskesmas setiap bulan. Namun menurut keluarga dirasakan masih kurang dan mengharapkan bantuan yang lebih dalam memberikan biaya hidup, pengobatan bagi keluarga yang sakit, dan sembako secara rutin.

Beban subyektif atau beban mental yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa terdapat 3 kategori yaitu bermacam-macam perasaan keluarga, sikap masyarakat, dan sikap petugas kesehatan.

Perasaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang gangguan jiwa mengalami perasaan tidak menyenangkan yang bercampur aduk yaitu 1) merasa berat menanggung, terlebih kondisi ekonomi/penghasilan keluarga yang sangat kurang, 2) merasa bosan, 3) perasaan sabar dan tabah, 4) khawatir/cemas, 5) perasaan takut melukai, 6) perasaan sedih, 7) perasaan malu pada tetangga terutama saat kambuh.

Sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga cenderung memaklumi, namun terdapat sebagian masyarakat yang tidak peduli.

Sikap tenaga kesehatan secara umum sudah ada perhatian namun belum jelas seberapa intensif petugas kesehatan memberikan perhatian. Bentuk perhatian tenaga kesehatan berupa kunjungan ke rumah, memberikan saran untuk mengambil obat ke Puskesmas setiap akhir bulan atau bila sudah habis.

Beban iatrogenik yang dialami keluarga terdiri dari 3 kategori yaitu keterjangkauan pelayanan kesehatan jiwa, fasilitas kesehatan jiwa dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa.

Keterjangkauan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan di RSJ terbentur pada masalah biaya. Hal tersebut dikarenakan jaraknya yang terlalu jauh yaitu berobat ke RSJ Lawang atau RSJ Menur Surabaya. Sehingga membutuhkan biaya transportasi yang cukup banyak. Sedangkan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas sudah terjangkau namun hanya untuk mengambil obat saja.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal (puskesmas) secara umum partisipan menyatakan belum memadai atau belum sesuai harapan keluarga karena puskesmas belum menyediakan tempat untuk merawat pasien gangguan jiwa terutama bila kambuh.

Pandangan keluarga terhadap kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara umum menyatakan pelayanan/pengobatan yang diberikan belum memuaskan karena menurut keluarga pengobatan yang sudah bertahun-tahun dilakukan belum bisa menyembuhkan, masih tetap kambuhan.

PEMBAHASAN

Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat yang harus dipenuhi adalah kebutuhan makan, minum, mandi, pakaian, membantu buang air besar, buang air kecil, kebersihan tempat tidur. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Carpenito, (2007) bahwa keadaan individu yang mengalami kerusakan fungsi kognitif, menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (makan, mandi atau hygiene, berpakaian atau berhias, *toileting*, instrumental). Hal senada juga disampaikan Mukhrimah, (2008) Kurangnya perawatan diri

pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun, seperti ketidak mampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (Buang Air Besar atau Buang Air Kecil). Sedangkan menurut Depkes (2000) penyebab kurang perawatan diri salah satunya adalah Kemampuan realitas turun, kemampuan realitas yang kurang, menyebabkan ketidak pedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

Kebutuhan biaya perawatan sehari-hari, sebagian besar mengungkapkan kesulitan biaya, terlebih kondisi ekonomi/ penghasilan keluarga yang minim. Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Videbeck, (2008) yang menyatakan bahwa Gangguan jiwa akan menimbulkan beban berat bagi keluarga, baik mental maupun materi karena penderita tidak dapat lagi produktif. Pendapat lain mengatakan perawatan kasus psikiatri mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang. Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya (Djarmiko, 2007). Kondisi seperti itu tentunya membuat keluarga bekerja keras dengan segala upaya untuk memenuhi kebutuhannya, serta berusaha menyisihkan kekayaan yang masih dipunyai dan bersikap hemat.

Beban berikutnya adalah dalam pemenuhan kebutuhan pengobatan agar keluarga tidak kambuh. Orang dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia membutuhkan pengobatan yang relatif lama sebagaimana yang dipaparkan Andri, (Februari, 2012) yang menyatakan bahwa skizofrenia pada episode pertama kali mengalami gangguan jiwa biasanya memerlukan pengobatan minimal satu tahun. Hal ini untuk mencegah keberulangan kembali penyakit ini. Kebanyakan

pasien skizofrenia tidak langsung mendapatkan pengobatan yang sesuai saat pertama kali mengalami sakit ini. Banyak pasien yang sebelumnya melakukan terapi alternatif terlebih dahulu. Lamanya mendapatkan pertolongan pada pasien skizofrenia berhubungan dengan baik dan buruknya harapan kesembuhan pada pasien ini. Pada beberapa kasus pasien dengan gangguan skizofrenia sering kali kambuh karena sering menghentikan pengobatan. Hal ini disebabkan karena pasien sering merasa tidak sakit dan akhirnya tidak mau berobat. Inilah salah satu kendala terbesar berhadapan dengan pasien skizofrenia, ketiadaan kesadaran bahwa dirinya sakit membuat pengobatan menjadi sangat sulit dilakukan. Peran keluarga sangat diperlukan agar pasien patuh makan obat sesuai aturan.

Pada beberapa kasus skizofrenia yang sudah kambuhan, pengobatan seumur hidup adalah pilihan yang paling disarankan. Pilihan pengobatan seumur hidup tentunya dengan memperhatikan kondisi pasien. Banyak pasien yang bisa kembali mencapai kualitas hidupnya yang baik dengan minum obat.

Beban keluarga berikutnya adalah penanganan saat anggota keluarga dengan gangguan jiwa kambuh. Cara yang dilakukan keluarga bervariasi ada yang mendiamkan saja dan mengawasi jangan sampai merusak barang-barang, melakukan pengikatan, dibawa ke RSJ, dan melalui usaha pengobatan alternatif. Berbagai macam cara ini menunjukkan kebingungan cara dan mengalami tekanan dalam memberikan penanganan, sebagaimana pendapat Kristayanti, (2009) saat kambuh pasien skizofrenia dapat muncul gejala halusinasi dan delusi, penyimpangan dalam hal berpikir dan berbicara, penyimpangan tingkah laku, masalah pada afek dan emosi serta menurunnya fungsi kognitif. Selain itu, pasien seringkali memiliki gagasan bunuh diri atau membunuh orang lain, pasien yang karena kegelisahannya dapat membahayakan dirinya atau lingkungannya,

menolak makan atau minum sehingga membahayakan kelangsungan hidupnya, dan pasien menelantarkan diri, yaitu kondisi di mana pasien tidak merawat diri dan menjaga kebersihannya dengan mandiri, seperti makan, mandi, buang air besar (BAB), buang air kecil, dan lainnya. Perilaku-perilaku pasien tersebut menjadi beban tersendiri bagi keluarga, sehingga keluarga juga mengalami krisis dan mengalami tekanan.

Beban materiil keluarga yang lain adalah penyediaan tempat tinggal. Sebagian besar partisipan mengusahakan menempatkan penderita gangguan jiwa dikamar atau ruangan dibelakang rumah yang terpisah bahkan dengan diikat. Tindakan ini dilakukan keluarga demi keamanan keluarga yang lain dan masyarakat sekitar. Tempat tinggal orang dengan gangguan jiwa semestinya tidak perlu disendirikan, waspada boleh namun pengawasan dan perhatian keluarga serta penyediaan lingkungan tempat tinggal yang layak merupakan hak setiap orang termasuk penderita dengan gangguan jiwa. Sebagaimana yang diamanatkan UU no 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa pasal 68 hak orang dengan gangguan jiwa antara lain mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa. Lingkungan yang kondusif bagi ODGJ dapat menciptakan suasana lingkungan terapeutik yang dapat menenangkan kondisi mental seseorang.

Beban materiil yang terakhir adalah baik tidaknya dukungan sosial dari lingkungan sekitar. Dukungan yang diperoleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah berasal dari saudara atau anggota keluarga lain, tetangga, dan instansi pemerintah. Adanya dukungan sosial dari berbagai pihak dapat meringankan beban keluarga dalam membantu merawat anggota keluarga yang sakit. Dukungan sosial sangat bermanfaat dalam mengatasi masalah dan merupakan wujud rasa memperhatikan, menghargai, dan mencintai sebagaimana pendapat Cohen & Syme, (1996

dalam setiadi, 2008) bahwa Dukungan sosial merupakan suatu yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya sehingga seseorang menjadi tahu ada orang lain yang menghargai, mencintai, dan memperhatikan. Sebaliknya ketiadaan dukungan sosial dapat menyebabkan keluarga merasa berat dalam memikul beban dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Dukungan sosial ketika penderita membutuhkan merupakan langkah vital proses penyembuhan. Dukungan sosial yang dimiliki seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi (Videbeck, 2008)

Beban subyektif atau beban mental keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa muncul tiga kategori yaitu perasaan keluarga, sikap masyarakat dan tenaga kesehatan pada keluarga. Perasaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengeluh merasa berat, perasan bosan, perasaan sabar dan tabah, perasaan khawatir/cemas, takut, sedih, dan malu pada tetangga.

Munculnya berbagai perasaan yang tidak menyenangkan bagi keluarga juga hampir sama dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa dalam memberikan perawatan pada penderita gangguan jiwa, anggota keluarga mengalami beban psikologis yang sangat berat. Hal ini tercermin dalam beberapa istilah yang mereka gunakan untuk menggambarkan kondisi yang mereka alami, seperti sebagai *pengalaman yang traumatis, sebuah malapetaka besar, pengalaman yang menyakitkan, menghancurkan, penuh kebingungan, dan kesedihan yang berkepanjangan*' (Marsh, 1992; Pejler, 2001 dalam Subandi, 2008).

Sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga sebagian besar partisipan menyatakan sikap masyarakat memaklumi, namun ada juga yang menyatakan masyarakat tidak peduli.

Sikap memaklumi masyarakat sekitar menunjukkan sikap toleran, kasihan dan pemahaman masyarakat akan beratnya beban yang dirasakan keluarga. Menurut Sears (1999) sikap penerimaan masyarakat pada penderita gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor budaya, adat istiadat, dan pengetahuan akan gangguan jiwa. Dari aspek budaya asumsi peneliti budaya lokal disekitar keluarga berlaku budaya *teposlir* atau sikap tidak ingin mengganggu orang lain termasuk pada penderita gangguan jiwa. Diantara faktor-faktor tersebut yang paling berpengaruh adalah faktor pengetahuan.

Sikap tenaga kesehatan menurut informasi partisipan secara umum sudah ada perhatian namun belum jelas seberapa intensif petugas kesehatan memberikan perhatian. Perhatian tenaga kesehatan ditunjukkan dengan adanya kunjungan petugas kesehatan ke rumah keluarga dengan gangguan jiwa untuk melakukan penyuluhan. Namun semestinya tidak hanya sebatas kegiatan tersebut. Perlu ada upaya proaktif dari petugas untuk merawat pasien. Sikap tersebut tentunya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan petugas tentang perawatan kesehatan jiwa. Berdasarkan informasi dari dinas kesehatan kota Blitar belum ada tenaga kesehatan yang berlatar belakang pendidikan dokter/ keperawatan jiwa. Menurut Sears (1999) sikap tenaga kesehatan pada penderita gangguan jiwa salah satunya dipengaruhi oleh faktor kemampuan penanganan gangguan jiwa.

Beban iatrogenik yang dialami keluarga terdiri dari 3 kategori yaitu kurang terjangkau pelayanan kesehatan jiwa, kurangnya fasilitas kesehatan jiwa dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan harapan keluarga.

Keterjangkauan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan rujukan (RSJ) secara umum terbentur pada masalah biaya. Biaya yang dibutuhkan untuk membawa keluarga berobat ke RSJ yang jaraknya jauh membutuhkan biaya tidak hanya sekedar untuk pengobatan dan biaya

perawatan tetapi juga biaya transportasi. Sebagaimana pendapat Djatmiko, (2007) Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya. Sedangkan untuk pelayanan di Puskesmas sudah terjangkau dikarenakan obat-obatan untuk penderita gangguan jiwa yang tersedia di Puskesmas diperoleh secara gratis.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal (puskesmas) belum memadai atau belum sesuai harapan keluarga yaitu belum adanya tempat untuk merawat pasien gangguan jiwa. Pelayanan kesehatan jiwa yang ada hanya sebagai tempat pengambilan obat saja. Menurut Andri, (Feb, 2012) hal ini menunjukkan para profesional kesehatan pun melakukan diskriminasi pelayanan terhadap penderita gangguan jiwa, dimana secara tidak sadar juga melakukan stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa. Kondisi kurangnya fasilitas pelayanan kesehatan jiwa tentunya dapat menghambat penanganan masalah kesehatan jiwa yang lebih bermutu.

Pandangan keluarga terhadap kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara umum menyatakan pelayanan yang diberikan belum memuaskan karena pengobatan yang telah diperoleh belum bisa menyembuhkan keluarganya. Menurut perspektif keluarga bahwa yang dikatakan pelayanan memuaskan apabila sesuai dengan harapan keluarga yaitu pasien dapat disembuhkan seperti sedia kala dengan mengkonsumsi obat yang diperolehnya. Sebagaimana menurut Lovelock dan Wright (2005), kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan (*expected service*) dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan (*perceived service*) oleh pelanggan. Dalam pengukuran mutu pelayanan,

menurut Kotler (1997), harus bermula dari mengenali kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa gambaran kualitas pelayanan harus mengacu pada pandangan pelanggan dan bukan pada penyedia jasa, karena pelanggan mengkonsumsi dan memakai jasa. Pelanggan layak menentukan apakah pelayanan itu berkualitas atau tidak.

PENUTUP

Kesimpulan hasil penelitian ini adalah Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ada tiga tema meliputi: 1) Beban obyektif, yaitu keluarga mengalami beban dalam pemenuhan kebutuhan dasar, biaya perawatan dan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan pengobatan, penanganan saat kambuh, penyediaan tempat tinggal, dan dukungan sosial. 2) Beban subyektif, yaitu keluarga mengalami berbagai perasaan yang kompleks yang tidak menyenangkan, menghadapi sikap masyarakat sekitar yang tidak peduli. Sikap negatif petugas kesehatan tidak ditemukan. 3) Beban iatrogenik, yaitu keluarga merasa keterjangkauan terhadap layanan kesehatan jiwa lanjutan (RSJ) kurang, sedangkan pelayanandi puskesmas sudah terjangkau. Ketersediaan fasilitas dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa dipelayanan kesehatan primer (puskesmas) dirasa masih kurang.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti menyampaikan beberapa saran yaitu 1) perlunya dikembangkannya program kesehatan jiwa masyarakat yang terpadu dengan melibatkan partisipasi masyarakat untuk peduli pada kesehatan jiwa dengan cara dibentuk kader kesehatan jiwa diwilayah setempat. 2) Dibentuknya sistem dukungan sosial yang terpadu melibatkan lintas sektor dan lebih berkesinambungan, misalkan dengan cara membentuk dana kesehatan bagi masyarakat miskin yang bersumber dari masyarakat setempat, dikelola oleh masyarakat, dan untuk

masyarakat, serta bekerjasama dengan dinas tenaga kerja untuk melatih bekerja kembali bagi eks ODGJ. 3) Dilakukannya penelitian lanjutan tentang sikap dan penerimaan tenaga kesehatan terhadap pelayanan pasien gangguan jiwa di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, Feb. (2012). *Berobat ke psikiater berapa lama*. <http://kesehatan.kompasiana.com/kejiwaan/2012/02/11/berobat-ke-psikiater-berapa-lama-438365.html>
- BPS Jatim. (2010). Jawa Timur dalam angka. www.jatimprov.go.id. tanggal 2 Nopember 2013
- Depkes. (2008). Riset Kesehatan Dasar tahun 2007. Jakarta: Depkes RI
- Kristayanti. (2009). *Manajemen Stres bagi Keluarga Penderita Skizofrenia*.<https://lib.atmajaya.ac.id/default.aspx?tabID=61&src=k&id=159548>. tanggal 5 Desember 2014
- Lovelock and Wright, L. (2005). *Principles of Service Marketing and Management*, Second Edition, Prentice Hall, an imprint of Pearson Education, Inc
- Maramis, WF. (2004). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- McDonell, Short, Berry, And Dyck. (2003). Burden in schizophrenia caregiver: impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, Vol. 42, No 1, pg 91-103
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Mukhrifah, D (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*, Bandung : PT. Refika Aditama.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7 th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitatif Research In Nursing* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th ed), St. Louis: Mosby.
- Subandi, A.M. (2008). *Ngemong: Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa*. *Jurnal Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. Volume 35, No. 1, 62 – 79
ISSN: 0215-8884
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- WHO. (2003). *The world Health Report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diakses tanggal 2 Januari 2009

KONSEP DIRI LANSIA ANDROPAUSE DI POSYANDU LANSIA

Mustayah, Lucia Retnowati, Dyah Sartika

Poltekkes Kemenkes Malang, Jalan Besar Ijen No 77 C Malang

Email: mustayah37@yahoo.co.id

The Self Concept of Elderly Andropause

Abstract: *This study identifies the self concept of elderly andropause with a descriptive design, population and sample 24, the total sampling, questionnaire research instruments. Results of the study body image (75%) maladaptive. Self Ideal (70.8%) maladaptive. Self-esteem (50%) adaptive. The role of self (70.83%) maladaptive. Self identity (54.16%). From the results, the general self concept of elderly andropause is (54.16%) maladaptive. Suggested to the elderly to add knowledge from various sources regarding the changes in the elderly, increase positive activities are mild to spend leisure time, to the elderly health center in order to add light activity is beneficial to reduce the likelihood of elderly alone and for families elderly to be more often spend time together elderly in order to be open and make gradual changes in self-concept elderly of maladaptive become adaptive.*

Keywords: *elderly, andropause, self concept.*

Abstrak: *Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi konsep diri lansia andropause dengan desain deskriptif, populasi dan sampel 24 orang, sampling jenuh, instrumen penelitian kuesioner. Hasil penelitian citra tubuh (75%) maladaptif. Ideal diri (70,8%) maladaptif. Harga diri (50%) adaptif. Peran diri (70,83%) maladaptif. Identitas diri (54,16%). Dari hasil penelitian didapatkan secara umum konsep diri lansia andropause adalah (54,16%) maladaptif. Disarankan kepada lansia untuk menambah wawasan dari berbagai sumber mengenai perubahan pada lanjut usia, menambah kegiatan positif bersifat ringan untuk mengisi waktu luang dan membuat perubahan bertahap pada konsep diri lansia dari maladaptif menjadi adaptif.*

Kata Kunci: *lansia, andropause, konsep diri*

PENDAHULUAN

Peran laki-laki dalam banyak masyarakat telah dikukuhkan sebagai kepala keluarga yang mempunyai hak penuh untuk membesarkan, menetapkan masa depan dan bila perlu menghukum anggota keluarganya. Peran laki-laki berhubungan erat dengan isu ketidaksetaraan gender dan adanya budaya patriarki dalam masyarakat yang menempatkan posisi laki-laki lebih tinggi dari posisi perempuan (Pinem, 2009)

Dari aspek perilaku, laki-laki diharapkan dapat memberikan kontribusi positif terhadap kesehatan reproduksi, misalnya dalam hal perilaku seksual. Peran dan tanggung jawab laki-laki dalam kesehatan reproduksi sangat berpengaruh terhadap kesehatan perempuan. Keputusan penting seperti siapa yang akan

menolong istri melahirkan, memilih metode kontrasepsi yang dipakai istri masih banyak ditentukan oleh suami. Di lain pihak banyak laki-laki tidak mendapatkan pelayanan dan informasi yang memadai tentang kesehatan reproduksi misalnya dalam hal hubungan seksual sebelum nikah, berganti-ganti pasangan, kesetaraan ber-KB serta sikap dan perilaku kurang bertanggung jawab lainnya sehingga membahayakan perempuan pasangannya (Pinem, 2009)

Proses seseorang dari usia dewasa menjadi usia tua merupakan proses yang harus dijalani dan disyukuri. Proses ini biasanya menimbulkan suatu beban karena menurunnya fungsi organ tubuh orang tersebut sehingga menurunkan kualitas hidup seseorang yang menginjak usia senja juga mengalami kebahagiaan (Wahyunita, 2010).

Menjadi tua dengan segenap keterba-

tasannya, pasti akan dialami oleh seseorang bila ia panjang umur. Di Indonesia, istilah untuk kelompok usia ini belum baku, orang memiliki sebutan yang berbeda-beda. Ada yang menggunakan istilah lanjut usia ada pula lansia atau jompo dengan padanan kata dalam bahasa Inggris biasa disebut *the aged, the elders, older adult*, serta *senior citizen*. Usia kronologis dihitung dengan tahun kalender. Di Indonesia, dengan usia pensiun 56 tahun, barangkali dapat dipandang sebagai batas seseorang mulai memasuki Lanjut usia, menurut Undang-undang no.13 tahun 1998 dinyatakan bahwa usia 60 tahun ke atas adalah yang paling layak disebut Lanjut usia (Tamheer & Noorkasiani, 2009)

Pada lanjut usia, terjadi penurunan kondisi fisik/biologis, kondisi psikologis, serta perubahan kondisi sosial. Para Lanjut usia, bahkan juga masyarakat menganggap seakan-akan tugasnya telah selesai, mereka berhenti bekerja dan semakin mengundurkan diri dari pergaulan bermasyarakat yang merupakan salah satu ciri fase ini. Dalam fase ini, biasanya Lanjut usia merenungkan hakikat hidupnya dengan lebih intensif serta mencoba mendekatkan dirinya pada Tuhan.

Secara individu seseorang disebut sebagai Lanjut usia jika telah berumur 60 tahun ke atas di negara berkembang atau 65 tahun ke atas di negara maju. Diantara Lanjut usia yang berumur ke atas dikelompokkan lagi menjadi *young old* (60-90 tahun), *old* (70-79 tahun) dan *old old* (80 tahun keatas) (Pinem, 2009)

Dari aspek kesehatan, seseorang dinyatakan sebagai Lanjut usia (*elderly*) jika berusia 60 tahun ke atas, sedangkan penduduk yang berusia antara 49-59 tahun disebut sebagai *prasenile*. Sehubungan dengan aspek kesehatan, penduduk Lanjut usia secara biologis telah mengalami proses penuaan, dimana terjadi penurunan daya tahan fisik yang ditandai dengan semakin rentannya terhadap serangan berbagai penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan

akibat terjadinya perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan serta sistem organ. Dalam hal masalah kesehatan reproduksi pada Lanjut usia terutama dirasakan oleh perempuan ketika masa suburnya berakhir (*menopause*), meskipun laki-laki juga mengalami penurunan fungsi reproduksi (*andropause*) (Pinem, 2009).

Andropause dimulai dengan perubahan hormonal, fisiologis, dan kimia yang terjadi pada semua pria antara empat puluh dan lima puluh lima tahun, walaupun perubahan ini dapat sudah terjadi pada usia muda tiga puluh lima tahun atau baru pada usia setua enam puluh lima tahun. Semua perubahan ini mempengaruhi semua aspek kehidupan pria. Oleh karena itu, andropause adalah kondisi fisik dengan dimensi psikologi, antar pribadi, sosial dan spiritual (Diamond, 2003).

Biasanya andropause terjadi pada pria yang berumur mulai dari 50-60 tahun, tetapi *andropause* ini bisa terjadi pada umur yang sangat bervariasi, tetapi tidak semua pria akan mengalami keluhan-keluhan *andropause*. Mekanisme terjadinya *andropause* adalah penurunan fungsi sistem reproduksi pria hingga mengakibatkan penurunan kadar hormon yang bersifat multi hormonal, yaitu penurunan hormon *testosteron, melantonin, Growth Hormon*, dan *IGFs (Insulin like growth factors)* (Wahyunita, 2010)

Setiap wanita pasti suatu ketika, yaitu kira-kira usia 50 tahun, kedua ovariumnya akan berhenti menghasilkan *hormon estrogen* yang menyebabkan berhentinya haid. Namun pada laki-laki tua, testis masih saja terus berfungsi memproduksi sperma dan *hormon testosteron* meskipun jumlahnya tidak sebanyak usia muda. Pada wanita produksi *estrogen* berhenti mendadak, sedangkan pada laki-laki dengan meningkatnya usia produksi *testosteron* menurun perlahan-lahan, sehingga membuat definisi andropause pada laki-laki sedikit sulit. Kadar *hormon testosteron* sampai dengan usia

55-60 tahun relatif stabil dan baru setelah usia 60 tahun terjadi penurunan yang berarti. *Testosteron bebas, dehidroepiandrosteron (DHEA)*, dan *DHEA-S* kadarnya turun secara kontinyu dengan meningkatnya usia (Prawirohardjo, 2003)

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 20 Februari 2015 dengan dasar angket diagnosa andropause dinyatakan 8 Lansia dalam masa andropause. Lalu dilanjutkan dengan wawancara dan didapatkan bahwa 2 Lansia (25%) mengatakan malu (gangguan gambaran diri) dengan penurunan fisik dalam masa andropause, menurut Lansia tersebut membuat mereka kurang percaya diri (gangguan harga diri) dalam bergaul, sehingga hanya mau berkumpul saat Posyandu saja (gangguan peran). Pada awalnya 2 Lansia (25%) merasa takut saat mengingat akan mengalami proses menua. 4 Lansia (50%) mengatakan betapa enaknya saat muda dulu dalam melakukan segala aktivitas karena lebih banyak tenaga dibandingkan sekarang (gangguan ideal diri). Dari data tersebut disimpulkan bahwa 8 lansia (100%) mengalami gangguan konsep diri.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui konsep diri pada Lansia *andropause* di Posyandu Lansia Karang Wreda Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan metode deskriptif. Pada penelitian ini sampel sebanyak 24 orang Lansia andropause. Kriteria inklusi meliputi 1) lansia laki-laki berusia 60 tahun keatas, 2) anggota Posyandu Lansia Karang Wreda Bisma Sumberporong, 3) lansia andropause yang sudah diukur melalui kuesioner, 4) tidak memiliki hambatan/gangguan komunikasi, 5) tidak memiliki hambatan/kelemahan fisik, 6) memiliki kemampuan dalam hal membaca dan menulis,

7) bersedia menjadi responden.

Penelitian dilakukan di Posyandu Lansia Karang Wreda Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang pada 8 Juli 2015.

HASIL PENELITIAN

Pada karakteristik responden ini akan ditampilkan tentang umur. Dari tabel 1 diketahui dari 24 orang responden sebagian besar responden 21 orang (87,50%) berumur 60-74 tahun. Tabel 2 dapat diketahui sebagian responden 18 orang (75%) mempunyai Citra Tubuh maladaptif, 17 orang (70,83%) mempunyai peran diri maladaptif, 13 orang (54,16%) mempunyai identitas diri adaptif dan 13 orang (54,16%) mempunyai konsep diri maladaptif.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

| Umur (tahun) | F | % |
|--------------|----|-------|
| 60-74 | 21 | 87,50 |
| 75-90 | 2 | 8,30 |
| >90 | 1 | 4,20 |
| Jumlah | 24 | 100 |

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Konsep Diri Lansia Andropause di Posyandu Lansia

| Standart Kualitatif | Adaptif | | Maladaptif | |
|---------------------|---------|-------|------------|-------|
| | F | % | F | % |
| Citra Tubuh | 6 | 25 | 18 | 75 |
| Ideal Diri | 7 | 29,16 | 17 | 70,83 |
| Harga Diri | 12 | 50 | 12 | 50 |
| Peran Diri | 7 | 29,16 | 17 | 70,83 |
| Identitas Diri | 13 | 54,16 | 11 | 45,83 |
| Konsep Diri | 11 | 45,83 | 13 | 54,16 |

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ditemukan hampir seluruhnya 75% responden adalah maladaptif. Terbukti pada pernyataan soal no.1 tentang terjadinya perubahan fisik (penampilan) pada lansia hanya 9 orang responden (37,5%) yang menjawab benar dan sesuai yang diharapkan. Sebagian besar lansia berusia 66-74 tahun (87,50%) baru memasuki usia awal menjadi lansia dan baru menyadari penurunan fungsi tubuh sehingga membuat mereka harus beradaptasi dengan perubahan fisik. Hal ini disebabkan karena faktor psikologis, Wahyunita (2010) menyebutkan bahwa rasa kecemasan dan ragu mengenai perubahan fisik merupakan gejala awal yang muncul hal tersebut adalah umum bagi laki-laki yang menginjak lansia, gejala tersebut menyebabkan tidak idealnya kehidupan laki-laki tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan hampir seluruhnya 70,8% responden memiliki ideal diri maladaptif. Terbukti pada pernyataan soal no.8 tentang melakukan aktivitas seperti saat muda agar cita-cita tercapai terdapat 9 orang responden (37,5%) menjawab benar sesuai yang diharapkan. Hal ini dikarenakan penampilan fisik berperan penting dalam hubungan sosial, mereka sadar bahwa penurunan kualitas fisik akan mengurangi penampilan fisik, sehingga lansia akan berusaha mengobati diri atau dengan berolahraga untuk menjaga kesehatan. Menurut Mukhrimah (2006), pada usia yang lebih tua dilakukan penyesuaian yang merefleksikan berkurangnya kekuatan fisik dan perubahan peran serta tanggung jawab.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 50% responden mempunyai harga diri adaptif dan 50% responden mempunyai harga diri maladaptif. Perbedaan harga diri pada tiap lansia berbeda bisa dipengaruhi oleh faktor usia, penampilan fisik, pengalaman dan status sosial. Tergantung pada lansia menyikapi perubahan

yang terjadi pada dirinya. Terutama penurunan fungsi tubuh pada masa tua. Terdapat keseimbangan hasil disebabkan karena menurut Suliswati (2005) pada usia dewasa harga diri menjadi stabil dan memberikan gambaran yang jelas tentang dirinya dan cenderung lebih mampu menerima keberadaan dirinya. Hal ini didapatkan dari pengalaman menghadapi kekurangan diri dan meningkatkan kemampuan secara maksimal kelebihan dirinya. Pada masa dewasa akhir timbul masalah harga diri karena adanya tantangan baru sehubungan dengan pensiun, ketidakmampuan fisik, berpisah dari anak, kehilangan pasangan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua responden 70,83% mempunyai peran diri maladaptif. Terbukti pada pernyataan soal no. 14 tentang penurunan fungsi tubuh membuat lansia tidak aktif dalam melakukan kegiatan sosial hanya 7 orang responden (29,1%) menjawab benar sesuai yang diharapkan. Peran diri pada setiap lansia dapat berbeda ditentukan dari pengalaman sebelumnya misalnya posisi yang pernah dijabat atau pendidikan apa yang telah dilaluinya. Menurut Suliswati (2005), peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti. Setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisi pada tiap waktu sepanjang daur kehidupan. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan cocok dengan ideal diri.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden 54,16% mempunyai identitas diri adaptif. Pernyataan ini dibuktikan dengan soal no.19 tentang tingkat ketergantungan lansia karena kurangnya rasa percaya diri didapatkan 18 orang responden (75%) menjawab benar sesuai yang diharapkan. Identitas diri merupakan kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya,

menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Hal ini didukung oleh teori dari Suliswati (2005) bahwa identitas diri merupakan *synthesis* dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh, tidak dipengaruhi oleh pencapaian tujuan, atribut/jabatan dan peran. Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, dan tidak ada duanya. Kemandirian timbul dari perasaan berharga (respek pada diri sendiri), kemampuan dan penguasaan diri.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden 54,16% memiliki konsep diri maladaptif. Terbukti dari 5 sub variabel (40%) yang terdiri dari harga diri dan identitas diri adalah adaptif dan sesuai yang diharapkan. Sedangkan 3 sub variabel lainnya (60%) yang terdiri dari citra tubuh, peran diri dan ideal diri adalah maladaptif. Hal ini kemungkinan disebabkan karena perubahan dan penurunan dari segi fisik yang menunjang interaksi sosial sehingga dapat mengganggu konsep diri para lansia tersebut. Selain itu, banyak faktor lain yang mempengaruhi seperti usia, jenis kelamin, aktivitas, dan pengalaman yang pernah didapat oleh para lansia. Sesuai dengan pendapat Wahyunita (2010) bahwa rasa kecemasan dan ragu mengenai perubahan fisik merupakan gejala awal yang muncul hal tersebut adalah umum bagi laki-laki yang menginjak lansia, gejala tersebut menyebabkan tidak idealnya kehidupan laki-laki tersebut.

PENUTUP

Kesimpulan yang didapat dari penelitian ini adalah: 1) citra tubuh lansia andropause maladaptif, 2) ideal diri lansia andropause maladaptif, 3) harga diri lansia andropause setengahnya mempunyai harga diri adaptif, 4) peran diri lansia Andropause sebagian besar responden (70,83%) mempunyai peran diri

maladaptif, 5) identitas diri lansia andropause lebih dari setengahnya (54,16%) mempunyai identitas diri adaptif, 6) konsep diri lansia andropause di Posyandu Lansia Karang Wreda Bisma Desa Sumberporong Kecamatan Lawang Kabupaten Malang lebih dari setengah responden (54,16%) memiliki konsep diri maladaptif.

Saran dari penelitian ini antara lain: bagi lansia andropause/ responden, hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya konsep diri lansia andropause adalah maladaptif, sehingga disarankan pada lansia untuk menambah kegiatan ringan yang bermanfaat sehingga lansia tidak banyak waktu untuk melamuni andropause serta dapat meningkatkan kualitas diri dan meningkatkan konsep diri.

Bagi keluarga lansia andropause: hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya konsep diri lansia andropause adalah maladaptif, sehingga disarankan pada keluarga untuk menambah waktu kebersamaan dengan lansia andropause agar lansia memiliki tempat untuk mencurahkan isi hatinya sehingga lansia dapat lebih meningkatkan konsep dirinya.

Bagi institusi tempat penelitian: hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya konsep diri lansia andropause adalah maladaptif, sehingga disarankan kepada pihak Posyandu Lansia Karang Wreda Bisma untuk menambah kegiatan positif seperti olahraga bersama untuk peningkatan kualitas konsep diri lansia.

Bagi Institusi Pendidikan Poltekkes Kemenkes Malang: Memberikan masukan dan bahan dokumentasi ilmiah dalam pengembangan ilmu keperawatan salah satunya melalui pengadaan buku-buku penunjang.

Bagi peneliti selanjutnya: disarankan hendaknya penelitian yang sederhana ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya dan menambah referensi melalui buku terbaru dan jurnal nasional/ internasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Diamond, J. (2003). *Menopause Pada Pria (Male Menopause)*. Batam Center: Interaksara.
- Mukhrimah. (2006). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Aditama.
- Pinem, S. (2009). *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Prawirohardjo, S. (2003). *Menopause dan Andropause*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Setiadi. (2007). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Tamheer, S., & Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahyunita. 2010. *Memahami Kesehatan pada Lansia*. Jakarta: Trans Info Media.

ASUPAN KARBOHIDRAT DAN OBESITAS PADA GURU WANITA USIA SUBUR

Nastitie Cinintya Nurzihan

Universitas Sebelas Maret, Jl. Ir. Sutami No.36A, Jebres, Surakarta, Jawa Tengah

Email: cnastitie@yahoo.co.id

Carbohydrate Intake and Obesity in Teacher of Women Childbearing Age

Abstract: *The prevalence of obesity has increased rapidly worldwide and the importance of considering the role of diet in the prevention and treatment of obesity is widely acknowledged. The role of dietary carbohydrates in weight loss has received considerable attention in light of the current obesity epidemic. This was an analytical survey with cross sectional design. Research location was in UPT Pendidikan Jebres, Surakarta, Central Java. The subjects of study were female teachers of childbearing aged 22-49 years old in 18 primary schools. Sampels were 110 people selected by using technique of probability sampling with simple random sampling. The results of the bivariate analysis showed that carbohydrate intake was not significantly associated with obesity (OR=0,961; 95% CI= 0,21-4,29) and carbohydrate intake had negative association with obesity (p=0,958). There was a negative association between carbohydrate intake and obesity in teacher of women childbearing age.*

Keywords: *carbohydrate intake, obesity, women childbearing age*

Abstrak: *Prevalensi obesitas telah meningkat pesat di seluruh dunia dan pentingnya mempertimbangkan peran diet dalam pencegahan dan pengobatan obesitas diakui secara luas. Peran diet karbohidrat dalam menurunkan berat badan telah mendapat perhatian besar mengingat epidemi obesitas saat ini. Jenis penelitian adalah survei analitik dengan rancangan cross sectional. Lokasi penelitian di UPT Pendidikan Jebres, Surakarta, Jawa Tengah. Subjek penelitian adalah guru wanita usia subur dengan rentan usia 22-49 tahun di 18 sekolah dasar. Besar sampel penelitian adalah 110 orang. Pemilihan subjek penelitian menggunakan teknik probability sampling dengan simple random sampling. Hasil analisis bivariat menunjukkan asupan karbohidrat tidak secara signifikan terkait dengan obesitas (OR=0,961; 95% CI= 0,21-4,29) dan asupan karbohidrat memiliki hubungan negatif dengan obesitas (p=0,958). Asupan protein tidak berperan dengan obesitas pada wanita usia subur*

Kata Kunci: *asupan karbohidrat, obesitas, wanita usia subur*

PENDAHULUAN

Obesitas merupakan keadaan patologis dengan adanya penimbunan lemak yang berlebih yang telah menjadi masalah global. Data *World Health Organization (WHO)* tahun 2006 menunjukkan bahwa 14% wanita yang berusia diatas 20 tahun mengalami obesitas dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) ≥ 30 kg/m². Prevalensi obesitas perempuan dewasa (>18 tahun) di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 dilaporkan sebesar 32,9 %, sedangkan prevalensi obesitas perempuan dewasa (>18 tahun) di Provinsi Jawa Tengah adalah 30%.

Proporsi status gizi wanita menurut IMT pada Pokok-Pokok Hasil Riskesdas Jawa Tengah tahun 2013 menunjukkan bahwa Kota Surakarta memiliki proporsi tertinggi yaitu sebesar 28,2% untuk obesitas dan 14,3% untuk berat badan lebih (*overweight*) (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Asupan makanan merupakan faktor penting yang mempengaruhi obesitas dan salah satu strategi untuk mencegah obesitas adalah mengatur pola makan tepat (Jia- Yi dan Sui-Jian, 2015). Asupan zat gizi yang dikonsumsi sehari-hari lebih banyak jumlahnya dibutuhkan oleh tubuh adalah zat gizi makro, salah satunya adalah karbohidrat.

Karbohidrat adalah salah satu makronutrien yang memberikan energi dan dapat berkontribusi pada asupan energi dan berat badan (Van-Dam dan Seidell, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Merchant *et al.*, (2009) menyatakan bahwa peran diet karbohidrat membuktikan adanya penurunan berat badan pada obesitas dewasa.

Obesitas pada kalangan wanita usia subur dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan reproduksi seperti kesulitan dalam hamil, kesehatan yang buruk selama masa kehamilan dan *postpartum* (Dag dan Dillbaz, 2015). Dampak lain dari obesitas pada wanita usia subur adalah timbulnya penyakit kardiovaskuler seperti tekanan darah tinggi, stroke dan diabetes mellitus (Flegal *et al.*, 2010). Untuk itu, peneliti berpendapat bahwa perlu adanya perhatian khusus terhadap wanita usia subur dalam menangani masalah kesehatan, salah satunya adalah obesitas.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh asupan karbohidrat dan protein terhadap obesitas Guru wanita usia subur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* dan dilaksanakan pada wilayah UPT Pendidikan Jebres, Surakarta dengan 18 Sekolah Dasar Negeri. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh guru wanita usia subur (22-49 tahun) yang memenuhi kriteria yaitu tidak dalam keadaan sakit saat penelitian, tidak dalam keadaan hamil dan menyusui, tidak menderita penyakit kronis dan infeksi dalam 1 tahun terakhir. Sampel pada penelitian ini adalah 110 subjek penelitian didapatkan dari perhitungan menggunakan rumus (10).

Pengambilan sampel menggunakan teknik *probability sampling* yakni *simple random sampling* dengan sistem lotre atau undian berdasarkan daftar nama guru wanita tersebut dan didapatkan 18 Sekolah Dasar Negeri untuk

memenuhi jumlah subjek penelitian yang diinginkan.

Variabel bebas adalah asupan karbohidrat. Data asupan karbohidrat didapatkan dari wawancara asupan makan dalam 2 hari (tidak berurutan) dengan metode *food recall* 24jam terakhir dan *food frequency semi quantitative* 1 bulan untuk mengetahui pola makan yang biasa dikonsumsi, untuk mengetahui porsi atau takaran yang dikonsumsi maka penelitian ini menggunakan *food models* agar tidak terjadi perbedaan persepsi antara subjek penelitian dengan peneliti. Hasil wawancara *food recall* 2x24 jam, dilakukan perhitungan kandungan gizi khususnya protein dengan menggunakan aplikasi *nutrisurvey 2007* dan dihitung rata-rata asupan karbohidrat selanjutnya dilakukan pengelompokan sesuai kategori asupan karbohidrat.

Pengukuran langsung berat badan dan tinggi badan masing-masing responden dilakukan untuk menentukan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang dikategorikan normal ($18-25 \text{ kg/m}^2$) dan obesitas ($>25 \text{ kg/m}^2$). Variabel terikat adalah kejadian obesitas pada guru wanita usia 22 – 49 tahun. Pada penelitian ini juga dilakukan pengumpulan data karakteristik subjek penelitian melalui wawancara langsung meliputi, umur, tingkat pendidikan, status pernikahan, golongan pekerjaan, kontrasepsi yang digunakan dan genetik.

Analisis data penelitian yang dilakukan meliputi analisis univariat untuk mengetahui frekuensi dan proporsi masing-masing karakteristik subjek penelitian dan variabel bebas dan dilakukan uji normalitas data menggunakan *Kolmogorov Smirnov test*. Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis dua variabel dan mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antar kedua variabel (Hastono, 2007). Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square* dengan ketelitian 95% ($\alpha=0,05$).

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Hubungan Asupan Karbohidrat dengan Kejadian Obesitas

| Asupan Karbohidrat | Kejadian Obesitas | | | | | | OR (95% CI) | P |
|--------------------|-------------------|------|----------|------|-------|------|-----------------------|-------|
| | Normal | | Obesitas | | Total | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Baik | 9 | 8.2 | 5 | 4.5 | 14 | 12.7 | 0,961 | 0.958 |
| Lebih | 63 | 57.3 | 33 | 30.0 | 96 | 87.3 | (95% CI= 0,21 – 4,29) | |
| Total | 72 | 65.5 | 38 | 34.6 | 110 | 100 | | |

PEMBAHASAN

Hasil analisis uji korelasi menunjukkan bahwa asupan karbohidrat tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan kejadian obesitas ($p=0,922$). Hasil penelitian Ahluwalia *et al.*, (2009) di Eropa pada rentan usia 45-65 tahun menunjukkan bahwa terjadi hubungan yang tidak bermakna antara Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan asupan karbohidrat. Penelitian lain yang dilakukan di Canada pada subjek penelitian dengan usia > 18 tahun yang mendukung penelitian ini, menyatakan bahwa asupan karbohidrat dan obesitas berbanding terbalik dengan meningkatnya berat badan dan asupan karbohidrat menurun mencapai 290-310gr/hari (Merchant *et al.*, 2009). Banyak penelitian beberapa tahun belakangan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang konsisten antara proporsi asupan energi yang dikonsumsi berasal dari karbohidrat yang mendominasi total asupan energi seseorang sebagai penentu kenaikan berat badan (Malik *et al.*, 2006). Mekanisme yang mendasari hal tersebut terjadi adalah kontribusi serat dari makanan yang kaya karbohidrat, serat makanan juga telah dikaitkan dengan rasa kenyang yang lebih besar dan serat akan terikat dengan berkurangnya penyerapan nutrisi (Burton-Freeman, 2010). Asupan karbohidrat rendah itu sendiri secara substansial dapat mengurangi berat badan (Santos *et al.*, 2012).

Pada hasil wawancara subjek penelitian diketahui bahwa konsumsi makanan pokok sehari-hari berasal dari sumber karbohidrat pada umumnya yaitu nasi. Penelitian di Iran melaporkan bahwa konsumsi nasi putih tidak terkait dengan obesitas (Kolahdouzan *et al.*, 2013). Sejalan dengan itu, penelitian lain baru-baru ini mengungkapkan bahwa asupan nasi berbanding terbalik dengan penambahan berat badan (Shi *et al.*, 2012). Sebuah studi lainnya menunjukkan bahwa asupan nasi dengan sumber karbohidrat lainnya memiliki potensi lebih rendah dalam peningkatan glukosa darah (Mendez *et al.*, 2009).

PENUTUP

Keseluruhan responden penelitian memiliki asupan karbohidrat yang lebih. Asupan karbohidrat tidak berhubungan nyata dengan kejadian obesitas.

Perlu adanya pengaturan asupan karbohidrat dalam komposisi makanan sehari-hari dan mengkonsumsi makanan yang bervariasi dengan kandungan gizi yang seimbang sehingga kebutuhan zat gizi dapat terpenuhi serta dapat meningkatkan aktivitas fisik dengan berolahraga secara teratur agar dapat mencegah terjadinya obesitas.

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization (WHO). (2006). Global Database on Body Mass Index: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Pokok-Pokok Hasil Riskesdas Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Jia-Yi, H. dan Sui-Jian, Q. (2015). Childhood Obesity and Food Intake. *World Journal of Pediatrics*, vol. 11, no. 2, hlm. 101-107
- Van-Dam, R.M. dan Seidell, J.C. (2007). Carbohydrate Intake and Obesity. *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 61, no. 1, hlm. 75-99.
- Merchant, A.T., Hassanali, V., Shahzaib, B., Mahshid, D., Syed, M.A.S., Lawrence, D.K., dan Susan, E.S. (2009). Carbohydrate Intake and Overweight and Obesity among Healthy Adults. *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 109, no. 7, hlm. 1165-1172.
- Dag, Z.O dan Dilbaz, B. (2015). Impact of Obesity on Infertility in Women. *Turkish-German Gynecological Association*, vol. 16, no. 6, hlm. 111-117.
- Flegal, K.M., Carroll, M.D., Ogden, C.L., dan Curtin, L.R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2008. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 303, no. 3, hlm. 235–241.
- Hastono, S. (2007). *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Ahluwalia, N., Ferrières, J., Dallongeville, J., Simon, C., Ducimetière, P., Amouyel, P., dan Arveiler, D. (2009). Association of macro-nutrient intake patterns with being overweight in a population-based random sample of men in France. *Diabetes & Metabolism*, vol. 35, no. 2, hlm. 129-136.
- Malik, V.S., Schulze, M.B., dan Hu, F.B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 84, no. 2, hlm. 274-288.
- Burton-Freeman B. (2010). Dietary fiber and energy regulation. *Journal of Nutrition*, vol. 120, no. 2, hlm. 272-275.
- Santos, F., Esteves, S., da Costa Pereira, A., Yancy, S.S.Jr., dan Nunes, J.P. (2012). Systematic review and meta-analysis of clinical trials of the effects of low carbohydrate diets on cardiovascular risk factors. *Obesity Reviews*, vol. 13, no. 11, hlm. 1048–66.
- Kolahdouzan, M., Hossein, K.B., Behnaz, N., Elaheh, Z., Behnaz, A., Negar, G., Nima, A., dan Maryam, V. (2013). The association between dietary intake of white rice and central obesity in obese adults. *Arya Atherosclerosis*, vol. 9, no. 2, hlm. 140-144.
- Shi, Z., Taylor, A.W., Hu, G., Gill, T., dan Wittert, G.A. (2012). Rice intake, weight change and risk of the metabolic syndrome development among Chinese adults: the Jiangsu Nutrition Study (JIN). *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 21, no. 1, hlm. 35-43.
- Mendez, M.A., Covas, M.I., Marrugat, J., Vila, J., dan Schroder, H. (2009). Glycemic load, glycemic index, and body mass index in Spanish adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 89, no. 1, hlm. 316-322.

GAMBARAN TINGKAT RISIKO STROKE PADA SOPIR BUS

Rizki Mustika Riswari, Edy Suyanto, Wahyu Suprianingsih
Poltekkes Kemenkes Malang, Jalan Besar Ijen No 77 C Malang
Email: rizkimustika@gmail.com

The Level of Risk Stroke on Dus Driver

Abstract: *The bus driver is one of the jobs that have a higher risk of stroke than other jobs. The purpose of this study is to describe the level of risk stroke on bus driver in P.O Tentrem Singosari Malang city. This research is descriptive research with the amount of respondents 30 people who were taken using purposive sampling technique. Respondents fill out the questionnaire and examination body weight, height, random blood sugar, total cholesterol and blood pressure. The results obtained are in P.O Tentrem bus driver has the level of risk stroke in low-risk 3.33%, 23.33% at moderate risk, 43.33% at high risk, and 30% at very high risk. The analysis of this research using scoring were adoption from stroke risk scorecard and the result were served in a table. Expected after an known level of risk which is more dominant to be a stroke respondents can do for the primary prevention of stroke.*

Keywords: *bus driver, stroke, level of risk, primary prevention*

Abstrak: *Sopir bus merupakan salah satu pekerjaan yang memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke daripada pekerjaan lainnya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat risiko stroke pada sopir bus di P.O Tentrem Singosari kabupaten Malang. Penelitian ini adalah penelitian diskriptif dengan responden sejumlah 30 orang yang diambil menggunakan teknik purposive sampling. Responden mengisi kuisioner dan dilakukan pemeriksaan berat badan, tinggi badan, gula darah acak, kolesterol total dan tekanan darah. Hasil yang didapatkan adalah sopir bus di P.O Tentrem memiliki tingkat risiko terkena stroke 3,33% pada risiko rendah, 23,33% pada risiko sedang, 43,33% pada risiko tinggi, dan 30% pada risiko sangat tinggi. Analisa data pada penelitian ini menggunakan skoring yang diadopsi dari stroke risk scorecard setelah itu diprosentasikan dan disajikan dalam bentuk tabel. Diharapkan setelah diketahui tingkat risiko yang mana yang lebih dominan untuk terjadi stroke responden dapat melakukan upaya pencegahan primer untuk penyakit stroke.*

Kata Kunci: *sopir bus, stroke, tingkat risiko, pencegahan primer*

PENDAHULUAN

Stroke merupakan masalah medis yang utama, setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar 5 juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia Tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke. Prevalensi stroke di Indonesia sebesar 12,1 per seribu penduduk dan yang telah didiagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per seribu penduduk. Jadi, sebanyak 57,9 persen kasus stroke telah terdiagnosa oleh tenaga kesehatan. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur memiliki prevalensi jumlah penderita stroke yaitu

sebesar 16,0 per seribu penduduk (Risksedas, 2013).

Kejadian stroke dipengaruhi oleh banyak faktor seperti status gizi, pola kerja, aktivitas fisik dan gaya hidup. Faktor jenis pekerjaan seseorang ternyata memiliki pengaruh yang cukup besar dalam mencetuskan stroke. Penelitian di Brazil menunjukkan profesi sebagai sopir memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dan sopir yang membawa penumpang cenderung memiliki risiko yang lebih besar dari pada yang membawa barang (Hirata, 2012). Sopir bus merupakan salah satu pekerjaan yang berbahaya bagi jantung dan

peredaran darah (Candra, 2012). Hasil penelitian di Korea sopir bus memiliki risiko kejadian penyakit kardiovaskuler termasuk stroke sebesar 12,7%, 3-4 kali lebih tinggi dari kelompok pekerja lainnya (Shin, 2013).

Pekerjaan sebagai sopir memiliki aktifitas fisik yang sangat kurang, bahkan hampir sebagian besar waktu bekerjanya dihabiskan dengan duduk, hal ini tentu akan berpengaruh terhadap keseimbangan energi di dalam tubuh sehingga memiliki risiko kelebihan berat badan. Selain itu jam kerja yang panjang membuat sopir tidak memiliki waktu yang cukup untuk berolahraga dan memiliki pola makan yang buruk dan tidak teratur (Rizkawati, 2012). Selain itu bekerja sebagai sopir bus membutuhkan kehati-hatian dan konsentrasi yang tinggi untuk keselamatan penumpang dan dirinya selama di jalan raya. Hal tersebut dapat memicu stress (Sangadji, 2013). Faktor-faktor pekerjaan tersebut dapat memperburuk tekanan darah, kolesterol, diabetes dan obesitas, sehingga sopir memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke (Shin, 2013).

Pada pemeriksaan oleh dokter Polres Gunung Kidul pada 28 orang sopir bus tahun 2012 didapatkan 20% sopir terancam penyakit stroke dan jantung (Sunartono, 2012). Begitu pula, pada pemeriksaan gratis oleh Balai Besar Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BBTKLPP) pada sopir bus di terminal Arjosari tahun 2015 dari 60 orang yang diperiksa kebanyakan mengidap hipertensi dan diabetes, kepala BBTKLPP mengatakan jika hipertensi bagi sopir bus sangatlah berbahaya karena ketika sopir terkejut saat mengemudi bisa terkena stroke mendadak (Ary, 2015). Berdasarkan studi pendahuluan peneliti terhadap 5 sopir bus melalui wawancara terstruktur, terdapat 4 responden menderita hipertensi dan 1 responden menderita diabetes mellitus. Selain itu terdapat 3 orang sopir bus dalam 2 tahun terakhir yang terkena stroke setelah bekerja menjadi pengemudi selama ± 10 tahun.

Melihat gaya hidup pada sopir bus yang berisiko terjadinya stroke untuk itu sopir bus perlu informasi tentang faktor risiko stroke. Penelusuran faktor risiko penting dilakukan agar dapat menghindari dan mencegah serangan stroke. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk deteksi dini faktor-faktor risiko stroke yang terdapat pada masing-masing individu. Dengan demikian kita dapat mengurangi jumlah penderita stroke dengan memberikan informasi kepada masyarakat untuk mencegah dan menghindari faktor-faktor risiko timbulnya stroke.

Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui gambaran tingkat risiko stroke pada Sopir Bus di P.O Tentrem Singosari Kabupaten Malang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Peneliti mengidentifikasi tingkatan risiko stroke pada subjek penelitian melalui penelitian secara prospektif (pengamatan terhadap peristiwa yang belum dan akan terjadi). Sedangkan rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional study* dimana variabel yang diteliti diambil datanya hanya satu kali dalam waktu bersamaan.

Populasi dalam penelitian ini adalah sopir bus di P.O Tentrem Singosari Kabupaten Malang yang berjumlah 120 orang. Sampel pada penelitian ini adalah 30 sopir bus di P.O Tentrem Singosari Kabupaten Malang. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: Sopir bus yang bersedia menjadi responden, mampu berkomunikasi secara verbal maupun non verbal.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuisioner. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data penelitian ini adalah kuisioner yang diadaptasi dan dimodifikasi dari *Stroke Risk Scorecard*. Responden menjawab dengan memberikan *check list* pada jawaban yang

dikehendaki di tempat yang sudah disediakan. Lembar kuisioner dalam penelitian ini berisi tentang 10 indikator faktor risiko stroke. Dimana 6 indikator diisi oleh responden dan 4 indikator diperoleh dari hasil pengukuran tekanan darah, kolesterol dan berat badan serta tinggi badan. Penelitian dilaksanakan di garasi P.O Tentrem Singosari Kabupaten Malang yang dilaksanakan pada tanggal 8-15 Juni 2016.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden penelitian berdasarkan usia, Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden 50.40 tahun, dengan standart deviasi 7,907. Usia termuda adalah 32 tahun dan usia tertua adalah 63 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia responden adalah 47,45- 53,35.

Karakteristik responden berdasarkan riwayat keturunan sebagian besar responden tidak mempunyai riwayat stroke dalam keluarga yaitu sebanyak 20 orang (66,66%).

Sebagian besar tekanan darah responden > 140/90 mmHg yaitu sebanyak 15 orang (50%). Sebagian besar gula darah acak responden < 139 mg/dL yaitu sebanyak 15 orang (50%). Sebagian

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok

| Kebiasaan Merokok | N | % |
|-------------------|----|-------|
| Tidak Merokok | 4 | 13,33 |
| <20 batang/hari | 4 | 13,33 |
| >20 batang/hari | 22 | 73,33 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Jantung

| Kebiasaan Merokok | N | % |
|-------------------|----|-------|
| Tidak Merokok | 4 | 13,33 |
| <20 batang/hari | 4 | 13,33 |
| >20 batang/hari | 22 | 73,33 |
| Jumlah | 30 | 100 |

besar menunjukkan bahwa sebagian besar kadar kolesterol total responden < 200 mg/dL yaitu sebanyak 18 orang (60%).

Karakteristik responden berdasarkan kebiasaan merokok, Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perokok > 20 batang/hari yaitu sebanyak 22 orang (73,33%).

Karakteristik responden berdasarkan riwayat penyakit jantung, Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mempunyai penyakit jantung yaitu sebanyak 18 orang (60%).

Karakteristik responden berdasarkan IMT, Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai IMT > 25,0 yaitu sebanyak 21 orang (70%).

Karakteristik responden berdasarkan aktifitas fisik, Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar aktifitas fisik responden rendah yaitu sebanyak 14 orang (46,67%).

Karakteristik responden berdasarkan perilaku santai, Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berperilaku santai yaitu sebanyak 14 orang (46,67%).

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan IMT

| IMT | N | % |
|-------------|----|-----|
| 18,5 – 22,9 | 6 | 20 |
| 23,0 – 24,9 | 3 | 10 |
| > 25,0 | 21 | 70 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik

| Aktifitas Fisik | N | % |
|------------------|----|-------|
| Aktifitas Tinggi | 8 | 26,67 |
| Aktifitas Sedang | 8 | 26,67 |
| Aktifitas Rendah | 14 | 46,67 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Tabel 5. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Perilaku

| Perilaku | N | % |
|---|----|-------|
| Santai | 14 | 46,67 |
| Sering terburu-buru, cemas, tak toleran | 12 | 40 |
| Selalu terburu-buru, cemas, tak toleran | 4 | 13,33 |
| Jumlah | 30 | 100 |

Gambaran risiko penyakit Stroke pada responden, Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat risiko tinggi terkena stroke yaitu sebanyak 13 orang (43,33%).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sopir bus di P.O Tentrem Singosari Kabupaten Malang sebagian besar memiliki tingkat risiko tinggi terkena stroke yaitu sebanyak 13 responden (43,33%) dan tingkat risiko sangat tinggi terkena stroke sebagai tingkat risiko tertinggi kedua yaitu sebanyak 9 responden (30%). Hal ini sesuai dengan penelitian Hirata tahun 2011 di Brazil yang mengatakan bahwa profesi sebagai sopir memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dan sopir yang membawa penumpang cenderung memiliki risiko yang lebih besar dari pada yang membawa barang. Pekerjaan sebagai sopir memiliki aktifitas fisik yang sangat kurang, bahkan hampir sebagian besar waktu bekerjanya dihabiskan dengan duduk, hal ini tentu akan berpengaruh terhadap sirkulasi darah sehingga memiliki risiko tekanan darah yang abnormal. Selain itu jam kerja yang panjang membuat sopir tidak memiliki waktu yang cukup untuk berolahraga dan memiliki pola makan yang buruk, tidak teratur serta monoton sehingga beresiko terkena hiperkolesterolemia (Rizkawati, 2012). Kebiasaan sebagian besar sopir bus yang sering mengkonsumsi makanan berlemak, asin,

Tabel 6. Distribusi Karakteristik Tingkat Risiko Stroke pada Sopir Bus

| Kategori | N | % |
|----------------------|----|-------|
| Risiko Rendah | 1 | 3,33 |
| Risiko Sedang | 7 | 23,33 |
| Risiko Tinggi | 13 | 43,33 |
| Risiko Sangat Tinggi | 9 | 30 |
| Jumlah | 30 | 100 |

jeroan dan makanan sejenis di tempat bekerja diduga dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit termasuk stroke (Musbyarini, 2010). Selain itu banyak kebiasaan sopir bus dalam penyalahgunaan zat seperti alkohol dan rokok sebagai sarana mengurangi masalah psikologis (Shin, 2013). Dan juga seringnya minum kopi terutama yang *instan* dalam waktu lama dapat meningkatkan kadar gula dalam darah atau minuman *instan* untuk menghilangkan dahaga dapat memicu tingginya kadar gula darah dalam tubuh. Selain itu bekerja sebagai sopir bus membutuhkan kehati-hatian dan konsentrasi yang tinggi untuk keselamatan penumpang dan dirinya selama di jalan raya. Hal tersebut dapat memicu stress dan hipertensi (Sangadji, 2013). Dimana semua itu merupakan faktor risiko terjadinya stroke sehingga sopir memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke

Faktor usia juga dapat mempengaruhi tingkat risiko terkena stroke. Pada hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia responden 50,40 tahun, dengan standart deviasi 7,907. Usia termuda adalah 32 tahun dan usia tertua adalah 63 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia responden adalah 47,45- 53,35. Menurut hasil penelitian Putri (2012) menunjukkan bahwa sebanyak 81,25% responden berusia 55 tahun keatas banyak terserang stroke. Semakin bertambahnya usia menyebabkan penurunan kemampuan regenerasi jaringan terutama pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah tidak elastis lagi.

Hal tersebut dapat menyebabkan kerja jantung memberat. Jika ini berlangsung lama akan menyebabkan pembuluh darah pecah dan apabila terjadi pada pembuluh darah di otak akan terjadi stroke (Junaidi, 2004). Trend saat ini yang sedang diamati adalah risiko stroke pada usia muda. Pada usia produktif, stroke dapat menyerang pada mereka yang gemar mengonsumsi makanan yang berlemak (Sutanto, 2010).

Riwayat stroke dalam keluarga dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden tidak memiliki keluarga yang pernah terkena stroke yaitu sebanyak 20 orang (66,66%). Sebuah Studi Kohort menunjukkan bahwa riwayat keluarga positif stroke meningkatkan risiko stroke sebesar 30%. Beberapa stroke mungkin merupakan gejala dari kelainan genetik seperti *Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Sub-cortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)*. Suatu penyakit yang menyebabkan mutasi gen sehingga terjadi kerusakan di pembuluh darah otak, menyumbat aliran darah. Sebagian besar orang-orang dengan CADASIL mempunyai riwayat kelainan pada keluarga (American Stroke Association, 2012). Namun penelitian Putri (2012) mengatakan bahwa stroke bukan merupakan penyakit keturunan melainkan disebabkan oleh gaya hidup. Jadi belum tentu yang mempunyai riwayat keluarga stroke akan mengalami stroke juga.

Tekanan darah dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang memiliki tekanan darah >140/90 mmHg yaitu 15 orang (50%). Menurut hasil penelitian Putri (2012) menunjukkan 62,5% pasien stroke memiliki riwayat hipertensi. Menurut Pinzon (2010) Hipertensi meningkatkan risiko stroke 2-4 kali lipat tanpa tergantung pada faktor risiko lainnya. Tekanan darah yang tinggi meng-

akibatkan stress pada dinding pembuluh darah. Hal tersebut dapat merusak dinding pembuluh darah, sehingga bila kolesterol atau substansi *fat-like* lain terperangkap di arteri otak akan menghambat aliran darah otak, yang akhirnya dapat menyebabkan stroke. Selain itu, peningkatan stress juga dapat melemahkan dinding pembuluh darah sehingga memudahkan pecahnya pembuluh darah yang dapat menyebabkan pendarahan otak (Rohmah, 2015).

Kadar gula darah dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang memiliki kadar gula darah <139 mg/dL yaitu 15 orang (50%). Kadar gula darah sewaktu yang normal adalah di bawah 200 mg/dL. Jika kadar gula darah melebihi dari itu disebut hiperglikemia, maka orang tersebut dicurigai memiliki penyakit diabetes mellitus (Rohmah, 2015). Keadaan hiperglikemia dan berlangsung kronik dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. Keadaan pembuluh darah otak yang sudah mengalami aterosklerosis sangat berisiko untuk mengalami sumbatan maupun pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan timbulnya serangan stroke (Nastiti, 2012). Menurut study prospektif Basu *et al.*, (2012) Diabetes meningkatkan risiko stroke 1-3 kali lipat bila dibandingkan yang bukan penderita diabetes. Diabetes bukan faktor independen penyebab stroke. Namun pengendalian kadar gula darah dapat mengurangi komplikasi pada pembuluh darah yang nantinya akan berperan dalam kejadian stroke (Faisal, 2015). Pengendalian kadar gula darah dapat dilakukan dengan diit mengurangi makanan manis dan minuman bergula (Wardhana, 2011).

Kadar kolesterol darah dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang

memiliki kadar kolesterol darah <200 mg/dL yaitu 18 orang (60%). Menurut Yulianto dalam sebuah penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol total di atas 240 mg/dL. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Makin tinggi kolesterol, semakin besar kemungkinan dari kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak yang disebut dengan stroke (Junaidi, 2004). Hiperlipidemia bukan faktor independen penyebab stroke, namun dalam beberapa penelitian menyebutkan bahwa dengan menurunkan kadar kolesterol darah maka risiko untuk terkena stroke juga menurun (Faisal, 2015).

Kebiasaan merokok dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang memiliki kebiasaan merokok >20 batang/hari yaitu 22 orang (73,33%). Pada *The Physician Health Study*, suatu penelitian kelompok (cohort) yang bersifat prospektif pada 22.071 laki-laki, diperoleh data untuk perokok kurang dari 20 batang per hari risiko stroke sebesar 2,02 kali, perokok lebih dari 20 batang per hari risiko stroke 2,52 kali dibanding bukan perokok. Faktor risiko dari perkembangan aterosklerosis karena meningkatkan oksidasi lemak, dimana karbon monoksida diyakini sebagai penyebab utama kerusakan vaskuler, terbentuknya aneurisme penyebab pendarahan subaraknoid sedangkan iskemik terjadi akibat perubahan pada arteri karotis (Junaidi, 2004).

Riwayat penyakit jantung dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung yaitu 18 orang (60%). Menurut penelitian Nastiti (2012) Seseorang dengan penyakit jantung mendapatkan risiko untuk terkena stroke 3 kali lebih tinggi dari orang yang tidak memiliki

penyakit atau kelainan jantung. Penyakit atau kelainan pada jantung dapat mengakibatkan iskemia otak. Hal ini disebabkan oleh denyut jantung yang tidak teratur dan tidak efisien dapat menurunkan total curah jantung yang mengakibatkan aliran darah di otak berkurang. Selain itu juga dengan adanya penyakit atau kelainan jantung dapat terjadi pelepasan embolus (kepingan darah) yang kemudian dapat menyumbat pembuluh darah otak (Stroke trombosis).

Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden memiliki IMT >25,0 yaitu 21 orang (70%). Obesitas dapat menyebabkan terjadinya stroke lewat efek *snoring* atau mendengkur dan *sleep apnea*, karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak di otak (Junaidi, 2004). Diketahui juga efek dari obesitas adalah mempercepat aterosklerosis pada remaja dan dewasa muda (Faisal, 2015).

Aktifitas fisik dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang memiliki aktifitas fisik rendah yaitu 14 orang (46,67%). Orang yang memiliki aktivitas fisik yang tinggi dapat membuat lumen pembuluh darah menjadi lebih lebar dan lebih elastis. Oleh karena itu, darah dapat melalui pembuluh darah dengan lebih lancar tanpa jantung memompa darah lebih kuat. Proses aterosklerosis pun lebih sulit terjadi pada mereka yang memiliki lumen pembuluh darah yang lebih lebar.

Stress dapat mempengaruhi tingkat risiko seseorang terkena stroke juga. Pada penelitian ini sebagian besar responden yang memiliki perilaku santai yaitu 14 orang (46,67%). Stress akan mengalami gangguan fisik seperti gangguan pada organ tubuh menjadi hiperaktif dalam salah satu sistem tertentu, contohnya tekanan darah naik terjadi kerusakan jantung dan arteri (Hawari dalam Zulistiana 2009). Tingkat stress individu

salah satunya dapat kita lihat dari bagaimana perilaku dalam menghadapi masalah. Semakin perilaku individu mudah cemas maka *stress* akan sering muncul.

PENUTUP

Sopir bus di P.O Tentrem Singosari paling banyak memiliki tingkat risiko tinggi terserang stroke yaitu sebanyak 13 orang (43,33%), dilanjutkan dengan tingkat risiko sangat tinggi terserang stroke sebanyak 9 orang (30%), tingkat risiko sedang terserang stroke yaitu sebanyak 7 orang (23,33%), dan tingkat risiko rendah terkena stroke pada sopir bus di P.O Tentrem Singosari Kabupaten Malang yaitu sebanyak 1 orang (3,33%).

Sebaiknya responden melakukan upaya pencegahan primer untuk penyakit stroke melalui pengaturan pola makan dan gaya hidup yang seimbang seperti rutin berolahraga, mengurangi konsumsi makanan berlemak, garam dan cek kesehatan secara rutin.

Sebaiknya instansi pelayanan kesehatan lebih mensosialisasikan faktor risiko stroke beserta pencegahannya kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Stroke Association. (2012). *Stroke Risk Factors*, (online), (<http://www.stroke-association.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Stroke-Risk.jsp>, diakses pada 2 Januari 2016)
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Ary. (2015). *Gawat Mayoritas Sopir Bus Hipertensi*, (Online), (<http://www.malang-post.com/kota-malang/104610-gawat-mayoritas-sopir-bus-hipertensi>, diakses pada tanggal 20 Desember 2015)
- Candra, A. (2012). 10 Pekerjaan Berbahaya

- Bagi Jantung, (Online), (<http://www.tekno-kompas.com/read/2012/0409/14595815/10.pekerjaan.berbahaya.bagi.jantung>, diakses pada tanggal 20 Desember 2015)
- Faisal, H, *et al.* (2015). *Tingkat Faktor Risiko Stroke dengan Pengetahuan Masyarakat Terhadap Deteksi Dini Penyakit Stroke*. Universitas Lambung Mangkurat.
- Hirata, R.P, *et al.* (2012). General Characteristics and Risk Factors of Cardiovascular Disease among Interstate Bus Drivers. *The Scientific World Journal*
- Junaidi, I. (2004). *Panduan Praktis Pencegahan & Pengobatan Stroke*. Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.
- Musbyarini, K, *et al.* (2015). *Gaya Hidup Dan Status Kesehatan Sopir Bus Sumber Alam Di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah*. Institut Pertanian Bogor
- Nastiti, D. (2011). *Gambaran Faktor Resiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Krakatau Medika*. Universitas Indonesia.
- Sangadji, N.W dan Nurhayati. (2013). *Hipertensi Pada Pramudi Bus Transjakarta Di PT. Bianglala Metropolitan*. Universitas Indonesia.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan Edisi 1*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan Edisi 2*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Shin, S.Y, *et al.* (2013). Cardiovascular Disease Risk of Bus Drivers in a City of Korea. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*.
- Sunartono. (2012). *Stroke Ancam Sopir Bus Di Wonosari*. (Online), (<http://www.m-harianjogja.com/baca/2012/02/17/hasil-tesurin-stroke-ancam-sopir-bus-di-wonosari-163201>, diakses pada tanggal 20 Desember 2015)

IMPLEMENTASI SISTEM RUJUKAN IBU HAMIL DAN BERSALIN OLEH BIDAN POLINDES

Wandi

Poltekkes Kemenkes Malang, Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang

Email: wan.di64@yahoo.co.id

The Process of Implementing Pregnant and Laboring Women Referral System

Abstract: *This study was conducted to describe the process of implementing pregnant and laboring women referral system and factors that support or hinder the process of it. Research design was qualitative case study. Data collection technique use were interview, documentation and focus group discussion. Informant in this study consist of the head community health center, the midwife and patients. The sampling technique used was purposive sampling. The data was analyzed using content analyze techniques. The result illustrate health service as referral destination, cases, midwife brought, refferal pathways, accompanied, patient and family's prepare, transportation, and cost. Factors that affect the referral process: cost, patient, decision maker, hospital as referral destination, transportation, midwife competency, pasien's residence and community trust.*

Keywords: *refferal system, midwife, village maternity clinic*

Abstrak: *Penelitian ini dilakukan untuk mendiskripsikan proses implementasi sistem rujukan ibu hamil dan ibu bersalin oleh bidan Polindes di wilayah Kecamatan Dampit dan faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pada proses tersebut. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Tehnik pengumpulan data menggunakan wawancara, dokumentasi dan focus group discussion. Informan terdiri atas Kepala Puskesmas, Bidan dan Pasien. Pengambilan sampel dengan tehnik purposive sampling. Analisa data dengan analisa isi. Hasil penelitian menggambarkan tujuan rujukan, kasus yang dirujuk, perlengkapan yang dibawa bidan saat merujuk, jalur rujukan, pendamping, persiapan sebelum dirujuk, alat transportasi dan biaya. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses rujukan meliputi: biaya, pasien, pengambilan keputusan, rumah sakit yang dituju, transportasi, kompetensi bidan, status domisili pasien dan kepercayaan masyarakat.*

Kata Kunci: *sistem rujukan, bidan, polindes*

PENDAHULUAN

Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tertinggi Se-ASEAN. Jumlahnya mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Neonatus (AKN) adalah sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih jauh dari target nasional Millennium Development Goals (MDGs) tahun 2015 dimana AKI Indonesia diharapkan dapat terus menurun

hingga 102/100 ribu kelahiran hidup. Sementara untuk AKB diharapkan dapat terus ditekan menjadi 32/100 ribu kelahiran.

Berdasarkan Riskesdas 2010, masih cukup banyak ibu hamil dengan faktor risiko seperti, hamil di atas usia 35 tahun (27%). Hamil di bawah usia 20 tahun (2,6%), jumlah anak lebih dari 4 (11,8%), dan jarak antar kelahiran kurang dari 2 tahun. Menurut Depkes penyebab kematian maternal di Indonesia adalah perdarahan (42%), eklamsia (13%), komplikasi abortus (11%), infeksi (10%), dan persalinan lama (9%).

Faktor resiko dalam kehamilan merupakan keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi

ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi dimana kehamilan tersebut memiliki resiko besar, baik ibu maupun janinnya bisa terjadi kematian sebelum dan sesudah persalinan. Faktor penyebab kehamilan dengan resiko dibagi menjadi dua yaitu faktor non medis dan faktor medis, yang tergolong dalam faktor non medis diantaranya adalah kemiskinan, ketidaktahuan, adat, tradisi, kepercayaan, status gizi buruk, status ekonomi rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang serba kekurangan. Sedangkan penyebab dari faktor medis adalah penyakit-penyakit ibu dan janin, kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi janin, penyakit neonatus dan kelainan genetik.

Proses persalinan memerlukan segenap kemampuan baik tenaga maupun pikiran. Banyak ibu hamil dapat melalui proses persalinan dengan lancar dan selamat, namun banyak pula persalinan menyebabkan terjadinya komplikasi baik pada ibu maupun bayinya. Komplikasi persalinan adalah suatu keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi, sehingga perlu dilakukan upaya penyelamatan jiwa ibu dan bayi sesuai dengan kegawatdaruratannya melalui sistem rujukan.

Sistem rujukan meliputi alih tanggungjawab timbal balik, meningkatkan sistem pelayanan ke tempat yang lebih tinggi dan sebaliknya sehingga penanganannya menjadi lebih adekuat. Banyak faktor yang mempengaruhi rujukan, seperti pendidikan masyarakat, kemampuan sosial ekonomi, dan jarak tempuh yang harus dilalui. Untuk dapat mencapai pelayanan yang lebih tinggi merupakan kendala yang sulit diatasi serta menjadi penyebab terlambatnya pertolongan pertama yang sangat diperlukan. Sistem rujukan maternal dapat berjalan, dibutuhkan penyusunan

strategi rujukan yang sesuai dengan kondisi masyarakat setempat.

Menurut Saifuddin (2001) beberapa hal yang harus diperhatikan dalam merujuk kasus gawat darurat meliputi stabilisasi penderita, tatacara memperoleh transportasi, penderita harus didampingi oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan surat rujukan. Keterlambatan rujukan ibu hamil/bersalin dengan resiko dan proses rujukan yang tidak sesuai dengan tatalaksana rujukan dapat mengakibatkan kondisi ibu bersalin dan bayinya dalam keadaan yang lebih kritis sewaktu tiba di rumah sakit rujukan, sehingga penyelamatan ibu dan bayi semakin sulit dilakukan, dan pertolongan persalinan harus dilakukan dengan tindakan konservatif yaitu dengan persalinan *sectio caesaria*. Selain hal tersebut keterlambatan proses rujukan seringkali menyebabkan kematian ibu dan bayinya. Keterlambatan ini dapat disebabkan oleh sistem transportasi dan kondisi geografis yang kurang mendukung, terutama yang dilakukan oleh bidan di Polindes.

Wilayah Kecamatan Dampit yang terletak kurang lebih berjarak 50 Km dari kota Malang memiliki wilayah yang terdiri dari 1 kelurahan dan 11 desa. Untuk pelayanan kesehatan pemerintah wilayah Kecamatan Dampit di layani oleh 2 unit Puskesmas yaitu Puskesmas Dampit dan Puskesmas Pamotan. Wilayah Kecamatan Dampit mempunyai kondisi geografis yang sebagian besar pegunungan dengan kondisi sarana jalan yang belum semuanya ber-aspal, untuk mencapai desa-desa hanya 6 desa yang terdapat sarana transportasi umum, sedangkan yang lainnya masih dengan sarana transportasi ojek. Masing-masing desa telah memiliki sarana Polindes dengan minimal terdapat satu orang tenaga bidan Polindes. Tingkat sosial ekonomi masyarakat sebagian besar menengah kebawah dengan penduduk sebagian besar beretnis Jawa dan Madura.

Tujuan dari penelitian ini adalah: 1) mendeskripsikan proses rujukan ibu hamil dan ibu bersalin oleh bidan Polindes di wilayah Kecamatan Dampit, 2) mendeskripsikan faktor-faktor yang mempengaruhi proses rujukan ibu hamil dan ibu bersalin oleh bidan Polindes.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pendekatan studi kasus dimaksudkan untuk mempelajari secara intensif tentang latar belakang keadaan dan posisi saat ini, serta interaksi lingkungan unit sosial tertentu yang bersifat apa adanya.

Pada penelitian ini akan mendeskripsikan implementasi sistem rujukan ibu hamil dan ibu bersalin oleh bidan Polindes di wilayah Kecamatan Dampit. Peneliti menganalisa secara mendalam gambaran proses sistem rujukan ibu hamil dan ibu bersalin oleh bidan Polindes serta faktor yang mendukung dan menghambat terhadap proses tersebut.

Lokasi penelitian di wilayah Kecamatan Dampit Kabupaten Malang. Dasar pertimbangan wilayah kecamatan Dampit memiliki 11 Desa dan 1 kelurahan dengan kondisi geografis pegunungan sampai wilayah pantai selatan, sarana jalan yang belum semuanya beraspal, kondisi sosial ekonomi masyarakat sebagian besar menengah ke bawah dengan etnis Jawa dan Madura.

Subyek Penelitian atau Informan dalam penelitian ini adalah orang-orang yang dapat memberikan informasi secara aktual tentang proses rujukan ibu hamil dan ibu bersalin oleh Bidan Polindes, yang terdiri dari: Bidan Polindes, Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator (Bikor), Ibu hamil dan Ibu bersalin yang pernah dirujuk

Teknik sampling digunakan *purposive sampling*. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam, dokumentasi dan *Focus*

Group Discussion. Untuk uji keabsahan data dengan menjaga kredibilitas data yang dilakukan dengan triangulasi sumber dan triangulasi metode.

Analisa data menggunakan analisa data deskriptif menurut Miles dan Huberman melalui tiga cara yaitu reduksi data, display data dan penarikan kesimpulan.

HASIL PENELITIAN

Tempat penelitian adalah di Kecamatan Dampit Kabupaten Malang. Secara geografis terletak di sebelah tenggara Kota Malang dengan jarak dari kota Malang sekitar 36 Km. Batas wilayah sebelah utara dengan Kecamatan Wajak, selatan dengan Kecamatan Sumber Manjing, timur dengan Kecamatan Tirtoyudo, sebelah barat dengan Kecamatan Turen. Luas wilayah 135.300 km². Jumlah Penduduk 144.090 Jiwa.

Keadaan daerah dengan topografi sebagian merupakan dataran dan pegunungan dengan ketinggian 300-460 meter diatas permukaan laut, dengan kemiringan kurang dari 40%. Curah hujan rata-rata 1.419 mm setiap tahun.

Struktur wilayah administrasi terdiri dari 1 kelurahan dan 11 desa. Sarana Puskesmas terdapat 2 Puskesmas yaitu Puskesmas Dampit dan Puskesmas Pamotan. Masing-masing Puskesmas melayani 6 Desa/kelurahan. Puskesmas Dampit memiliki 2 puskesmas Pembantu (Pustu) dan 5 Pondok Bersalin Desa (Polindes). Sementara Puskesmas Pamotan memiliki 6 Polindes. Masing-masing Polindes dan Pustu terdapat satu orang bidan.

Dalam implementasi sistem rujukan ibu hamil dan ibu bersalin di Kecamatan Dampit ditemukan beberapa hal seperti ditunjukkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran Implementasi Rujukan Ibu Hamil dan Bersalin

| No | Temuan |
|-----|---|
| 1. | Keberadaan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) rujukan sudah ada yaitu SOP untuk di tingkat Puskesmas, sedangkan di tingkat Puskesmas Pembantu atau di Pondok bersalin Desa belum tersedia secara khusus |
| 2. | Rujukan yang dilakukan oleh Polindes dan Puskesmas setiap bulan cukup banyak |
| 3. | Fasilitas pelayanan yang menjadi tujuan rujukan adalah Puskesmas/Rumah Sakit Pemerintah, Rumah sakit swasta dan dokter spesialis yang ada di kota dan Kabupaten Malang. Tujuan rujukan dengan mempertimbangkan asuransi kesehatan yang dimiliki, keinginan pasien dan tingkat kegawatan penyakitnya. |
| 4. | Kasus yang dilakukan rujukan adalah mengacu pada standar penapisan 18 indikasi rujukan ibu bersalin. |
| 5. | Perlengkapan yang dibawa bidan pada saat merujuk adalah set alat sesuai dengan kasusnya, oksigen, infuse set, obat-obat emergensi, SOP penanganan awal rujukan. |
| 6. | Jalur rujukan bisa dari polindes ke Puskesmas, dari Polindes ke Rumah sakit, dari polindes ke dokter spesialis, dari polindes ke Puskesmas lalu ke rumah sakit. |
| 7. | Pendamping pasien pada saat dirujuk adalah bidan, keluarga pasien, sopir ambulans. |
| 8. | Tindakan yang dilakukan bidan sebelum dirujuk adalah memberi penanganan awal pra rujukan sesuai dengan protap. |
| 9. | Yang dipersiapkan oleh pasien dan keluarga pada saat rujukan adalah perlengkapan pasien dan keluarga seperti pakaian, alat mandi, dan lain-lain. Sedangkan yang berhubungan dengan pembiayaan bagi pasien peserta asuransi dipersiapkan kartu asuransi, KTP, KK. Sedangkan untuk pasien umum harus dipersiapkan biaya (uang) yang diperlukan. |
| 10. | Alat transportasi yang digunakan adalah kendaraan milik pribadi, kendaraan milik bidan, ambulans desa, ambulans Puskesmas, ambulans milik Rumah Sakit yang dituju. |
| 11. | Pendokumentasian rujukan meliputi rekam rujukan, resume pasien, bukti pelayanan ambulans, surat rujukan, SPPD, <i>Inform consent</i> , lembar partograf. |
| 12. | Biaya dalam proses rujukan disesuaikan dengan asuransi yang dimiliki (BPJS), dan pasien umum (biaya sendiri), sedangkan untuk biaya transportasi ditanggung oleh jampersal baik pasien BPJS maupun pasien umum |
| 13. | Faktor-faktor yang mempengaruhi proses rujukan meliputi: Biaya, pasien, pengambilan keputusan, rumah sakit yang dituju, transportasi, kompetensi tenaga bidan yang merujuk, status domisili pasien, kepercayaan masyarakat. |

PEMBAHAS

Keberadaan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) rujukan diperoleh data sesuai dengan hasil FGD sebagai berikut Semua Polindes dan Puskesmas telah memiliki SOP rujukan, tetapi SOP yang digunakan antara di Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Polindes sama. (FGD, 2016). Dari dokumen diperoleh bahwa isi dari SOP tersebut meliputi nomor dokumen, tanggal terbit, jumlah halaman,

pengertian, tujuan kebijakan, referensi prosedur/langkah-langkah, unit yang terkait. SOP ini sangat diperlukan agar proses rujukan dapat berjalan dengan baik dan tepat sebagaimana yang disampaikan oleh Depkes RI (2006) bahwa Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan *maternal dan neonatal* mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan

kewenangan fasilitas pelayanan.

Berdasarkan data-data diatas maka dapat disimpulkan bahwa keberadaan Standar Operasional dan Prosedur (SOP) rujukan sudah ada yaitu SOP sistem rujukan Nomor Dokumen: SOP/UKM/VII-02/2015. SOP ini untuk di tingkat Puskesmas, sedangkan di tingkat Pustu atau di Polindes belum tersedia secara khusus, sehingga untuk SOP di Pondok Bersalin Desa dan di Puskesmas Pembantu sama dengan yang digunakan di Puskesmas.

Banyaknya rujukan yang dilakukan oleh Polindes dan Puskesmas setiap bulan sebagaimana yang disampaikan oleh informan rata-rata berbeda pada tiap-tiap wilayah. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Rata-rata sebulan 20 dengan 70% kasus ibu dan 30 % kasus bayi” (Bikor A6).

“Kurang lebih 10 pasien” (Bides A6),

“Kurang lebih 5 orang” (Bides C6),

“Kurang lebih 36” (Bides G6).

Dari 12 bidan desa, merujuk kasus-kasus maternal neonatal berkisar antara 5 sampai dengan 36 kasus tiap tahun, dari setiap Polindes yang paling banyak setiap tahun sekitar 10 kasus rujukan. Tentunya angka ini cukup besar. Dengan besarnya kasus-kasus rujukan ibu hamil dan ibu bersalin bila tidak dilaksanakan dengan baik dan dengan prosedur yang tepat tentunya akan berdampak kepada tingginya angka kematian bayi maupun angka kematian ibu.

Fasilitas pelayanan yang menjadi tujuan rujukan seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“RSUD, Puskesmas, RS swasta, RSBK, Benmari” (Bides A7),

“Untuk rujukan maternal ke Puskesmas, Rumah sakit, Dokter spesialis” (Bides F7, Oktober 2016),

“Rujukan maternal ke RSUD Kanjuruhan, Ben Mari, RS Permata Hati” (Bides

G7).

Sebagai pertimbangan pemilihan tempat rujukan tersebut adalah dengan mempertimbangkan asuransi kesehatan yang dimiliki, keinginan pasien dan tingkat kegawatan penyakitnya. Sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Kalau dari desa atau dari bidan dirujuk ke Puskesmas, kemudian dari Puskesmas dirujuk ke rumah sakit sesuai dengan status asuransi dan keinginan pasien. Kalau pasien BPJS ke RS Bokor, RSI dan RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Kalau pasien umum sesuai dengan keinginan dan tingkat kegawatan pasien” (Bikor A7).

Hal ini sesuai dengan struktur Sistem kesehatan dan pola rujukan yang dikemukakan oleh Sherris (1999) bahwa bidan desa dapat merujuk pasien ke Puskesmas, ke dokter umum, dokter ahli kebidanan, ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

Secara geografis wilayah Kecamatan Dampit terletak di sebelah tenggara Kota Malang dan Sebelah Timur Kota Kepanjen. Waktu tempuh dari Kecamatan Dampit ke Kota Malang maupun ke Kota Kepanjen berkisar antara 1 jam sampai dengan 2 jam perjalanan. Bila melihat tentang wilayah cakupan rujukan maka semua fasilitas pelayanan rujukan yang menjadi tujuan rujukan semuanya dapat ditempuh maksimal 2 jam.

Angka kematian ibu maupun bayi dapat ditekan dengan rujukan kegawatan ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang terjangkau sebagaimana yang dikemukakan oleh Depkes (2009) bahwa efektifitas pelayanan kebidanan dalam menurunkan kematian ibu juga tergantung pada kesediaan infrastruktur pelayanan kesehatan yang memberikan fasilitas untuk konsultasi dan rujukan bagi ibu yang memerlukan pelayanan obstetri gawat.

Dapat disimpulkan bahwa fasilitas pelayanan yang menjadi tujuan rujukan adalah Puskesmas/

Rumah Sakit Pemerintah seperti Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kepanjen, Rumah sakit swasta antara lain Rumah Sakit Bala Keselamatan Turen, Rumah Sakit Permata Hati Malang, Rumah Sakit Ben Mari Malang, Rumah Sakit Islam Gondang legi, Rumah Sakit Wafa Husada Kepanjen dan dokter spesialis yang ada di kota dan Kabupaten Malang.

Kasus yang dilakukan rujukan sesuai dengan yang disampaikan oleh informan bidan koordinator dan bidan desa berikut ini:

“Untuk maternal HPP, preeklamsi, riwayat kesehatan ibunya misalnya DM, hepatitis, ginjal, jantung, kita sudah punya SPR (Skor Puji Rochjati), begitu SPR diatas sepuluh langsung dirujuk, kalau SPR 6-10 masih di observasi disini sama penapisan. Ada 1 tanda penapisan langsung kita rujuk” (Bikor B8).

“Kasus ibu eklamsi, pre eklamsi, perdarahan, KPD jenis penyakit ibu. Yang paling banyak bekas SC” (Bikor A8)

“PRM, letak sungsang, PEB, retensio plasenta, HPP, Post date” (Bides A8)

Juga jawaban informan dari pasien berikut ini:

“Karena perdarahan pada usia kehamilan 7 bulan” (Pasien A8)

“Karena anak saya kembar” (Pasien C8).

Kasus-kasus yang dirujuk sudah sesuai dengan indikasi penapisan ibu hamil dan ibu bersalin yang meliputi 18 jenis kasus yaitu : 1) riwayat seksio sesaria, 2) perdarahan per vagina, 3) persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu), 4) ketuban pecah dengan mekonium yang kental, 5) ketuban pecah lama (lebih kurang 24 jam), 6) ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu), 7) ikterus, 8) anemia berat, 9) tanda/gejala infeksi, 10) preeklamsi/hipertensi dalam kehamilan, 11) tinggi fundus 40 cm atau lebih, 12) gawat janin, 13) primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih

5/5, 14) presentasi bukan belakang kepala, 15) kehamilan gimeli, 16) presentasi majemuk, 17) tali pusat menumbung, 18) Syok. Dapat disimpulkan bahwa kasus yang dilakukan rujukan adalah mengacu pada standar penapisan 18 indikasi rujukan ibu bersalin.

Pada saat merujuk pasien, bidan membawa perlengkapan dan peralatan sesuai dengan kebutuhan, baik itu alat, obat dan surat, sesuai dengan penjelasan dari beberapa informan berikut ini:

“Perlengkapannya terdiri dari 1 tas paket rujukan, ambulan, rujukan maternal neonatal, SOP penanganan awal rujukan.” (Bikor A9).

“Perlengkapan yang dibawa maternal set itu isinya tentang set kegawat daruratan seperti Set pre eklamsi, set HPP kita bawa sama obat-obatan emergensinya, kita punya satu kotak, dan partus set, O₂ di ambulan. Infus jelas sdh masuk beserta surat rujukannya apakah dia pasien BPJS atau pasien umum” (Bikor B9).

“Alat yang dibawa adalah Alat Partus set, hecing set, RL, stetoskop, tensimeter, spuit. Obat oksitoksin, metergin, lidokain, cairan infus” (Bides A9)

“Partus set, O₂, resusitasi maternal set, infus set, kasa, tensi, dopler, stetoskop, obat oksitoksin, metergin, MgSO₄, cairan infus” (Bides B9).

Dari keterangan yang diberikan oleh beberapa informan tersebut sejalan dengan Asuhan Persalinan Normal (2013) yang menyatakan bahwa pada saat merujuk bidan membawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.

Disamping alat dan obat-obatan yang dibawa pada saat merujuk juga disertai dengan

surat rujukan sebagaimana yang telah diungkapkan oleh beberapa informan diatas. Hal ini juga sesuai dengan Asuhan persalinan Normal (2013) bahwa pada saat merujuk juga disertai dengan surat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan. Berdasarkan dokumen yang ditemukan/ditunjukkan oleh informan bahwa surat rujukan tersebut memuat tentang identitas pengirim, identitas pasien, pemeriksaan awal pada saat datang di puskesmas, alasan dirujuk, penatalaksanaan sebelum dirujuk, pemeriksaan fisik sesaat sebelum dirujuk.

Dapat disimpulkan bahwa alat-alat yang dibawa meliputi *infuse set*, alat pertolongan persalinan, *dopler*, oksigen, *hecting set*, tensi meter, *stethoscope*. Obat-obatan yang dibawa diantaranya oksitoksin, metergin, $MgSO_4$, cairan infus, dan obat-obat *emergency* yang lain. Alat dan obat tersebut sudah berada didalam satu set tas sesuai dengan kasus rujukan.

Perlengkapan yang dibawa/ dipersiapkan oleh pasien dan keluarga pada saat rujukan sesuai dengan yang disampaikan oleh beberapa informan berikut:

“Uang, perlengkapan bayi, perlengkapan ibu, surat-surat bila punya kartu seperti BPJS berupa KK, KTP, kartu BPJS” (Bides C13)

“Menyiapkan barang bawaan seperti baju ibu, bayi, uang, menyiapkan donor darah jika dibutuhkan sewaktu-waktu” (Bides G13).

“Baju ibu, baju bayi, uang, selimut” (Pasien C13).

“Perlengkapan bayi, perlengkapan ibu, uang” (Pasien D13)

Sedangkan yang berhubungan dengan pembiayaan bagi pasien peserta asuransi dipersiapkan kartu asuransi, KTP, KK.

Sedangkan untuk pasien umum harus dipersiapkan biaya (uang) yang diperlukan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Yang dipersiapkan asuransi, BPJS, KTP, KK, keluarga dan alat-alat yang diperlukan” (Bikor A13)

“Otomatis persyaratan seperti, KK, KTP, kartu BPJS nya. Kalau pasien umum kita KIE tentang dananya. Sekarang kan ada jam-persal, kalau dulu untuk persalinan tetapi mulai tahun 2016 ini untuk klem transportasi aja sehingga untuk ambulans biaya ke rumah sakit itu gratis. Tentunya rujukan yang ada hubungannya dengan kasus kegawat daruratan maternal neonatal” (Bikor B13)

“Yang dibawa adalah uang, bila ada BPJS persyaratan BPJS harus dibawa, perlengkapan ibu” (Bides B12).

“Yang dibawa yaitu selimut, termos, uang, baju ganti” (Pasien A13).

“ Yang dibawa perlengkapan baju bayi, ibu dan uang” (Pasien K13, Nopember 2016)

Dari informasi tersebut keluarga sebelum berangkat perlu menyiapkan peralatan untuk pasien yang meliputi peralatan mandi, peralatan makan-minum, peralatan tidur, surat-surat yang terdiri dari surat/kartu asuransi/BPJS KTP, Kartu keluarga, uang untuk keperluan biaya. Sebagaimana yang tertulis di Asuhan Persalinan Normal, (2013) bahwa bidan harus mengingatkan keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk biaya, membeli obat-obatan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

Kesimpulannya bahwa perlengkapan yang dibawa/ dipersiapkan oleh pasien dan keluarga pada saat rujukan adalah perlengkapan pasien dan keluarga seperti pakaian ibu, pakaian bayi alat mandi, dan lain-lain

Jalur Rujukan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Ada yang dari desa kesini dan ke rumah sakit, ada yang langsung dari bidan desa langsung ke rumah sakit. Proses dari bidan desa ke puskesmas untuk neonatal. Bila ada persalinan terjadi kegawatan neonatal biasanya dari bidan desa membuat rujukan ke puskesmas kemudian di Puskesmas diberikan pelayanan gawat darurat kemudian langsung rujuk ke rumah sakit” (Bikor B10)

“Dikelompokkan yang masuk resiko tinggi dari polindes dirujuk ke Puskesmas mulai dari kehamilan untuk diperiksa ANC terpadu, HIV hepatitis, lab rutin darah, kencing. Kalau membutuhkan segera ditangani penanganan pra rujukan” (Bikor A10)

Menurut Sherris (1999) bahwa seorang bidan di Polindes dapat merujuk pasien maternal ke Puskesmas, ke Rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit Swasta, ke dokter spesialis/umum.

Kesimpulannya adalah jalur rujukan yang dilakukan oleh bidan Polindes adalah bisa dari polindes ke Puskesmas, dari Polindes ke Rumah sakit, dari polindes ke dokter spesialis, dari polindes ke Puskesmas lalu ke rumah sakit.

Proses rujukan yang dilakukan berdasarkan dokumen SOP rujukan pada prosedur/langkah-langkah yang harus dilakukan. Sebagai pelaksanaan dari SOP tersebut beberapa informan menyampaikan:

“Disiapkan surat, alat obat dan transportasi. Sebelum berangkat telpon ke rumah sakit yang dituju. Siapkan keluarga, asuransi yang dipunyai, alat dan perlengkapan rujukan. Kalau bersalin partus set, infus set, perlengkapan bayi neonatal. Setelah telpon juga SMS si jari emas untuk merekam data rujukan. Isi sms: identitas, penanganan dan diagnosa. Setelah terekam di server rumah sakit nanti mendapat balasan” (Bikor A10)

“Bila ada persalinan terjadi kegawatan neonatal biasanya dari bidan desa membuat

rujukan ke puskesmas kemudian di puskesmas diberikan pelayanan gawat darurat kemudian langsung rujuk ke rumah sakit. Kerumah sakitnya ini kita tawarkan ke penderita dengan melihat kasusnya maunya ke rumah sakit mana. Disarankan untuk ke rumah sakit yang ada nicunya. Untuk sementara di kabupaten malang yg ada NICU di RS kanjuruhan dan wafa husada. Tetapi apabila ditemukan gawat tetapi tdk perlu NICU tergantung dia sebagai peserta BPJS, KISS, atau yang lainnya, rata-rata rumah sakit sudah bekerjasama dgn BPJS misalnya RS Bokor, RSI Gondanglegi, Wafa, Ben Mari. Kadang-kadang pasien ngarani sekarang ... bu saya minta yang cepet saja. Untuk maternal juga sama pelayanan juga seperti itu. Sebelum merujuk kita koordinasi dengan rumah sakitnya bisa menerima atau tidak. Biasanya kalau tidak telpon dulu kita disalahkan. Kita ceritakan pasiennya dari puskesmas ini dengan kasus ini pasien BPJS atau pasien umum kita ceritakan dengan kondisi pasien, disana nanti kan sudah siap begitu pasien datang langsung penanganan di rumah sakit” (Bikor B10).

“Setiap merujuk pasien harus sesuai dengan kondisi (kasus) sesuai dengan 18 penapisan gawat darurat untuk pasien bumil juga pada ibu post partum. Menjelaskan kepada pasien, suami, keluarga tentang kondisi pasien kenapa harus dirujuk. Menanyakan jenis pembayaran (mengikuti JKN atau umum,..... Bila mengikuti JKN perlu disiapkan KK, KTP. Menjelaskan Rumah sakit yang menerima rujukan dengan kartu BPJS dan menentukan pilihan sesuai permintaan pasien. Membuat informed consent, Menentukan kendaraan yang akan dipakai merujuk sesuai dengan pilihan pasien. Siap mengantar rujukan. Membuat rujukan ke RS. Menyipkan transportasi. Memutuskan siapa saja yang akan ikut. Bidan

menyiapkan peralatan yang akan dibawa serta siap merujuk pasien dengan sistem BAKSOKU” (Bides A10)

“Pasien datang dilakukan pemeriksaan, KIE keluarga mau dibawa ke rumah sakit mana?. Menjelaskan apa penyebab dirujuk, keadaan ibu dan bayi. Kalau pasien punya KISS/ BPJS disarankan ke Puskesmas dulu baru ke Rumah sakit. Kalau pasien umum bisa memilih sendiri rumah sakit yang dituju. Kalau sudah mendapat persetujuan pasien diinfus, telepon rumah sakit, pasien dirujuk dengan BAKSOKU, bidan mendampingi sampai rumah sakit dan operan di rumah sakit yang dituju” (Bides K).

Setelah menelaah hasil wawancara yang dilakukan terhadap informan bidan koordinator dan bidan desa menunjukkan bahwa bidan desa telah berupaya untuk menjalankan SOP yang sudah dibuat. Hanya saja SOP yang ada di Puskesmas dan yang ada di Pustu atau Polindes sama. Padahal dalam implementasinya agak berbeda. Misalnya khusus untuk peserta BPJS pasien tidak bisa langsung dibawa ke rumah sakit, tetapi harus mengurus dulu atau dirujuk dulu ke Puskesmas untuk memenuhi persyaratan administrasi. Contoh yang lain berkaitan dengan transportasi, kalau di Puskesmas ambulan Puskesmas sudah siap setiap saat, tetapi bila di Polindes prosedur memperoleh alat transportasi agak berbeda sehingga sebaiknya SOP untuk di Puskesmas dan di Polindes dibedakan.

Pendamping pasien pada saat dirujuk terdiri dari 2 kategori, yaitu petugas dan keluarga. Petugas yang mendampingi pasien pada saat dirujuk adalah sopir dan bidan. Jumlah bidan yang merujuk tergantung dari tingkat kegawatan pasien. Jika pasiennya tidak terlalu gawat cukup didampingi oleh satu orang bidan tetapi bila pasien sangat gawat misalnya pada pasien perdarahan didampingi oleh 2 bidan. Hal ini sebagaimana yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

“ Yang mendampingi otomatis supir ambulan, bidan, dan keluarga. Tetapi bila kasus pre eklamsi itu harus dua bidan yang mendampingi. Satu mendeteksi ibu dan satu mendeteksi janinnya. Takutnya nanti kalau di perjalanan ada reaksi kejang tidak bisa kalau hanya satu bidan. Ini untuk pre eklamsi dengan HPP dengan Hb 4 kemarin itu. Satu untuk kompresi bimanual dan satu untuk TTV nya itu.” (Bikor B11)

“Yang mendampingi Suami, bidan dan keluarga” (Bides W11)

“Yang mendampingi Suami, ibu, ayah dan bidan” (Pasien E11)

Selain petugas pendamping pasien pada saat dirujuk adalah keluarga. Adapun keluarga yang biasanya mendampingi pasien dirujuk adalah suami, ayah atau ibu dari pasien. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Yang mendampingi Suami dan orang tua” (Pasien H11)

Ada juga pasien yang dirujuk selain didampingi oleh bidan dan keluarga juga didampingi oleh dukun. Seperti ungkapan dari informan berikut ini:

“ Suami, bidan dan mbah dukun” (Pasien L11)

Pendampingan oleh petugas terhadap pasien ini sangat diperlukan untuk memberi perawatan dan pertolongan jika terjadi sesuatu di dalam perjalanan. Disamping petugas peran dari keluarga juga sangat penting untuk memberikan dorongan psikologis kepada pasien selama dalam perjalanan. Hal ini sesuai dengan prinsip dasar merujuk menurut Saifudin, (2011) yang mengatakan bahwa penderita harus didampingi oleh tenaga yang terlatih (dokter/bidan/perawat) sehingga cairan infus intravena dan oksigen dapat terus diberikan.

Namun demikian ada juga pasien yang berangkat sendiri bersama keluarga karena pasien bukan merupakan pasien gawat seperti yang diungkapkan oleh pasien dengan kehamilan

letak lintang berikut ini:

“Dijelaskan posisi bayi dan diberi surat rujukan, karena belum ada pembukaan jadi berangkat sendiri” (Pasien I10)

Tindakan yang dilakukan bidan sebelum dirujuk adalah memberi penanganan awal pra rujukan sesuai dengan protap. Penanganan awal yang dilakukan juga bisa dilaksanakan atas petunjuk dari Rumah Sakit yang dituju. Dalam proses rujukan sebelum merujuk pasien, bidan akan menelepon rumah sakit tujuan, kemudian rumah sakit tujuan ada yang memberi instruksi-instruksi berupa tindakan yang harus dilakukan oleh bidan dalam kegiatan penanganan pra rujukan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Tindakan pasien sebelum dirujuk: pasang infus, memberikan tindakan sesuai dengan protap diagnosa atau advis dokter saat kolaborasi” (Bides E12)

Tindakan yang umum dilakukan sebelum pasien dirujuk adalah tindakan stabilisasi yang meliputi: pasang infus, pasang oksigen. Seperti yang disampaikan oleh bidan Polindes berikut ini:

“Pemeriksaan pasien terutama TTV, infus, bila perlu O₂, kasus PEB Mg So4 injeksi, kateterisasi” (Bides B12).

“Menginfus, melakukan pemeriksaan, dj, TD, N, Suhu dan pemeriksaan dalam atau VT” (Bides C12).

“Melakukan KIE tentang kondisi pasien, melakukan pemasangan infus, pemasangan kateter, pemasangan O₂ tergantung kasus” (Bides G12)

Tindakan tersebut sesuai dengan tindakan stabilisasi bagi pasien kegawatdaruratan sebelum dilakukan rujukan. Stabilisasi penderita dengan cepat dan tepat sangat penting (*essensial*) dalam menyelamatkan kasus gawat darurat, tidak peduli jenjang atau tingkat pelayanan kesehatan. Stabilisasi pasien secara cepat dan tepat serta kondisi yang memadai akan sangat membantu

pasien untuk ditangani secara memadai ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap dalam kondisi seoptimal mungkin. Elemen-elemen penting dalam stabilisasi pasien adalah : menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki fungsi sistem respirasi dan sirkulasi, menghentikan sumber perdarahan, mengganti cairan tubuh yang hilang, mengatasi rasa nyeri atau gelisah (Depkes, 2008).

Dalam pelaksanaan rujukan pendokumentasian yang dilakukan beberapa informan menyatakan sebagai berikut:

“Dokumen rujukan, rekam rujukan, resume pasien, bukti pelayanan ambulan, surat rujukan maternal atau neonatal” (Bikor A14).

“Ini ada statusnya pak... Ada rujukan dan pra rujukan. Walaupun pasien umum juga perlu sppd unt klem transportasi tadi. Lembar paragraf juga disertakan. Inform consent untuk dilakukan rujukan kalau memang keluarganya menolak atau setuju” (Bikor B14).

“Surat rujukan, lembar observasi, partograf, inform consent, catatan laporan” (Bides B14).

“Mengisi blanko lembar observasi, mengisi partograf, membuat informed consent, mengisi pencatatan laporan pasien” (Bikor C14)

Hal ini sesuai dengan Saifudin (2011) yang berbunyi surat rujukan harus disertakan yang mencakup riwayat penyakit, penilaian kondisi pasien yang dibuat pada saat kasus diterima perujuk. Tindakan atau pengobatan telah diberikan, keterangan lain yang perlu dan yang ditemukan berkaitan dengan kondisi pasien pada saat masih dalam penanganan nakes pengirim rujukan.

Kesimpulannya adalah pendokumentasian rujukan meliputi rekam rujukan, resume pasien, bukti pelayanan ambulan, surat rujukan, SPPD, *Informed consent*, lembar partograf, Buku KIA.

Sumber pembiayaan dalam proses rujukan tergantung dari jenis asuransi yang dimiliki (BPJS) dan pasien umum. Untuk Pasien BPJS tidak membayar/ dapat di klaim oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada BPJS dengan melengkapi administrasi berupa foto copy kartu BPJS, KK dan KTP pasien. Sedangkan untuk pasien umum dengan membayar langsung kepada fasilitas pelayanan sesuai tarif atau Perda yang berlaku. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Pembiayaan sesuai dengan perda kecuali BPJS tidak bayar, nanti di klem. Bila tidak BPJS tetapi tidak mampu nanti kebijakan Puskesmas” (Kapus A15)

“Ada pasien BPJS dan pasien umum. Untuk pasien BPJS dengan melengkapi administrasi. Sedangkan untuk pasien umum dilakukan biaya sendiri oleh pasien dan keluarganya” (Bikor B15).

“Pembiayaan untuk pelayanan sesuai dengan asuransi yang dimiliki, sedangkan untuk pasien umum membayar sesuai dengan tarif RS” (Bikor A15).

“Pasien umum membayar secara umum tindakan dan transportasi. Pasien BPJS atau KISS pasien tidak membayar dengan mengumpulkan fotocopy kartu BPJS, KK, KTP” (Bides K15)

Sedangkan untuk biaya transportasi baik dari polindes ke Puskesmas atau dari polindes ke Rumah sakit dapat di klaim kepada Jampersal dengan melengkapi fotocopy KK dan KTP sebagaimana yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Sekarang kan ada jampersal, kalau dulu untuk persalinan tetapi mulai thn 2016 ini untuk klem transportasinya aja sehingga untuk ambulan biaya ke rumah sakit itu gratis. Tentunya rujukan yang ada hubungannya dengan kasus kegawat daruratan maternal neonatal” (Bikor B13).

Dengan jaminan tersebut maka semua

transportasi rujukan maternal neonatal baik pasien umum maupun BPJS biayanya ditanggung oleh jampersal.

Teknis pembayaran kasus rujukan bagi pasien yang menggunakan asuransi (BPJS) hanya melengkapi syarat administrasi berupa foto copy kartu BPJS, KK, dan KTP. Sedangkan untuk pasien umum/ biaya sendiri dengan cara membayar kontan kepada bagian kasir Puskesmas/ Rumah Sakit sesuai dengan perincian yang dikeluarkan oleh bagian perawatan di Rumah sakit. Kemudian ada beberapa bidan yang menalangi dahulu pembayaran ke Rumah Sakit, kemudian setelah pasien pulang mengganti kepada bidan. Hal ini sesuai dengan informan berikut ini:

“Proses pembayaran untuk di rumah sakitnya dibayarkan dulu oleh bu bidan, baru pulangnyanya saya bayar di rumah bu bidan” (Pasien K15)

Transportasi yang digunakan dalam proses rujukan sesuai dengan penyampaian beberapa informan berikut ini:

“Transportasi ditawarkan pakai mobil yang biasanya merujuk milik penduduk, mobil bidan atau mobil milik pasien sendiri” (Bides A17)

“Ada ambulan desa yang sudah ditunjuk oleh kepala Desa yang siap mengantar pasien ke Rumah sakit” (Bides B17).

“Tatacaranya adalah: mobil pribadi pasien, mobil bidan” (Bides E17)

“Menggunakan mobil kami (bidan) atau menggunakan ambulan desa dengan meminta ijin kepada kepala desa dan meminta salah satu perangkat desa untuk menyupiri kendaraan tersebut” (Bides G17).

Ada beberapa desa yang sudah menerapkan sistem ambulan desa yaitu dengan cara menentukan beberapa kendaraan milik penduduk yang bersedia setiap saat untuk digunakan sebagai kendaraan mengantar orang sakit ke rumah sakit. Demikian juga dengan pengemudi-

nya ditentukan beberapa orang untuk dapat setiap saat bersedia mengemudikan kendaraan untuk mengantar ke rumah sakit, bahkan beberapa desa sebagai pengemudi adalah aparat desa. Dengan cara ini bila ada orang yang membutuhkan dapat menghubungi kepala desa yang selanjutnya dapat menentukan pengemudi dan kendaraan yang dapat digunakan untuk mengantar ke rumah sakit. Cara ini dapat mengatasi masalah kendaraan menuju ke rumah sakit.

Kesimpulannya transportasi yang digunakan dalam proses rujukan dapat menggunakan: kendaraan pribadi, kendaraan milik bidan, kendaraan milik masyarakat, ambulan Desa, ambulan Puskesmas/ Rumah Sakit.

Dalam kegiatan rujukan faktor yang berpengaruh pertama adalah masalah pembiayaan, terutama bagi pasien yang tidak memiliki BPJS. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh beberapa informan berikut ini:

“Penghambat terutama dari keluarga yaitu keluarga yang pertama tentang masalah biaya, kalau keluarga itu dibilangi kerumah sakit itu akan keluar duit banyak..... Bila dananya siap akan cepat” (Bikor B16).

Hal ini sesuai dengan Macintyre dan Hotchkiss (1999), mengatakan bahwa, faktor-faktor yang mempengaruhi rujukan darurat dari tingkat pertama ke rujukan tingkat kedua atau dari pemberi rujukan ke penerima rujukan adalah diantaranya faktor biaya.

Pasien selaku individu yang dirujuk sangat menentukan untuk dilakukan rujukan. Ada beberapa pasien yang sulit atau tidak mau dirujuk dengan alasan takut. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Kadang juga dari pasiennya sendiri. Pasien kadang-kadang tidak langsung menerima dengan kondisinya yang mesti dirujuk itu, dia tidak mau ke rumah sakit dia takut dioperasi, takut pelayanannya di rumah sakit itu tidak dilayani dengan baik” (Bikor

B16)

Pengambilan keputusan yang cepat akan mempercepat dan memperlancar dilakukannya rujukan, terkadang keluarga lambat untuk segera mengambil keputusan karena beberapa alasan. Seperti yang dikatakan oleh Informan berikut ini:

“Keputusan keluarga bekerjasama dengan petugas kesehatan. Begitu petugas bisa menyampaikan KIE untuk dirujuk dan keluarga menerima itu akan cepat prosesnya” (Bikor B16)

Rumah sakit yang dituju juga sangat menentukan cepat-tidaknya proses rujukan dilakukan. Apabila rumah sakit yang dituju ada tempat dan segera merespon telepon yang dilakukan oleh bidan maka rujukan akan segera dapat dilakukan. Tetapi bila rumah sakit tujuan lambat merespon maka proses rujukan juga akan terhambat. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“Yang mendukung: ruang RS (RS menerima) biaya ada. Yang menghambat: ... ruangan RS penuh.....” (Pasien H16)

Transportasi yang lancar akan memperlancar proses rujukan yang dilakukan. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“Yang mendukung: kendaraan untuk mengantar pasien tersedia. Akses jalan mudah dilewati,..... yang menghambat kendaraan tidak tersedia, akses jalan sulit dilewati” (Bidan I16).

Hal ini sesuai dengan Macintyre dan Hotchkiss (1999), mengatakan bahwa adanya asuransi kesehatan dan ketersediaan biaya transportasi dapat membantu masyarakat dalam melakukan rujukan.

Kompetensi tenaga bidan yang merujuk sangat menentukan kelancaran rujukan yang dilakukan. Bila bidan kompeten maka akan cepat menentukan diagnosis sehingga rujukan dapat segera dilakukan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut:

“Yang mendorong berikutnya adalah kompetensi petugas kesehatan, tenaga bidan. Kebetulan disini sudah dilatih dan bersertifikat APN semua” (Bikor, B16)

Hal ini seiring dengan Macintyre dan Hotchkiss (1999) mengatakan bahwa rujukan antara pelayanan tingkat dasar (Puskesmas) dan pelayanan tingkat kedua (RS) pada sistem pelayanan kesehatan begitu kompleks. Masalah dalam proses rujukan meliputi kurangnya kualitas pelayanan dalam proses rujukan termasuk kemampuan tenaga yang kurang terlatih.

Pasien yang mempunyai domisili yang jelas dan memiliki surat surat yang dibutuhkan seperti KTP dan KK akan mempercepat proses rujukan. Sering ditemui pasien yang tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan, kemudian tiba-tiba datang lalu ada masalah, tentunya hal ini menjadi kesulitan tersendiri. Apalagi jika pasien tidak memiliki biaya dan surat/ persyaratan tidak lengkap. Hal ini sesuai yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Penghambat:.... Ada juga pendatang yang tidak ANC begitu datang ada masalah” (Kapus A16).

“Faktor Penghambat....Status domisili keluarga yang belum jelas” (Bikor A16).

Pada masyarakat Kecamatan Dampit ada suatu mitos/kepercayaan yang masih dipercaya oleh masyarakat yaitu mitos “sangat”, yaitu suatu kepercayaan bahwa setiap bayi itu mempunyai waktu (jam) tersendiri untuk kelahirannya, sehingga apa bila belum sangatnya/ waktunya maka bayi itu tidak akan bisa lahir. Sekalipun bidan sudah menentukan untuk dirujuk kalau sangatnya belum tiba maka pasien/keluarga masih tidak mau untuk dilakukan rujukan. Tetapi bila sangat telah tiba tetapi bayi tidak lahir, baru pasien/ keluarga mau untuk dirujuk. Kepercayaan ini biasanya sebagai salah satu sebab keterlambatan dalam melaksanakan rujukan.

PENUTUP

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil suatu kesimpulan sebagai berikut:

1) Jumlah rujukan dari Polindes dalam satu tahun cukup banyak, SOP sudah tersedia, institusi pelayanan yang menjadi tujuan rujukan adalah Puskesmas/Rumah Sakit dan dokter spesialis. Kasus yang dirujuk mengacu pada standar penapisan 18 indikasi rujukan ibu bersalin. Perlengkapan yang dibawa bidan adalah set alat dan obat. Jalur rujukan dari Polindes ke Puskesmas, ke Rumah sakit, ke dokter spsialis, ke Puskesmas lalu ke rumah sakit. Pendamping pada saat dirujuk adalah bidan, keluarga dan sopir. Sebelum dirujuk bidan memberi stabilisasi. Persiapan yang dibawa adalah perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, uang dan syarat-syarat administrasi. Alat transportasi menggunakan kendaraan milik pribadi, milik bidan, ambulan desa, ambulan Puskesmas, ambulan Rumah Sakit yang dituju. Dokumentasi rujukan meliputi rekam rujukan, *resume* pasien, bukti pelayanan ambulan, surat rujukan, SPPD, *Informed consent*, lembar partograf. Biaya menggunakan asuransi atau membayar tunai sedangkan biaya transportasi ditanggung oleh jampersal, 2) Faktor-faktor yang mempengaruhi proses rujukan meliputi: biaya, pasien, pengambilan keputusan, rumah sakit yang dituju, transportasi, kompetensi bidan, status domisili pasien dan mitos/ kepercayaan masyarakat.

Saran bagi Puskesmas dan Polindes adalah agar menyusun SOP rujukan yang khusus berlaku untuk Polindes atau Puskesmas Pembantu, melengkapi SOP dengan bagan/ alur, mensosialisasikan bagan alur rujukan berupa poster. Memberi penyuluhan kepada masyarakat tentang mitos yang salah tentang kesehatan dan meningkatkan kompetensi bidan yang masih kurang kompeten dengan pelatihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E. R.; Rismintari, S. (2009). *Asuhan kebidanan Komunitas Keb*; Nuha Medika: Yogyakarta.
- Bogdan, H.R & Biklen, S.K. (1992). *Qualitative Research For Education: An Introduction to Theory and Methods*. New York: The Macmilian Publishing Company.
- Depkes RI. (2000). *Standar Pelayanan Kebidanan*. Depkes RI: Jakarta.
- IBI. (2006). *Standar Kompetensi Kebidanan*; Depkes RI: Jakarta.
- JNPKKR. (2013). *Buku Acuhan : Asuhan Persalinan Normal*; JNPKKR: Jakarta.
- JNPKKR (2008). *Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)*. Depkes RI: Jakarta
- Hamlin, C. (2004). Preventing Fistula: Transport's Role In empowering Communities For Health In Ethiopia. *Trop Med Int health*, 5 (11), 526-531.
- Macintyre, K.; Hotchkiss, R. D. (1999). Referral Revisited: Community Financing Schemes And Emergency Transport In Rural Africa. *Soc Sci Med*, Vol. 49 (11), 1473-1487.
- Manuaba, I. G (2001). *Kapita selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetric Ginekologi dan Keluarga Berencana*; Edisi 1 ed.; EGC: Jakarta.
- Miles, M.B & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis. Second Edition*. California: SAGE Publications.
- Moleong, L. J. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*; Cetakan Keduapuluhtujuh ed.; PT. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Murray, S. F.; Pearson, S. C. (2006). Maternity Referral System In Developing Countries : Current Knowlwdgw And Future Research Needs. *Sos Sci Med*, 62 (9), 2205-2215.
- Saifuddin, A. B. (2011). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. YBPSB: Jakara.
- Sugiono.(2008). *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Alfabeta: Bandung.
- Syafrudin, H. (2009). *Kebidanan Komunitas*; Cetakan I ed.; EGC: Jakarta
- Zuriah, N. (2006). *Metodologi Penelitian Sosial Dan Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.