

JURNAL KESEHATAN

Qamarul Huda

VOLUME

9

NOMOR 1
2021

Tanggal 30 Juni 2021
Halaman 55-92



Pengaruh Hipertensi Terhadap Tajam Penglihatan55-59
Sudirman

Gambaran Tumbuh Kembang Balita Stunting Umur 24-60 Bulan di Desa Pringgarata Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Pringgarata60-64
Haris Suhamdani, L.Sadam Husen, Teguh Achmalona, Nining Fatria Ningsih, Hasrun Ningsih

Hubungan Pola Makan Dengan Status Gizi Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Kuta Kecamatan Pujut Kabupaten Lombok Tengah.....65-70
Hasrun Ningsih, Elly Sustiyani, Nining Fatria Ningsih, Fuji Khairani, Siti Maryam

Analisis Faktor Penerapan Budaya Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit : A Literature Review71-77
Amalia Mastuty, Haris Suhamdani, Vera Yulandasari, Teguh Achmalona

Perbedaan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Sebelum dan Sesudah Akreditasi di Puskemas Praya Kabupaten Lombok Tengah.....78-83
Lalu Sulaiman, Sastrawan, Sulwiyatul Kamariyah Sani, Muslim Tasim

Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Aterosklerosis pada Pasien Rawat Jalan di RSU Karya Dharma Husada Bros Singaraja84-92
Setiawati, Dewa Ayu Swastini, Made Krisna Adi Jaya

DEWAN REDAKSI
“JURNAL KESEHATAN QAMARUL HUDA (JKQH)”
UNIVERSITAS QAMARUL HUDA BADARUDDIN BAGU

Pelindung : Rektor Universitas Qamarul Huda Badaruddin
Penasehat : 1. PR BAUK
2. PR Akademik
3. PR Kemahasiswaan

Pemimpin Redaksi : Sarwadi, M.Pd., M. Hum.
Reviewer : 1. Sastrawan, Ph.D
2. Dr. Agus Supinganto, M.Kes
3. Dr. H. Menap., S.K.p., M.Kes
4. Dr. Sismulyanto., M.Kes
5. Dr. Lalu Sulaiman., SKM., M.Kes.
6. Dr. Saimi., SKM, M.Kes.
7. Devyana Dyah Wulandari, M.Si

Ketua Editor : Dita Retno Pratiwi, S.KM., M.P.H.
Anggota : 1. Faizul Bayani, M.Pd
2. Baiq Reni Pratiwi., S.ST., M.Kes.
3. Edy Surya Pratama, S.Kep., Ns., M.Psi.
4. Jannes Bastian Selly, M.Si., M.Kes.
5. Ahmad Zainuddin, M.Si., Apt.
6. Anjar Pranggawan Azhari., S.Pd, M.Si.
7. Vera Yulandasari, S.Kep., M.Si.
8. Sulwiyatul Kamariyah Sani, S.Si., M.Sc.
9. Ns. Reza Indra Wiguna, M.Kep

Staf Kesekretariatan : 1. Mahmudah, S.Pd.I
2. Ahmad Sam'un, M.Pd.

Bendahara : Lalu Wildanip

Alamat Redaksi

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM)
Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu
Jln. H. Badaruddin Bagu Lombok Tengah
Telp. 08175727868 / 085338330521 Fax (0370) 6655499
Website: <http://jkqh.uniqhba.ac.id>

PENGANTAR DEWAN REDAKSI

Assalaamu 'alaikum warahmtullaahi wabarakaatuh

Atas rahmat Allah SWT Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Qamarul Huda Badaruddin telah menyusun Jurnal Kesehatan Qamarul Huda (JKQH) Volume 9 Nomor 1 Tahun 2021. Jurnal Kesehatan Qamarul Huda saat ini sudah mempunyai versi online (e-ISSN) dan cetak (P-ISSN). Penyusunan JKQH ini merupakan implementasi program institusi yang mewajibkan para dosen untuk melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang salah satunya berupa kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat serta publikasinya melalui Jurnal Kesehatan Qamarul Huda (JKQH).

Jurnal Kesehatan Qamarul Huda (JKQH) Volume 9 Nomor 1 Tahun 2021 ini telah melalui tahapan-tahapan berdasarkan SOP Jurnal Kesehatan Qamarul Huda (JKQH) dan disesuaikan dengan buku pedoman yang diterbitkan oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi dan dilengkapi dengan lampiran yang diperlukan. Jurnal Kesehatan Qamarul Huda Volume 9 Nomor 1 Tahun 2021 ini menjadi salah satu bentuk karya Sivitas Akademika di lingkungan Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu Lombok Tengah dan sebagai jurnal ilmiah bagi peneliti kesehatan di Indonesia. Selanjutnya, Jurnal JKQH ini dapat menjadi sumber informasi terkait dengan perkembangan dunia kesehatan.

Segegap dewan redaksi telah berupaya maksimal dalam proses penerbitan versi online (e-ISSN) dan cetak (P-ISSN) Volume 9 Nomor 1 Tahun 2021. Untuk itu, dewan redaksi menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi hingga terbitnya Jurnal Volume 9 Nomor 1 Tahun 2021 dapat berjalan sesuai dengan harapan.

Demikian, semoga Jurnal Kesehatan Qamarul Huda Volume 9 Nomor 1 Tahun 2021 ini bermanfaat bagi praktisi kesehatan dan menjadi salah satu alternatif pijakan untuk melaksanakan kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat, dan kajian-kajian ilmiah dibanding kesehatan berikutnya

Wassalamu 'alaikum warahmtullaahi wabarakaatuh

Bagu, Juni 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

- Pengaruh Hipertensi Terhadap Tajam Penglihatan55-59**
Sudirman
- Gambaran Tumbuh Kembang Balita Stunting Umur 24-60 Bulan
di Desa Pringgarata Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas
Pringgarata60-64**
Haris Suhamdani, L.Sadam Husen, Teguh Achmalona, Nining Fatria Ningsih, Hasrun Ningsih
- Hubungan Pola Makan Dengan Status Gizi Ibu Hamil Trimester
III di Puskesmas Kuta Kecamatan Pujut Kabupaten Lombok
Tengah.....65-70**
Hasrun Ningsih, Elly Sustiyani, Nining Fatria Ningsih, Fuji Khairani, Siti Maryam
- Analisis Faktor Penerapan Budaya Sasaran Keselamatan Pasien
di Rumah Sakit : A Literature Review71-77**
Amalia Mastuty, Haris Suhamdani, Vera Yulandasari, Teguh Achmalona
- Perbedaan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Sebelum
dan Sesudah Akreditasi di Puskemas Praya Kabupaten Lombok
Tengah.....78-83**
Lalu Sulaiman, Sastrawan, Sulwiyatul Kamariyah Sani, Muslim Tasim
- Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya
Aterosklerosis pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Karya Dharma
Husada Bros Singaraja84-92**
Setiawati, Dewa Ayu Swastini, Made Krisna Adi Jaya

Pengaruh Hipertensi Terhadap Tajam Penglihatan

Sudirman^{1)*}

Email: sudirman@uniqhba.ac.id

¹⁾Dosen Prodi Pendidikan Matematika FKIP UNIQHBA

ABSTRAK

Penurunan tajam penglihatan selain dipengaruhi oleh katarak juga disebabkan oleh penyakit yang mempengaruhi retina. Hipertensi adalah penyakit yang mempengaruhi retina. Penduduk di wilayah Puskesmas Kopang memiliki keadaan sosial ekonomi dan tingkat pendidikan yang masih rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh hipertensi terhadap tajam penglihatan. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kopang, Lombok Tengah mulai April sampai Mei 2018. Rancangan penelitian adalah cross sectional dengan jumlah sampel 73 responden yang berumur 40 tahun keatas yang diambil secara simple random sampling. Pengukuran tajam penglihatan menggunakan Tumbling E, pengukuran hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) ditentukan dengan Automatic Blood Pressure dan untuk mengetahui signifikansi data di analisis menggunakan uji Mann – Whitney menggunakan program SPSS versi 16.0 dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0.05$). Berdasarkan hasil analisis statistik, hipertensi berpengaruh secara signifikan ($0.00 < 0.05$) terhadap tajam penglihatan yaitu sebesar 47.9%, artinya hipertensi menyebabkan terjadinya penurunan tajam penglihatan sebesar 47.9%.

Kata kunci: Hipertensi, Tajam Penglihatan

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the influence of hypertension to visual acuity. This study is non experimental with cross-sectional method and was carried out involving 73 respondents as sample from a population of 244 people aged 40 years, who were taken by simple random sampling in Kopang Primary Health Care, Central Lombok. Statistical analysis shows, this study revealed that the hypertension was significantly ($P < 0.05$) influenced to visual acuity was equal to 47.9%, it mean that hypertension was found in 47.9% of those with low vision.

Keywords: Hypertension, Visual Acuity

A. LATAR BELAKANG

Pemeriksaan tajam penglihatan merupakan pemeriksaan fungsi mata. Gangguan penglihatan memerlukan pemeriksaan untuk mengetahui sebab kelainan mata yang mengakibatkan turunnya tajam penglihatan. Untuk mengetahui tajam penglihatan seseorang dapat dilakukan pengukuran dengan menggunakan kartu Snellen (Snellen Chart) atau tumbling E [1]. Penyebab tersering turunnya tajam penglihatan adalah katarak, parut kornea yang mempengaruhi jalur penglihatan dan penyakit-penyakit yang mempengaruhi retina [2]. Degenarasi makular, diabetes [2] dan hipertensi [3] adalah penyakit yang bisa mempengaruhi retina. Pekerjaan yang banyak terpapar sinar matahari mengakibatkan terkena sinar ultraviolet [4], sinar ultraviolet diperkirakan mempengaruhi ketajaman penglihatan.

Diabetes Mellitus (DM) adalah salah satu penyakit yang diperkirakan mempercepat proses turunnya tajam penglihatan, karena DM dapat mempengaruhi kejernihan lensa akibat peningkatan kadar gula darah dalam lensa [5]. Selain pada lensa, diabetes mellitus juga dapat menimbulkan komplikasi pada retina yang disebut retinopati diabetik, retinopati diabetik mengakibatkan terjadi kerusakan pembuluh darah retina atau lapisan saraf mata sehingga mengalami kebocoran. Akibatnya, terjadi penumpukan cairan (eksudat) yang mengandung lemak serta pendarahan pada retina [6].

Selain diabetes, hipertensi diperkirakan menjadi salah satu penyebab turunnya tajam penglihatan. Hipertensi atau darah tinggi dialami hampir sebagian besar penderita diabetes, hipertensi

merupakan salah satu komplikasi dari diabetes, diperkirakan muncul menyertai komplikasi lainnya yaitu turunnya tajam penglihatan. Retina merupakan bagian tubuh yang secara langsung bisa menunjukkan adanya efek dari hipertensi terhadap arteriola (pembuluh darah kecil).

Topografi wilayah Puskesmas Kopang terdiri dari, lereng/bukit, dan dataran, mayoritas pekejaannya sebagai petani (42.79%), persentase penduduk miskin (pra sejahtera) sebesar 37.41% dan 41.83% penduduknya belum pernah sekolah atau tidak tamat Sekolah Dasar (SD) [7] dan prevalensi katarak di Lombok sebesar 11.6% [8]. Data diatas menggambarkan bahwa penduduk disekitar Puskesmas Kopang memiliki keadaan sosial ekonomi dan tingkat pendidikan yang masih rendah, hal inilah yang menyebabkan kurangnya akses informasi dan pengetahuan kesehatan pada masyarakat, sehingga akan menimbulkan ketidakberdayaan dan ketidaktahuan masyarakat tentang kesehatan mata.

Puskesmas Kopang merupakan salah satu dari 2 (dua) puskesmas yang ditunjuk oleh pemerintah pusat dan daerah melalui Dinas Kesehatan NTB yang bekerjasama dengan Helen Keller Internasional untuk dijadikan proyek percontohan diselenggarakannya kegiatan operasi mata sejak tahun 2005. Pada tahun 2008 dari 1739 pasien yang memeriksakan diri di Puskesmas Kopang, 1464 orang dinyatakan positif menderita katarak, sebanyak 35.60% ditunda operasinya karena menderita diabetes dan 31.81% karena hipertensi. Hal ini berarti, tingginya angka kejadian katarak diatas diduga disebabkan oleh penyakit diabetes mellitus dan hipertensi.

Berdasarkan uraian diatas, penurunan tajam penglihatan selain dipengaruhi oleh katarak juga disebabkan oleh penyakit yang mempengaruhi retina, hipertensi adalah penyakit yang mempengaruhi retina. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh hipertensi terhadap tajam penglihatan di Puskesmas Kopang. Hasil penelitian ini diharapkan Bagi masyarakat, dapat memberikan sumbangan pengetahuan, sehingga dapat dimanfaatkan dalam upaya pencegahan penurunan tajam penglihatan sedini

mungkin di masyarakat.

B. METODE PENELITIAN

1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah penelitian potong lintang (cross sectional) dengan sistem simple random sampling single proportion.

2. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien yang melakukan pemeriksaan mata di Puskesmas Kopang Lombok Tengah pada tahun 2017, yakni sebesar 343 orang dengan jumlah sampel 73 responden yang berumur 40 tahun keatas.

3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kopang, Kabupaten Lombok Tengah dan berlangsung dari bulan April 2018 sampai Mei 2018.

4. Tehnik pengumpulan data

Mencatat identitas subyek penelitian, meliputi nama, alamat dan usia serta dilakukan pengisian formulir penelitian secara lengkap sesuai alur penelitian yang telah ditentukan.

Meminta responden untuk menutupi bagian mata kirinya (Ocular Sinistra) dengan menggunakan telapak tangan kirinya tetapi jangan ditekan. Memposisikan telapak tangan responden seolah-olah memegang telur dalam genggamannya kemudian tepapkan ke bagian mata yang akan di tes terlebih dahulu.

Menggunakan tali untuk mengukur 6 meter yang memiliki simpul dibagian tengah (jarak 3 meter) kemudian mempersilahkan responden untuk duduk atau berdiri dengan jarak 6 meter berhadapan dari tempat petugas lapangan. Posisi responden yang duduk atau berdiri harus membelakangi matahari atau cahaya (tidak menyilaukan mata responden).

Menjelaskan bahwa responden harus menunjukkan arah sesuai dengan arah simbol E tersebut (ke atas, ke bawah, ke kiri atau ke kanan). Tumbling E ini dibuat selain untuk orang yang bisa membaca juga untuk orang yang tidak bisa membaca, karena cukup memberitahu arah kaki dari huruf E tersebut

Responden dikatakan bisa menjawab dengan benar jika responden sanggup menjawab 4 pertanyaan dengan benar secara berturut-turut atau jika responden sanggup menjawab 5 dari 6 pertanyaan dengan benar, atau jika responden sanggup menjawab 6 dari 8 pertanyaan dengan benar [9]

Jika responden bisa menjawab benar pada jarak 6 meter dengan ukuran tumbling E kecil (18) maka ukuran visus (ketajaman penglihatan) responden adalah 6/18. Tetapi apabila tidak memenuhi kriteria benar diatas dilanjutkan dengan pengukuran visus 6/60.

Jika responden bisa menjawab benar pada jarak 6 meter dengan ukuran tumbling E besar (60) maka ukuran visus (ketajaman penglihatan) responden adalah 6/60, tetapi Jika responden tidak dapat melihat huruf E besar (60) dari jarak 6 meter, maka peneliti harus maju ke jarak 3 meter dan melakukan tes ketajaman penglihatan dengan huruf E besar (60).

Jika responden bisa menjawab benar pada jarak 3 meter dengan ukuran tumbling E besar (60) maka ukuran visus (ketajaman penglihatan) responden adalah 3/60, tetapi Jika responden tidak dapat melihat huruf E besar (60) dari jarak 3 meter, maka peneliti harus maju ke jarak 1 meter dan melakukan tes ketajaman penglihatan dengan huruf E besar (60) atau melakukan tes menghitung jari.

Jika responden bisa menjawab benar pada jarak 1 meter dengan ukuran tumbling E besar (60) atau bisa menjawab benar dengan menghitung jari maka ukuran visus (ketajaman penglihatan) responden adalah 1/60, tetapi Jika responden tidak dapat melihat huruf E besar (60) atau menghitung jari dari jarak 1 meter, maka peneliti harus melakukan tes persepsi cahaya untuk mengetahui reaksi pupil responden dengan menggunakan senter, caranya dengan mengarahkan cahaya senter dari atas, bawah, kiri dan kanan.

Jika responden bisa menjawab benar arah senter setelah dilakukan tes reaksi pupil, maka ukuran visus responden adalah PL(+) (Positif Perception Light). Tetapi apabila tidak bisa

menjawab benar arah senter setelah dilakukan tes reaksi pupil, maka ukuran visus responen adalah PL (-) (Negatif Perception Light). Biasanya kalau ukuran visus responden PL (-) diperkirakan sarafnya sudah rusak, sehingga sulit disembuhkan.

Bila pengukuran visus untuk melihat reaksi pupil sudah selesai maka dilanjutkan pengukuran visus untuk mata kanan (Ocular Dextra).

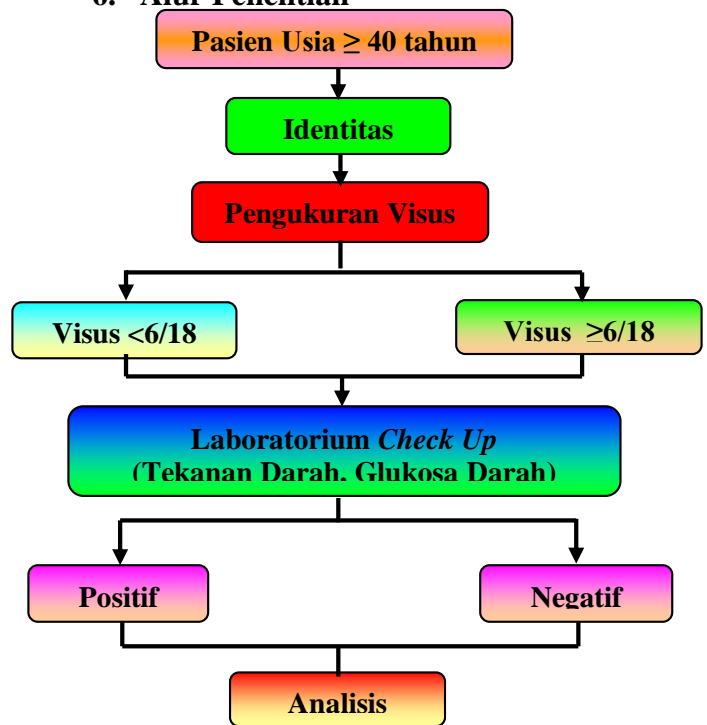
Jika ditemukan visus kurang dari 6/18 maka responden tersebut diperkirakan mengalami penurunan ketajaman penglihatan.

Setelah pengukuran visus selesai, selanjutnya dilakukan tes laboratorium untuk memeriksa glukosa darah dan Tekanan darah. Tekanan darah diukur pada posisi duduk sebanyak tiga kali pengukuran pada rentang 10 menit.

5. Analisa Data

Hasil penelitian diuji dengan Mann – Whitney test yang merupakan uji alternatif dari uji t – test independent jika distribusi data tidak normal. Pengolahan dan analisa data menggunakan bantuan program SPSS versi 16.0 dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0.05$).

6. Alur Penelitian

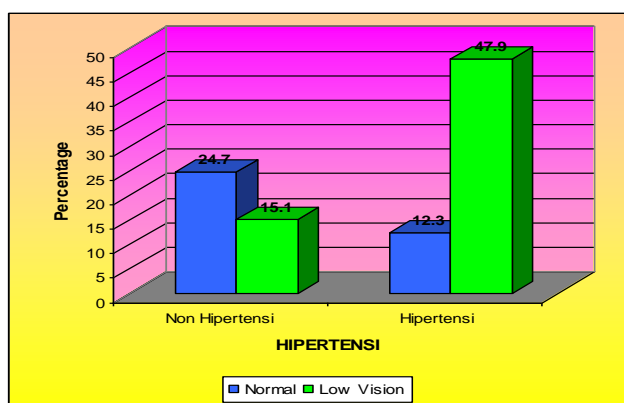


Gambar 1. Alur Penelitian

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengaruh Tekanan Darah Terhadap Tajam penglihatan

Pengaruh antara hipertensi dengan tajam penglihatan berdasarkan hasil analisis statistik ternyata berpengaruh secara signifikan ($p < 0.05$), dengan Odd Ratio (OR) = 6.364 dan Confidence Interval (CI) = 2.230-18.157, artinya responden yang mengalami hipertensi kemungkinan besar akan mengalami resiko terjadinya penurunan tajam penglihatan (low vision). Dalam penelitian ini ditemukan, responden yang menderita hipertensi besar kemungkinannya mengalami penurunan tajam penglihatan sebesar 47.9% (Gambar 2).



Gambar 2. Grafik Hipertensi Dengan Tajam Penglihatan

Flamingham eye study menemukan ada hubungan antara tekanan darah sistol dengan katarak [10]. Sementara Clayton, et.al., (1980) melaporkan ada pengaruh secara signifikan antara tekanan darah diastol dengan katarak. Barbados eye study menambahkan tekanan darah diastol lebih dari 95 mmhg meningkatkan terjadinya kekeruhan lensa pada katarak [11]. Chen et.al.,(1988) melakukan penelitian case control (studi kasus) menemukan bahwa responden yang berumur kurang dari 67 tahun berpengaruh positif terjadinya katarak akibat hipertensi [12]. Shakil, et.al., (2008) melakukan penelitian di Karachi pada 160 responden laki – laki yang berumur 40 tahun keatas pada katarak senilis, dari hasil penelitiannya menemukan bahwa tekanan darah sistol berpengaruh terhadap katarak senile ($P < 0.001$), tekanan darah diastol juga berpengaruh

terhadap katarak senilis ($P < 0.001$) [13]. Hipertensi paling sering menyerang golongan usia diatas 40 tahun, menurut data tahun 1989, di Amerika Serikat, 40% penduduk usia diatas 40 tahun dan 70% usia diatas 60 tahun menderita hipertensi [14].

Penelitian dilakukan oleh Bener, et.al., (2006) pada umur 50 tahun keatas di Doha Qatar dengan 96.348 responden ditemukan bahwa hipertensi beresiko mengalami low vision (OR=1.30;CI=1.11-1.52) [15]. Hipertensi secara signifikan berpengaruh terhadap turunnya tajam penglihatan (low vision). Analisis lanjut dengan regresi logistic menunjukkan bahwa low vision disebabkan menderita hipertensi [16].

Hipertensi bisa menyebabkan penurunan tajam penglihatan (visus), hal ini terjadi karena dengan tekanan darah tinggi akan menyebabkan tekanan bola mata akan meningkat, didalam bola mata terdapat lapisan sel yang memproduksi cairan yang disebut akuos humor. Cairan ini akan mengalir ke dalam bola mata kemudian keluar dari bola mata melalui saluran kecil menuju pembuluh darah. Jika saluran ini terhambat atau mengecil maka produksi cairan akan meningkat, akibatnya tekanan didalam bola mata akan meninggi dan merusak serabut saraf mata. Apabila tidak segera ditangani kerusakan yang terjadi pada saraf mata ini akan dapat menimbulkan kebutaan yang bersifat permanen atau tidak dapat disembuhkan lagi. Jadi penurunan tajam penglihatan karena retinopati hipertensif biasanya disebabkan oleh makulopati edema, dan bisa disebabkan karena regangan yang cukup hebat dari serabut-serabut saraf nervus optikus [12].

D. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa hipertensi, interaksi diabetes mellitus dan hipertensi serta pekerjaan berpengaruh secara signifikan terhadap tajam penglihatan yaitu sebesar 47.9%.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Fitriani, D.G., 2009. Tingkat Kepuasan Pasien Setelah Operasi Katarak Dengan Metode SICS di Lombok. Tesis. Program Studi Ilmu

- Penyakit Mata, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia. Jakarta.
- [2] Guyton AC, Hall JE., 1996. Mata I. Sifat Optik Mata. Dalam: Guyton AC, penyunting. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran edisi 9. Jakarta; Penerbit buku Kedokteran EGC; 779.
- [3] Ocampo V, 2008. Cataract, Senile. (Online) Available on: <http://www.emedicine.com/oph/>. [Accessed: 2009 December 25].
- [4] Ziahulhak, S.R., 2007. Asosiasi katarak dan Pterygium di Kalimantan Timur. Tesis. Program Studi Ilmu Penyakit Mata, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia. Jakarta.
- [5] Rosenfeld S, and Blecher, MH. 2006d. Pathology; Cataracts, Metabolic Cataracts. In: Rosenfeld S, editors. Lens & Cataract. 2006-2007. San Fransisco; American Assosiation of Ophtalmology; 2006.
- [6] Antonetti1 DA, Alistair JB, Sarah KB, Willard MF, Thomas WG, Leonard SJ, Mark K, Scot RK, Kyle K, Kathryn FL, Christopher CN, Patrick GQ, Lakshman S, Ian AS., 2006. Retinopatý Diabetic. (Online) (<http://kireihimee.blogspot.com/retinopati-diabetes-jurnal.html>). Diakses: 25 Januari 2010.
- [7] BPS, 2008. Badan Pusat Statistik Kecamatan Dalam Angka Dalam Angka. Mataram.
- [8] Agustiawan R. 2006. Prevalensi katarak senilis dan hubungannya dengan indeks massa tubuh di pulau Lombok. Tesis. Program Studi Ilmu Penyakit Mata, Fakultas Kedokteran, Universtias Indonesia. Jakarta.
- [9] Limburg H., 2004. Manual for Rapid Assessment of Cataract Surgical Services. WHO Prevention of blindness and deafness; Switzerland.
- [10] Kahn, HA., Leibowitz, HM., Ganley, JP., 1977. The Framingham Eye Study. Association of Ophtalmic Pathology with sigle variable previously measured in the Framingham Heart Study. Am J Epidemiol , 106:33-41.
- [11] Clyton, R.M., Cuthbert, J., Philips, C.I., 1980. Analisisi of Individual Cataract Patient and their Lenses a progress report. Exp Eye Res; 31:553.
- [12] Chen, TT., Hockwin, O., Dobbs, R., 1988. Cataract and Health Status: a case – control study. Ophthal Res 20: 1 – 9.
- [13] Shakil, M., Ahmed, S.T., Samiullah, S., Perveen, K., 2008. Influence of Hypertention and Diabetes Mellitus on Senile Cataract. Karachi, Pakistan. Pak J Physiol : 4 (2)
- [14] Papente, D., 2009a. Retinopati Hipertensif. (Online) (<http://dianpapente.blogspot.com>). Accessed : 20 Januari 2010
- [15] Bener, A., Huda S. A., Fareed A. W., Sara M. D., 2006. Risk Factors for Low Vision in Elderly People in a Rapidly Developed Society. Asian J Ophthalmol. 10:126-129., (Online) (www.seagig.org). Accessed, 22 January 2010
- [16] Idil, A., Caliskan, D., Ocaktan, E., 2004. The prevalence of blindness and low vision in older onset diabetes mellitus and associated faktors: A community-based study. European Journal of Ophthalmology. 2004, vol. 14, no4, pp. 298. (Online). (<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16212162>). Accessed : 20 Januari 2010

Gambaran Tumbuh Kembang Balita Stunting Umur 24-60 Bulan di Desa Pringgarata Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Pringgarata

Haris Suamdani¹⁾, L.Sadam Husen²⁾, Teguh Achmalona³⁾, Nining Fatria Ningsih^{4)*}, Hasrun Ningsih⁵⁾
Email: niningfatria@gmail.com

^{1,2,3}Jurusan Keperawatan UNIQHBA Bagu Lombok Tengah

^{4,5}Jurusan Kebidanan UNIQHBA Bagu Lombok Tengah

ABSTRAK

Stunting merupakan suatu kondisi gagal pertumbuhan pada anak (pertumbuhan tubuh dan otak) akibat kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Status Gizi (PSG) 2018 menunjukkan prevalensi Balita stunting di Indonesia masih tinggi, yakni 30,8% di atas batasan yang ditetapkan WHO (20%). Mengetahui gambaran tumbuh kembang balita stunting di Desa Pringgarata wilayah kerja UPTD Puskesmas Pringgarata. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi studi penelitian ini adalah semua balita stunting umur 24-60 bulan yang berada di Desa Pringgarata wilayah kerja Puskesmas Pringgarata. Sampel berjumlah 93 orang balita. Tingkat pertumbuhan : berat badan kategori kurang 50 responden (53,76%), tinggi badan kategori pendek 58 responden (62,36%), lingkaran kepala kategori sesuai 76 responden (81,72%). Tingkat perkembangan kategori meragukan 51 responden (54,83%). Ketidakcukupan asupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari semenjak masa kehamilan sampai usia 24 bulan menyebabkan tumbuh kembang anak menjadi terhambat.

Keywords : Balita, Tumbuh Kembang, Stunting

ABSTRACT

Stunting is a condition of growth failure in children (body and brain growth) due to prolonged malnutrition. Nutritional Status (PSG) 2018 shows that the prevalence of stunting under five in Indonesia is still high, which is 30.8% above the limit set by WHO (20%). To determine the description of the growth and development of children under five with stunting in the working area of the UPTD Pringgarata public health. This research is a descriptive study with a quantitative approach. The study population of this study were all stunting infants aged 24-60 months who were in the working area of the Pringgarata public health center. The sample was 93 toddlers. The growth rate: underweight category 50 respondents (53.76%), 58 respondents (62.36%) short category height, 76 respondents (81.72%) in the appropriate category. The level of development in the dubious category was 51 respondents (54.83%). Insufficient nutritional intake that lasts for a long time starting from pregnancy to 24 months of age causes children's growth and development to be hampered.

Keywords: Toddler, Growth and Development, Stunting

A. LATAR BELAKANG

Indonesia adalah Negara berkembang yang memiliki permasalahan yang kompleks terutama dalam masalah gizi. Gizi di Indonesia atau Negara berkembang lain memiliki kasus gizi yang berbeda dengan Negara maju, yaitu Indonesia memiliki masalah gizi ganda yang artinya status gizi yang menunjukkan keadaan disatu sisi daerah terdapat gizi kurang dan disisi lain terdapat gizi lebih. Masalah tersebut merupakan salah satu permasalahan yang menjadi focus pemerintah Indonesia sampai dengan saat ini. Jika hal tersebut tidak ditanggapi secara serius, maka akan meningkatkan resiko terjadinya angka kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan motorik maupun mental [1].

Indonesia telah menunjukkan hasil persentase penurunan kemiskinan secara tetap, tetapi hal tersebut tidak di imbangi dengan penurunan permasalahan gizi pada anak-anak. Masalah gizi kurang tersebut yang berdampak buruk pada anak-anak menunjukkan hanya menunjukkan sedikit perbaikan. Dari tahun 2016 sampai 2020, proporsi penduduk miskin di Indonesia mengalami penurunan sebesar 16,6-12,5 persen, tetapi masalah gizi kurang tidak menunjukkan penurunan secara signifikan.

Gizi kurang menyebabkan prevalensi stunting (anak pendek) sangat tinggi. Prevalensi stunting balita di Indonesia berada di peringkat kedua tertinggi di kawasan Asia Tenggara dibawah Laos dengan 43,8%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) tentang prevalensi stunting di Indonesia. Berdasarkan penelitian tersebut angka stunting di Indonesia sebesar 30,8%, angka tersebut jauh dari standar yang telah ditetapkan oleh WHO yaitu sebesar 20%. [1]

Ada beberapa faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya stunting, yaitu status ekonomi keluarga, riwayat BBLR dan yang terpenting adalah pemenuhan asupan gizi yang mencukupi pada saat ibu hamil, kemudian pola

asuh dan pemenuhan gizi yang cukup sampai anak berusia 23 bulan atau pemenuhan gizi pada masa 1000 hari pertama kehidupan sehingga dapat tumbuh dan berkembang secara optimal [2].

Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lutifiana Oktadila pada tahun 2019 untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting di wilayah kerja UPT Puskesmas Klecorejo Kabupaten Madiun. Hasil penelitian menunjukkan variabel pekerjaan di peroleh hasil p value = 0,002, pendapatan keluarga dengan p value = 0,000, riwayat BBLR dengan p value = 0,002 dan riwayat ASI eksklusif dengan p value = 0,000. Hasil tersebut menunjukkan bahwa semua variabel yang diteliti merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting di wilayah kerja UPT Puskesmas Klecorejo Kabupaten Madiun [3].

Berdasarkan hasil dari pencatatan elektronik pelaporan gizi masyarakat (e-PPGBM), angka prevalensi stunting di Provinsi NTB sendiri masih sangat tinggi yaitu sebesar 33,49%. Kabupaten Lombok Timur merupakan daerah dengan persentasi tertinggi sebanyak 43% dan terendah Kabupaten Sumbawa barat dengan 18% dari angka keseluruhan kasus yang ada di NTB. Sedangkan Angka Kejadian stunting di Lombok Tengah pada tahun 2020 terbilang masih cukup tinggi dari 65 ribu balita di Lombok Tengah sebanyak 32% mengalami stunting [4].

Data yang didapatkan di UPT BLUD Puskesmas Pringgarata, kasus stunting mencapai (520 kasus) pada bulan September 2020. Pada desa Sepakek sebanyak (97 kasus), di Pemepek sebanyak (70 kasus), di Arjangka sebanyak (69 kasus), di Taman Indah sebanyak (100 kasus), di Murbaya sebanyak (59 kasus), dan di Pringgarata sebanyak 121 kasus [4][5].

Berdasarkan data tersebut diatas, membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran tumbuh kembang pada balita dengan stunting Di Desa Pringgarata Wilayah kerja UPT BLUD Puskesmas Pringgarata.

B. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif menggunakan metode observasi dan penilaian langsung terhadap obyek yang diteliti. Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah 121 balita yang mengalami stunting berdasarkan data yang ada di Desa Pringgarata wilayah kerja UPTD Puskesmas Pringgarata. Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan Simple random sampling sehingga diperoleh 93 sampel berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti.

Untuk memperoleh data mengenai pertumbuhan pada balita stunting didapatkan melalui pemeriksaan Berat Badan, Tinggi Badan dan Lingkar Kepala dengan menggunakan timbangan, metelin dan lembar catatan. Sedangkan untuk melakukan pengukuran tingkat perkembangan menggunakan lembar KPSP.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi karakteristik responden

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

No	JK	Frekuensi	Persentase
1.	Laki-laki	38	37,63
2.	Perempuan	27	62,37
Total		93	100

Berdasarkan tabel diatas dari 93 responden terdapat 58 responden (62,37%) diantaranya berjenis kelamin laki-laki dan 35 responden (37,63%) berjenis kelamin perempuan.

Tabel 2. Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur

No	Umur	Frekuensi	Persentase
1.	24 bulan	15	16,13
2.	30 bulan	9	9,67
3.	42 bulan	13	13,97
4.	48 bulan	18	19,35
5.	54 bulan	20	21,50
6.	60 bulan	18	19,35
Total		93	100

Berdasarkan tabel diatas dari 93 responden yang memiliki umur paling banyak adalah usia 54 bulan dengan 20 responden (21,50%) dan paling sedikit sejumlah 9 responden (9,67%) memiliki umur 30 bulan.

Tabel 3. Distribusi karakteristik responden berdasarkan berat badan

No	BB	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	17	18,27
2.	Cukup	26	27,95
3.	Kurang	50	53,76
Total		93	100

Berdasarkan tabel diatas dari 93 responden dapat disimpulkan bahwa berat badan responden dengan kategori kurang lebih tinggi yaitu sebanyak 50 responden (53,76%), responden dengan kategori cukup mencapai 26 responden (27,95%) dan kategori baik 17 responden (18,27%).

Tabel 4. Distribusi karakteristik responden berdasarkan tinggi badan

No	TB	Frekuensi	Persentase
1.	Pendek	58	62,36
2.	Sangat Pendek	35	37,63
Total		93	100

Berdasarkan tabel diatas dari 93 responden sebanyak 58 responden (62,36%) sedangkan responden dengan tinggi badan sangat pendek sebanyak 35 responden (37,63%).

Tabel 5. Distribusi karakteristik responden berdasarkan lingkar kepala

No	LK	Frekuensi	Persentase
1.	Tidak Sesuai	17	18,28
2.	Sesuai	76	81,72
Total		93	100

Berdasarkan tabel diatas dari 93 responden sejumlah 76 responden (81,72%) memiliki lingkar kepala yang sesuai, sedangkan yang memiliki lingkar kepala yang tidak sesuai yaitu sejumlah 17 responden (18,28%)

Tabel 6. Distribusi karakteristik responden berdasarkan tingkat perkembangan

No	TP	Frekuensi	Persentase
1.	Meragukan	51	54,83
2.	Sesuai	27	29,03
3.	Penyimpangan	15	16,12
Total		93	100

Berdasarkan tabel diatas dari 93 responden perkembangan pada balita stunting dengan kategori meragukan lebih tinggi yaitu sebanyak 51 responden (54,83%) jika di bandingkan dengan kategori sesuai yaitu sebanyak 27 responden (29,03%) dan kategori penyimpangan lebih rendah yaitu sebanyak 15 responden

(16,12%).

Pertumbuhan Balita Stunting

Menurut Keputusan dari Menkes RI No1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah stunted (pendek) dan severely stunted (sangat pendek) [6]. Balita pendek (stunting) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal [7].

Kegagalan pertumbuhan (growth faltering) pada balita stunting akibat dari akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari semenjak masa kehamilan sampai usia 24 bulan. Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya atau tidak seimbangannya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai.

Ada beberapa faktor yang sering dikaitkan dengan masalah gangguan pertumbuhan pada balita stunting yaitu kemiskinan, sosial dan budaya, peningkatan paparan terhadap penyakit infeksi, kerawanan pangan dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Masalah pertumbuhan pada balita stunting dapat berpengaruh pada anak balita dalam jangka waktu yang panjang. Hal tersebut dapat mengganggu kesehatan, proses pendidikan serta produktifitasnya di kemudian hari. Anak balita stunting cenderung akan sulit mencapai potensi pertumbuhan dan perkembangan yang optimal baik secara fisik maupun psikomotorik [8].

Upaya intervensi meliputi perbaikan gizi dan kesehatan Ibu hamil merupakan cara terbaik dalam mengatasi stunting. Ibu hamil perlu mendapat makanan yang baik, sehingga apabila ibu hamil terhindar dari Kurang Energi Kronis (KEK). Kemudian persalinan ditolong oleh bidan atau dokter terlatih dan begitu bayi lahir melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Bayi

sebelum 6 bulan diberi ASI eksklusif dan bayi mulai usia 6 bulan sampai 2 tahun, selain ASI bayi diberi makanan pendamping ASI. Bayi dan anak juga harus memperoleh kapsul vitamin A, dan imunisasi dasar lengkap, serta melakukan pemantauan pertumbuhan balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan [9].

Perkembangan Balita Stunting

Perkembangan merupakan suatu proses bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil proses pematangan. Perkembangan menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsi di dalamnya termasuk pula perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya [10].

Keadaan kurang gizi yang lebih berat dan kronis tidak hanya mengganggu pertumbuhan (stunting), tetapi juga menyebabkan jumlah sel dalam otak berkurang dan terjadi ketidakmatangan serta ketidaksempurnaan organisasi biokimia dalam otak. Keadaan ini dapat berpengaruh terhadap perkembangan kecerdasan anak. Kekurangan gizi pada masa lampau akan menyebabkan perubahan metabolisme di dalam otak terutama jika terjadi saat golden period (3 tahun) pertumbuhan dan perkembangan otak anak. Hal ini akan menyebabkan ketidakmampuan otak untuk berfungsi normal [11].

Perkembangan pada balita dapat dinilai dari tiga hal, yaitu secara fisik, kognitif, dan psikososial. Masalah stunting yang dimiliki anak memiliki dampak terhadap menurunnya intelektualitas dan kemampuan kognitif anak. Dalam Makalah Utama Bidang 5 Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi XI 2018 oleh Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia disebutkan bahwa stunting di awal kehidupan

seorang anak dapat menyebabkan kerusakan permanen pada perkembangan kognitif, yang diikuti dengan perkembangan motorik dan intelektual yang kurang optimal sehingga cenderung dapat menimbulkan konsekuensi terhadap pendidikan, pendapatan, dan produktivitas pada masa dewasa sehingga berpotensi menurunkan pertumbuhan ekonomi [12].

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, anak yang menderita stunting memiliki risiko perkembangan kognitif, motorik, dan verbal yang kurang optimal dan dapat berdampak pada menurunnya kapasitas belajar dan prestasi belajar di sekolah. Menurunnya kapasitas belajar dan performa anak pada masa sekolah dapat mengakibatkan produktivitas dan kinerja saat anak dewasa juga menjadi tidak optimal. Hal ini merupakan dasar penanggulangan stunting harus menjadi prioritas untuk kemajuan sumber daya manusia Indonesia [13].

D. KESIMPULAN

Ketidakcukupan asupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari semenjak masa kehamilan sampai usia 24 bulan merupakan penyebab terjadinya stunting pada balita. Hal tersebut ditandai dengan adanya suatu ketidaksesuaian antara umur dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang dimiliki anak.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Balitbangkes. 2018. Riset Kesehatan Dasar 2018. Kemenkes. Jakarta : 252-253.
- [2] Nurillah. 2018. Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-36 bulan di kecamatan Semarang Timur. *Journal Of Nutrition College*.
- [3] Lutfiana Oktadila. 2019. Faktor Risiko Kejadian Stunted pada Anak Usia 7-24 Bulan Di Puskesmas Klecorejo Kabupaten Madiun. FIK UMS. Surakarta
- [4] Dinkes prov NTB. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2020. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

- [5] Puskesmas Pringgarata. 2020. Profil kesehatan Puskesmas Pringgarata. Lombok tengah
- [6] Kemenkes, 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Direktorat Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- [7] Kemenkes RI. 2012. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Kementerian Kesehatan dan JICA. Jakarta.
- [8] Aridiyah et al. 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan (The Factors Affecting Stunting on Toddlers in Rural and Urban Areas. *eJurnal Pustaka Kesehatan*. 3(1). 163-170.
- [9] Lidia. 2018. Hubungan BBLR dan asi eksklusif dengan kejadian stunting di Puskesmas Lima Puluh Pekanbaru. *Jurnal Endurance* 3(1). 131-137.
- [10] Suparisa. 2016. Menilai Status Gizi untuk Mencapai Sehat Optimal. Leutika. Yogyakarta.
- [11] Khomsan N. 2012. Social Competence of 3 to 5-year-old Children Born with Low Birth Weight. *Journal Paediatrica Indonesiana*. 2012;49(2):97-103.
- [12] LIPI. 2018. Validasi Klinik Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tingkah Laku.
- [13] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Infodatin Situasi Balita Pendek. Jakarta; 2016.

Hubungan Pola Makan Dengan Status Gizi Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Kuta Kecamatan Pujut Kabupaten Lombok Tengah

Hasrun Ningsih¹⁾, Elly Sustiyani^{1)*}, Nining Fatria Ningsih¹⁾, Fuji Khairani¹⁾, Siti Maryam¹⁾
Email: ellysustiyani10@gmail.com

¹⁾ Program studi DIII Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Qamarul Huda Badaruddin

ABSTRAK

Status gizi yang buruk pada ibu hamil bisa juga menyebabkan anemia yaitu suatu keadaan dimana kadar hemoglobin lebih rendah dari keadaan normal, dikatakan sebagai anemia bila keadaan hemoglobin kurang dari 11 gram %. Anemia pada ibu hamil akan menambah resiko kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Selain itu juga, anemia bisa menyebabkan resiko perdarahan sebelum dan pada saat persalinan yang dapat menyebabkan angka kematian ibu dan bayi. Tujuan penelitian adalah Penelitian ini di lakukan untuk mengetahui hubungan pola makan dengan status gizi pada ibu hamil trimester III yang berkunjung di Puskesmas Kuta. Metode penelitian jenis penelitian ini adalah observasional yang bersifat analitik dengan rancangan cross sectional, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara pengetahuan dengan minat, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti 54 ibu hamil dan sampelnya Sampel pada penelitian ini adalah ibu hamil Trimester III. Hasil uji statistic dari hasil penelitian menyebutkan bahwa adahubungan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil trismester III dengan nilai $p 0,001 < 0,05$. Kesimpulannya bahwa Ada hubungan yang signifikan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil trismester III.

Kata kunci: Ibu Hamil, Trimester III, Gizi Ibu Hamil

ABSTRACT

Poor nutritional status in pregnant women can also cause anemia in a condition where the hemoglobin level is lower than normal, it is said to be anemia if the hemoglobin state is less than 11 grams%. Anemia in pregnant women will increase the birth of babies with Low Birth Weight (LBW). In addition, anemia can cause the risk of bleeding before and during childbirth, which can cause the death of the mother and baby. The purpose of this research is this research was conducted to see the relationship between diet and nutritional status of third trimester pregnant women who visit the Puskesmas Kuta. The research method of this type of research is observational analytic with cross sectional design, which is a study to determine the dynamics between knowledge and interest, by approaching, observing or studying data at once. The population is the whole object of research or the object under study 54 mothers pregnancy and the sample The sample in this study were trimester III pregnant women. The results of statistical tests from the results of the study indicate that there is a relationship between diet and nutritional status of pregnant women in trismester III with a p value of $0.001 < 0.05$. The conclusion is that there is a significant relationship between diet and nutritional status of pregnant women in trimester III.

Keywords: Pregnant woman, Third Semester, Nutrition of Pregnant Woman.

A. LATAR BELAKANG

Tujuan utama pembangunan nasional adalah meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), yang di lakukan secara berkelanjutan

berdasarkan uji pembangunan nasional melalui pembangunan kesehatan yang ingin dicapai untuk mewujudkan Indonesia sehat 2010. Visi pembangunan gizi adalah mewujudkan keluarga

yang mandiri yang sadar gizi untuk mencapai status gizi yang optimal dimana pembangunan seluruh masyarakat sangat tergantung pada keluarga yang menjadi bagian inti dari masyarakat [1]. Menurut survey Demografi Kesehatan Indonesia, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebesar 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup, diantaranya disebabkan karena pengaruh status gizi. Pada tahun 2003 AKI menunjukkan 307 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2005 menjadi 262 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2006 menjadi 255 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2007 berdasarkan hasil survey kesehatan rumah tangga AKI menunjukkan 248 per 100.000 kelahiran hidup diantaranya disebabkan karena pengaruh status gizi. Oleh karena itu pembangunan kesehatan dilakukan dengan prioritas pada upaya kualitas pelayanan kesehatan. Tingginya angka kematian ibu jika dibandingkan dengan target pencapaian MDG's, masih jauh dari harapan dalam komitmen global tersebut akan sulit dicapai. Tingginya angka kematian ibu di sebabkan antara lain seperti komplikasi saat persalinan, dan belum optimalnya layanan antenatal saat kehamilan [2]. Masih tingginya angka kematian pada ibu dan bayi salah satu penyebabnya akibat status gizi yang buruk pada ibu hamil. Adapun akibat dari status gizi yang buruk pada ibu hamil adalah KEK (Kurang Energi Kronis). Dampak dari hal tersebut adalah meningkatkan risiko bayi dengan berat badan lahir rendah, keguguran, kelahiran premature dan kematian pada ibu dan bayi baru lahir. Hasil survey menunjukkan bahwa prevalensi KEK (Kekurangan Energi Kronis) pada ibu hamil masih sangat tinggi, yaitu 51%, dan pada ibu nifas 45 % [3]. Status gizi yang buruk pada ibu hamil bisa juga menyebabkan anemia yaitu suatu keadaan dimana kadar hemoglobin lebih rendah dari keadaan normal, dikatakan sebagai anemia bila keadaan hemoglobin kurang dari 11 gram % [4]. Anemia pada ibu hamil akan menambah resiko kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Selain itu juga, anemia bisa menyebabkan resiko

perdarahan sebelum dan pada saat persalinan yang dapat menyebabkan angka kematian ibu dan bayi [3].

Untuk pertumbuhan maupun aktivitas janin memerlukan makanan yang disalurkan melalui plasenta. Untuk itu ibu hamil harus mendapat gizi yang cukup untuk dirinya sendiri maupun bagi janinnya. Selama hamil ibu akan mengalami banyak perubahan dalam tubuhnya agar siap membesarkan janin yang dikandungnya, memudahkan kelahiran, dan untuk memproduksi ASI bagi bayi yang akan dilahirkannya [5]. Menurut Kartasapoetro [6], gizi adalah zat-zat yang diperoleh dari bahan makanan yang dikonsumsi dan mempunyai nilai yang sangat penting untuk memelihara proses tumbuh dalam pertumbuhan dan perkembangan, memperoleh energi guna melakukan kegiatan fisik sehari-hari, mengganti sel-sel yang rusak dan sebagai zat pelindung tubuh dengan cara menjaga keseimbangan cairan tubuh. Janin yang berkembang dan tumbuh di dalam kandungan mempunyai begitu banyak kebutuhan gizi yang harus dipenuhi melalui makanan yang harus dimakan oleh ibu hamil. Pola makan yang baik selama kehamilan dapat membantu tubuh mengatasi permintaan khusus karena hamil, serta memiliki pengaruh positif pada kesehatan bayi untuk menyusui dan mengasuh anak [7]. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Husaini, menunjukkan bahwa kenaikan berat badan pada trisemester pertama adalah 1,0 kg, pada trisemester kedua 4,4 kg, dan pada trisemester ketiga 6 kg ketiga [8]. Kenaikan berat badan dalam kehamilan disebabkan oleh hasil konsepsi berupa plasenta, fetus, liquor amnion dan dari ibu sendiri yaitu uterus dan mammae membesar, peningkatan volume darah, penambahan protein dan lemak, serta terjadinya retensi darah. Kenaikan berat badan ibu hamil merupakan tolak ukur terhadap perkembangan status gizi ibu hamil. Dari studi pendahuluan yang penyusun laksanakan di Puskesmas Kuta Lombok Tengah terdapat 170 lebih ibu hamil yang berkunjung dalam 3 bulan terakhir ini. Ada sekitar 54 ibu hamil yang berkunjung pada bulan

januari 2011. Dan sekitar 30 % dari 54 ibu hamil tersebut memiliki ukuran lingkaran lengan dibawah 23,5 cm atau sekitar 17 ibu hamil. Sebagian besar ibu hamil yang berkunjung memiliki status gizi cukup, dan pola makan ibu hamil sebagian besar 2 – 3 kali/hari. Dari latar belakang dan studi pendahuluan diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil pada trimester III (tiga) yang berkunjung ke Puskesmas Kuta Lombok Tengah.

B. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah observasional yang bersifat analitik dengan rancangan cross sectional, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara pengetahuan dengan minat, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Point Time Approach). Dengan populasi 54 ibu hamil dan sampel yang digunakan semua ibu hamil Trimester III.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur Responden

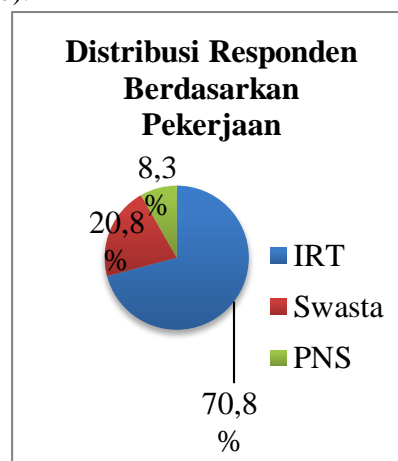
Umur	Frekuensi	%
<20 Tahun	2	4,2
20 - 35 Tahun	46	95,8
>35 tahun	0	0
Total	48	100

Tabel 1 diatas menunjukkan data responden berdasarkan umur responden. Sebagian besar responden berumur antara 20 – 35 tahun yaitu sebanyak 46 responden (95.8%), sedangkan yang berusia kurang dari 20 tahun sebanyak 2 responden (4.2%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan tingkat Pendidikan

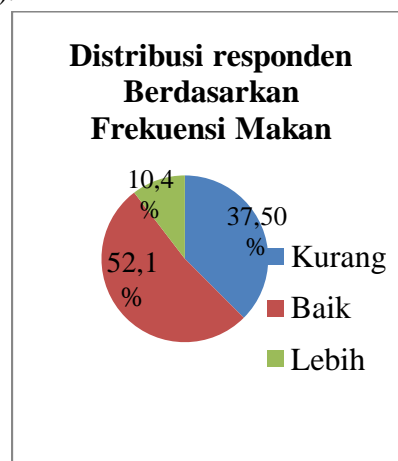
Pendidikan	Frekuensi	%
SD	11	22.9
SMP	8	16.7
SMA	24	50.0
PT	5	10.4
Total	48	100.0

Tabel 2 diatas menunjukkan data responden berdasarkan pendidikan responden. Sebagian besar responden dengan pendidikan SMA (Sekolah Menengah Atas) yaitu sebanyak 24 responden (50.0%), pendidikan SD (Sekolah Dasar) sebanyak 11 responden (22.9%), pendidikan SMP (Sekolah Menengah Pertama) sebanyak 8 responden (16.7%) dan pendidikan PT (Perguruan Tinggi) sebanyak 5 responden (10.4%).



Gambar 1. Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan

Diagram Gambar 1 diatas menunjukkan data responden berdasarkan pekerjaan responden. Sebagian besar responden dengan pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga) yaitu sebanyak 34 responden (70.8%), pekerjaan swasta sebanyak 10 responden (20.8%) dan pekerjaan PNS (Pegawai Negeri Sipil) sebanyak 4 responden (8.3%).



Gambar 2. Distribusi responden berdasarkan ferkuensi makan

Diagram Gambar 2 diatas menunjukkan data responden berdasarkan frekuensi makan. Sebagian besar responden dengan kategori frekuensi makan yang baik yaitu sebanyak 25 responden (52.1 %), dengan kategori kurang sebanyak 18 rsponden (37.5%) dan dengan kategori lebih sebanyak 5 responden (10.4%).

Tabel 3. Distribusi responden Berdasarkan Kualitas Hidangan

Kualitas	Frekuensi	%
Baik	32	66.7 %
Tidak Baik	16	33.3 %
Total	48	100.0 %

Tabel 3 diatas menunjukkan data responden berdasarkan kualitas hidangan. Sebagian besar responden dengan kualitas hidangan yang baik yaitu sebanyak 32 responden (66.7%) dan dengan kualitas tidak baik sebanyak 16 responden (33.3%).

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pola Makan

Pola Makan	Frekuensi	%
Baik	27	56.3 %
Tidak Baik	21	43.7 %
Total	48	100.0 %

Tabel 4 diatas menunjukkan data responden berdasarkan pola makan responden. Sebagian besar responden dengan pola makan yang baik yaitu sebanyak 27 responden (56.3%) dan dengan pola makan tidak baik sebanyak 21 responden (43.7%).

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi

Status Gizi	Frekuensi	%
Kurang	16	33.3 %
Normal	27	56.3 %
Lebih	5	10.4%
Total	48	100.0 %

Tabel 5 diatas menunjukkan data responden berdasarkan status gizi. Sebagian besar responden dengan status gizi normal yaitu sebanyak 27 responden (56.3%) dan status gizi yang kurang sebanyak 16 responden (33.3 %). Dalam penelitian ini menggunakan analisa Bivariat untuk mengetahui hubungan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil trismester III. Oleh karena itu maka dilakukan analisis

menggunakan Uji Chi-Square. Distribusi frekuensinya dapat dilihat pada tabel 6 dibawah ini.

Tabel 6. Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Pola Makan dengan Status Gizi Ibu Hamil pada Trimester III

Pola Makan	Status Gizi			Total	Ket
	Kurang	Normal	Lebih		
Baik	4 (14,8%)	19 (70,4%)	4 (14,8%)	27 (100%)	X ² =9.683 P=0.008
Tidak Baik	12 (57,1%)	8 (38,1%)	1 (4,8%)	21 (100%)	
Total	16 (33.3%)	27 (56.3%)	5 (10.4%)	48 (100.0%)	

Distribusi responden berdasarkan hubungan pola makan dengan status gizi ibu hamil trimester III. Dristibusi responden dengan pola makan yang baik ada 27 responden sedangkan distribusi responden dengan pola makan tidak baik ada 21 responden. Dari total 27 responden yang mempunyai pola makan baik dan status gizi kurang ada 4 responden (14,8%) dan yang mempunyai pola makan yang baik dan status gizi yang normal adalah 19 responden (70,4%) dan yang mempunyai pola makan baik dengan status gizi lebih yaitu 4 responden (14,8%). Dari 21 total responden yang mempunyai pola makan tidak baik ada 12 responden (57,1%) yang mempunyai pola makan tidak baik dengan status gizi kurang, dan yang mempunyai pola makan tidak baik dengan status gizi normal ada 8 responden (38,1 %) dan yang mempunyai pola makan tidak baik dengan status guzi kurang adalah 1 responden(4,8%)

Dari hasil analisis dengan menggunakan uji Chi-Square, diperoleh nilai signifikasi 0.002 (p < 0.05). Dari hasil tersebut diketahui bahwa 0.002<0.05, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil trimester III.

2. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan oleh peneliti diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil berusia antara 20 sampai dengan 35 tahun.Selain itu juga responden sebagian besar berpendidikan sekolah menengah atas (SMA),

dari 24 responden yang lulusan SMA ada 22 responden yang mempunyai status gizi normal. Dilihat dari pekerjaan responden sebagian besar adalah IRT (ibu rumah tangga). Dari 34 responden yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga ada 21 responden dengan pola makan yang baik. Pola makan ibu hamil adalah menu makanan yang dimakan ibu hamil dalam kesehariannya [9]. Pola makan sehat pada ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil harus memiliki jumlah kalori dan zat-zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan atau memenuhi kualitas hidangan seperti karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, serat dan air [10]. Dalam pedoman umum gizi seimbang (PUGS) susunan makanan yang dianjurkan adalah yang menjamin keseimbangan zat-zat gizi. Hal ini dapat dicapai dengan mengonsumsi beraneka ragam makanan yang baik secara kualitas maupun kuantitas setiap hari. Setiap makanan dapat saling melengkapi dalam zat-zat gizi yang dikandungnya. Adapun peran dan fungsi makanan pada ibu hamil adalah sebagai sumber energi dan tenaga yaitu untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru. Sebagai zat pembangun yaitu diperlukan untuk pertumbuhan janin dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati., dan sebagai sumber zat pengatur yaitu untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh ibu hamil [11]. Untuk mencapai gizi seimbang hendaknya susunan makanan sehari terdiri dari campuran ketiga kelompok bahan makanan tersebut. Dari setiap kelompok bahan makanan sebagai berikut sumber energi atau tenaga seperti bahan makanan yang mengandung karbohidrat, sebagai zat pengatur seperti bahan makanan yang mengandung air, mineral, vitamin (sayur-sayuran dan buah-buahan), dan sebagai sumber zat pembangun bagi ibu hamil adalah makanan yang mengandung lemak dan protein. Pada ibu hamil trimester III bahan makanan sumber zat pembangunan dan penyalur perlu diberikan lebih banyak untuk pertumbuhan janin [11]. Saat memasuki trimester III, pola makan harus

disesuaikan dengan berat badan janin yang dikandungnya. Jika janin sudah memiliki berat cukup normal, maka ibu harus membatasi asupan makannya dan mulai sedikit melakukan diet karena pertumbuhan janin yang dikandung lebih cepat dibanding trimester sebelumnya. Meskipun orang hamil cenderung cepat merasa lapar, tetapi pola makan harus diatur agar bayi dalam kandungan perkembangan dan perkembangannya sesuai umur kehamilan. Pola makan diartikan sebagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri kelompok masyarakat tertentu [12]. Dalam penelitian ini pola makan dinilai berdasarkan 6 kategori golongan makanan yaitu golongan karbohidrat, protein, lemak, sayur, dan golongan minuman. Pada penelitian ini yang dilakukan menunjukkan bahwa pola makan dengan kategori baik ada 27 responden, yang tidak baik ada sebanyak 21 responden. Hal ini menunjukkan bahwa pola makan yang baik dan memenuhi kualitas hidangan sangat diperlukan dan dibutuhkan bagi ibu hamil terutama pada saat memasuki trimester III agar gizi yang diperlukan oleh ibu hamil dan bayi terpenuhi. Menurut Almaitser [13] status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebanyak 32 responden (66.7%) dalam kategori status gizi yang normal, sedangkan yang kurang ada sebanyak 16 responden (33.3%). Kecukupan gizi pada ibu hamil haruslah diperhatikan karena menyangkut kesehatan ibu hamil serta dapat berdampak pada perkembangan janin yang sedang dikandungnya. Status gizi adalah keadaan akibat dari keseimbangan konsumsi dan penerapan konsumsi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat

tersedianya zat gizi dalam seluruh tubuh [14]. Pada masa kehamilan ibu hamil sangat memerlukan zat gizi yang lebih dari pada keadaan ibu yang tidak hamil. Semua zat gizi itu diperlukan untuk memelihara dan mempertahankan kesehatan ibu sendiri supaya dapat menyembuhkan luka pada saat persalinan dan nifas serta memberikan cadangan untuk masa laktasi dan pertumbuhan otak janin. Kebutuhan gizi maksimum terjadi pada minggu-minggu mendekati kelahiran atau saat memasuki usia kehamilan 28 - 40 minggu (trimester III). Zat-zat gizi ini diperoleh janin dari simpanan dan dari makanan ibu sehari-hari pada waktu hamil. Kebutuhan gizi ibu hamil sangat penting dan harus mengandung energi yaitu karbohidrat, protein, lemak, air, dan sayuran yang baik bagi janin dan ibu hamil [15]. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pengaturan pola makan yang baik pada ibu hamil dapat menentukan status gizi pada ibu hamil trimester III. Zat-zat gizi yang diperlukan ibu hamil untuk kesehatannya serta juga kesehatan dan perkembangan janin yang sedang dikandungnya harus diperhatikan dan dipantau. Kecukupan gizi dapat terpenuhi pada ibu hamil dengan pengaturan pola makan yang baik. Dari hasil penelitian menyebutkan bahwa adahubungan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil trimester III.

D. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan diatas dapat disimpulkan sebagai berikut : Pola makan ibu hamil trimester III di Puskesmas Kuta Lombok Tengah dengan kategori baik sebanyak 27 responden. Status gizi ibu hamil trimester III di Puskesmas Kuta Lombok Tengah dengan kategori normal sebanyak 27responden. Ada hubungan yang signifikan antara pola makan dengan status gizi ibu hamil trimester III.

DAFTAR PUSTAKA

[1] Depkes RI. 2007. Peningkatan akses Masyarakat terhadap Pelayanan

Kesehatan\ yang berkualitas. Departemen Kesehatan. Jakarta.

- [2] Bappenas, 2008. Perbaikan Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat.
- [3] Depkes R.I. 2003. Pedoman Pemberian Besi Bagi Petugas, Depkes RI, Jakarta
- [4] Manuaba, I. Bs. G. 2000. Kapita Selekt Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan Keluarga Berencana, EGC, Jakarta.
- [5] Erna Francin Paath, dkk, 2005. Gizi Tentang Kesehatan Refroduksi, FKUI: Jakarta.
- [6] Marsetiyo & Kartasapoetra, 2003. Ilmu Gizi Korelasi Gizi, kesehatan dan Produktifitas Kerja. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- [7] Hannah.H.H. dan Rosemary D.2005.NCT Book Of Safe Foods. Jakarta
- [8] Husaini, M, A. 1997. Analisis Data SKRT 1995. Anemia Pada Ibu Hamil. Jakarta: Puslitbang Gizi dan Badan Litbangkes Depkes RI.
- [9] Prasetyono, D.S. (2009). Buku Pintar Asi Eksklusif. Yogyakarta: Diva press.
- [10] Krisnatuti, Diah. 2004. Menyiapkan Makanan Pendamping Asi. Jakarta Puspa suara.
- [11] Wariyana, 2010 Gizi Reproduksi :Pustaka Rihama, Sewon, Bantul, Yogyakarta
- [12] Sri Kardjati, dkk. 1985. Aspek Kesehatan Gizi Anak Balita. Jakarta: yayasan Obor indonesia.
- [13] Almatsier, S .2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Gramedia Pustaka Utama :Jakarta
- [14] Supariasa, I. D. N. 2002. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC.
- [15] Sayogo, S. 2007. Gizi Ibu Hamil. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Analisis Faktor Penerapan Budaya Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit : *A Literature Review*

Amalia Mastuty^{1)*}, Haris Suhamdani¹⁾, Vera Yulandasari¹⁾, Teguh Achmalona¹⁾
Email: amaliastuty99@gmail.com

¹⁾ Prodi Keperawatan Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu

ABSTRAK

Sasaran keselamatan pasien (SKP) menjadi isu global dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit dan memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaannya. Tujuan dari kajian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penerapan SKP. Kata kunci yang digunakan, yaitu: patient safety, health, health worker, Pencarian artikel jurnal dilakukan secara elektronik dengan menggunakan beberapa database, yaitu: Proquest, Google Scholar, Science Direct. Batasan waktu yang digunakan adalah Januari 2009 hingga Desember 2019. Dari 1812 artikel yang diperoleh 16 artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Dari 16 literatur tersebut telah diperoleh faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan SKP antara lain, aspek ekonomi, kepemimpinan, budaya, sistem pelayanan kesehatan, pengetahuan, sikap, dan tindakan tenaga profesional, analisis situasi dan kondisi tempat kerja, sistem manajemen risiko, durasi jam kerja perawat, program mentoring, supervisi keperawatan, dan evaluasi penerapan SKP. Faktor-faktor tersebut dapat memberikan dukungan positif di rumah sakit untuk menerapkan sistem manajemen dan pelayanan kesehatan yang prima dengan memaksimalkan penerapan SKP sehingga dapat menekan risiko terjadinya malpraktik atau kejadian tidak diinginkan. Dalam proses penerapan SKP ini diharapkan ada kerjasama dan kolaborasi yang baik dari seluruh elemen rumah sakit agar bisa berjalan secara optimal dan memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Kata kunci: Sasaran Keselamatan Pasien, Kesehatan, Tenaga Kesehatan, A literature review

ABSTRACT

Patient safety is a global issue of health care in hospitals and require special attention in its implementation. The purpose of this study is to identify the factors that affect the implementation of the patient safety. By using the keyword: patient safety, health, health worker, and systematic review. Journal searching in this article use multiple databases, namely: Proquest, Google Scholar, Science Direct. The duration of time in January 2009 to December 2019. From 1812 article, only 16 articles that suitable with the inclusion criteria. From the 16 literature has been acquired factors that affect the application of patient safety among others, economic aspects, leadership, culture, health care systems, knowledge, attitudes, and actions of professionals, analysis of the situation and workplace conditions, the risk management system, the duration of working hours nurses, mentoring programs, nursing supervision, and evaluation of the patient safety implementation. These factors can provide positive support in the hospital to implement a management system and excellent health services by maximizing the application of patient safety to reduce the risk of malpractice or undesirable events. In the process of implementing this patient safety expected to have good cooperation and collaboration of all elements of the hospital to be run optimally and provide a positive impact on improving the quality of health services.

Keywords: Patient Safety, Health, Health Worker, A Literature Review

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit mempunyai peranan penting

dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Oleh karena itu

rumah sakit dituntut agar mampu mengelola kegiatannya dengan mengutamakan pada tanggung jawab para professional di bidang kesehatan, khususnya tenaga medis dan tenaga keperawatan dalam menjalankan tugas dan kewenangannya. Tidak selamanya layanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat memberikan hasil yang sebagaimana diharapkan semua pihak. Tenaga kesehatan yang melakukan kelalaian dapat disebut melakukan malpraktik. Karena banyaknya kasus malpraktik, maka harus diterapkan program keselamatan pasien (Patient Safety).

Keselamatan menjadi isu global dan terangkum dalam lima isu penting yang terkait di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan "bisnis" rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Lima aspek keselamatan tersebut penting untuk dilaksanakan, namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit^[1]. WHO (World Health Organization) tahun 2004 mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara yaitu Amerika, Inggris, Denmark dan Australia dan ditemukan KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) dengan rentang 3,2%-16,6%. Data tersebut menjadi pemicu diberbagai negara untuk melakukan penelitian dan pengembangan sistem keselamatan pasien^[1].

Fenomena insiden keselamatan pasien di Indonesia masih sering terjadi hingga tahun 2015, seperti yang telah dimuat pada Kompas harian tentang sederet insiden keselamatan pasien seperti yang terjadi pada pasien An. Marthin (7th) meninggal setelah menerima perawatan luka pasca kecelakaan di RS Kefamenanu, By Adira (12hr) bengkok dan luka

terbuka pada kaki bekas tindakan injeksi di RS Citama Bogor, Ny Sutiah (43th) mengalami gatal-gatal dan kedua kaki membengkak serta melepuh pasca operasi Hernia di RS Kasih Ibu Aceh Utara dan masih banyak lagi insiden keselamatan pasien yang lainnya. Hal ini menggambarkan bahwa budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaannya, meskipun keselamatan pasien sudah menjadi harga mati bagi Rumah Sakit, namun pelaksanaannya belum semaksimal mungkin.

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai peranan sangat penting terhadap proses pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. Perawat berusaha mempertahankan dan meningkatkan kesehatan klien serta memberikan informasi pelayanan kesehatan yang jelas dan mudah dipahami oleh klien dan keluarga selama menjalani perawatan di rumah sakit. Dalam hal ini tindakan keperawatan yang tidak sesuai SPO akan berisiko terhadap menurunnya optimalisasi penerapan sasaran keselamatan pasien (SKP).

Berdasarkan fenomena tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan analisis lebih lanjut terkait faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan SKP di rumah sakit.

B. METODE PENELITIAN

Pencarian literatur dilakukan di beberapa database mayor seperti PROQUEST, SCIEDIRECT dan GOOGLE SCHOLAR dengan memasukkan kata kunci patient safety, health, health worker. Batasan waktu yang digunakan adalah Januari 2009 hingga Desember 2019. Dari 1812 artikel yang diperoleh 16 artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi artikel adalah: 1) variabel faktor yang mempengaruhi SKP, 2) sampel adalah tenaga kesehatan di rumah sakit, dan 3) parameter yang dinilai adalah intensitas penerapan SKP.

Dari 16 literatur tersebut telah diperoleh faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan SKP antara lain, aspek ekonomi, kepemimpinan, budaya, sistem pelayanan kesehatan,

pengetahuan, sikap, dan tindakan tenaga profesional, analisis situasi dan kondisi tempat kerja, sistem manajemen risiko, durasi jam kerja perawat, program mentoring, supervisi keperawatan, dan evaluasi penerapan SKP. Sedangkan parameter yang digunakan untuk mengukur penerapan SKP diperoleh datanya dari instrument kuesioner, lembar observasi checklist, dan lembar interview. Jenis instrument yang sering digunakan yaitu *The Practice Environmental Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)* dan *The Hospital Survey of Patient Safety Culture*.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil telaah, didapatkan 9 faktor yang mempengaruhi penerapan SKP: antara lain 1) aspek ekonomi, 2) kepemimpinan, 3) budaya, 4) sistem manajemen risiko dan pelayanan kesehatan, 5) pengetahuan, sikap, dan tindakan, 6) analisis situasi dan kondisi lingkungan kerja, 7) durasi jam kerja perawat, 8) program mentoring, dan 9) supervisi keperawatan, dan evaluasi penerapan SKP.

1. Aspek Ekonomi

Penelitian dari T. Jackson *et all*, 2009^[2] menunjukkan pengaruh aspek ekonomi terhadap penerapan SKP. Hasil penelitian dalam jurnal ini menunjukkan bahwa tipe penyakit terbanyak yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu dengan gangguan endokrin dan metabolic. Dengan prosentase 17,1 % pasien tersebut berasal dari kelas ekonomi menengah ke bawah yang mengalami infeksi nosocomial karena penerapan budaya SKP di rumah sakit. Dalam hal ini aspek ekonomi mempengaruhi kelas perawatan yang berhubungan dengan ketersediaan sarana dan fasilitas yang akan menunjang pelayanan kesehatan dan kenyamanan pasien selama dirawat di rumah sakit.

2. Kepemimpinan

Terdapat dua penelitian yang berhubungan dengan aspek kepemimpinan yang berpengaruh terhadap penerapan SKP. Penelitian pertama, Olive Kessler, *et all*. 2014^[3] bertujuan untuk mengevaluasi teori, model, dan bukti empiris

terhadap fungsi, aturan dan kemandirian kepemimpinan, budaya keselamatan, dan keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil penelitian ini yaitu pengembangan kerangka kerja berdasarkan EBN yang menentukan hubungan antara kepemimpinan, budaya keselamatan, dan keselamatan pasien.

Penelitian kedua, Dwi Setiowati, *et all*, 2013^[4] bertujuan untuk mengetahui hubungan kepemimpinan efektif head nurse dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil analisis menunjukkan hubungan lemah dan positif antara kepemimpinan efektif Head Nurse dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Gaya kepemimpinan efektif head nurse meliputi, kepemimpinan efektif, pengetahuan, kesadaran diri, komunikasi, penggunaan energy, penentuan tujuan, dan pengambilan tindakan.

Dalam hal ini gaya kepemimpinan memiliki pengaruh yang besar terhadap penerapan SKP. Pemimpin yang baik akan menjadi role model untuk bekerjasama dengan staffnya dalam proses penerapan SKP sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

3. Budaya

Penelitian dari N. Bouafia *et all*. 2015^[5] bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan staff terhadap penerapan budaya SKP di RS Pusat Pendidikan Tunisia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 68,8 % tenaga kesehatan menyatakan telah melakukan penerapan budaya SKP dengan baik dan 32,7% menyatakan kurangnya dukungan manajemen terhadap penerapan budaya SKP. Faktor budaya sangat mempengaruhi penerapan budaya SKP, karena keunikan karakter pemberi dan pengguna layanan kesehatan. Dalam hal ini diperlukan manajemen dan kerjasama yang baik antar staff di rumah sakit serta upaya yang penting untuk mensosialisasikan program SKP kepada seluruh warga rumah sakit baik kepada seluruh staff maupun pasien dan keluarganya

4. Sistem Manajemen Risiko dan Pelayanan Kesehatan

Terdapat tiga penelitian yang berhubungan dengan sistem manajemen risiko dan pelayanan

kesehatan yang berpengaruh terhadap penerapan SKP. Penelitian pertama dari EN Dunia, *et al* 2015^[6] menunjukkan hasil bahwa 90% staf tenaga kesehatan di Kinshasa mengetahui manajemen risiko pengendalian infeksi dan 89% masih belum mengetahui tentang SKP. Kemudian penelitian kedua dari OA Oyourou dan M. Adeoti, 2013^[7] menunjukkan prosentase pengaruh aspek manajemen pelayanan sebagai berikut: pengembangan kepemimpinan (64%), kelengkapan dokumen SKP dan manajemen risiko (60%), teknologi kesehatan (63,6%), SDM (42%), informasi kesehatan (40%), evaluasi praktek perawatan (20%), keuangan (16%), dan penelitian kesehatan (33%). Penelitian ketiga dari H Djibo *et al*, 2013^[8] tentang pengaruh manajemen risiko terhadap penerapan SKP menunjukkan hasil sebagai berikut: 60% tenaga kesehatan berpengalaman memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien selama dirawat di RS, 65,7% terpapar dengan produk darah, 45% melakukan prosedur cuci tangan, 25,7% sering menggunakan peralatan kesehatan, 14,3% tenaga kesehatan belum melakukan imunisasi Hep B, dan 37,1% telah mengikuti pelatihan cuci tangan dan SKP.

Berdasarkan ketiga hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sistem manajemen risiko dan pelayanan kesehatan yang tepat dapat memberikan pengaruh positif terhadap optimalisasi penerapan SKP. Kelengkapan fasilitas, dan staff yang terlatih akan mendukung sosialisasi dan kemudahan dalam penerapan SKP di RS.

5. Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan

Terdapat dua penelitian yang berhubungan dengan aspek pengetahuan, sikap, dan tindakan. Penelitian pertama HB Gebru, *et al*, 2013^[9] bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan, sikap, dan tindakan keselamatan dalam melakukan injeksi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa dari 189 tenaga kesehatan, diperoleh data hanya 161 orang (85%) yang mempunyai pengetahuan tentang tindakan injeksi yang tidak aman atau berisiko, 135 orang

(71%) telah mengetahui cara pemberian obat dengan single dose. Data lain menunjukkan bahwa 149 orang (79%) mengetahui bahwa ketidaktepatan dalam pemberian obat dapat menyebabkan infeksi. 50 (26%) dan 80 (42%) dari tenaga kesehatan professional tidak menerapkan teknik aseptik dan tidak mendapatkan pelatihan terhadap prosedur keamanan injeksi. 40% dari tenaga kesehatan mengalami insiden needle stick injury.

Penelitian kedua, Bernadetta, *et al*. 2015^[10] bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang SKP dengan menerapkan SPO SKP di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan (bermakna) antara pengetahuan perawat di RSPW dengan pelaksanaan KPRS pada pasien berdasarkan hasil uji spearman diperoleh nilai korelasi sebesar 0.420 dengan signifikansi sebesar 0.001 ($p < 0.05$). Sebagian besar 49 responden (81,7%) mempunyai pengetahuan yang cukup. Lebih dari separuh responden (68,3%) masih kurang dalam melaksanakan prosedur KPRS.

Dalam hal ini sangat diperlukan pengetahuan, sikap, dan tindakan tenaga kesehatan yang baik untuk menghindari terjadinya kesalahan atau malpraktik dalam pemberian pelayanan kesehatan. Kecakapan dan ketepatan tindakan staff akan mendukung tercapainya optimalisasi penerapan SKP yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

6. Analisis Situasi dan Kondisi Lingkungan Kerja

Penelitian Marcia Kirwan *et al*, 2012^[11] bertujuan untuk mengetahui hubungan antara lingkungan kerja perawat terhadap penerapan SKP. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa beban kerja perawat di setiap ruangan dan tingkat pendidikan perawat dalam suatu lingkungan kerja berpengaruh signifikan terhadap penerapan SKP. Prosentase pengaruhnya sebagai berikut beban kerja (76%) dan tingkat pendidikan (51%). Dalam hal ini

menunjukkan bahwa lingkungan kerja yang positif dengan perhitungan beban kerja sesuai dengan SDM dan tingkat pendidikan staff setingkat sarjana dapat mendukung optimalisasi penerapan SKP

7. Durasi Jam Kerja Perawat

Penelitian Yinghui Wu, et all, 2013^[12] bertujuan untuk mengetahui pengaruh jam kerja perawat terhadap sasaran keselamatan pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan data sebagai berikut, responden perawat dibagi dalam tiga grup berdasarkan durasi jam kerja per minggu yaitu < 40 jam, 40-60 jam, dan > 60 jam. Semakin lama durasi jam kerja perawat semakin berisiko terhadap rendahnya penerapan budaya SKP. Dalam hal ini efektivitas jam kerja dapat berpengaruh terhadap kualitas kinerja perawat sehingga kinerja yang baik akan mendukung penerapan SKP secara maksimal.

8. Program Mentoring

Penelitian Devi Nurmalia, et all. 2013^[13] bertujuan untuk mengetahui pengaruh program mentoring terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap di salah satu rumah sakit swasta di Semarang. Hasil menunjukkan terdapat pengaruh antara penerapan budaya kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sesudah program mentoring ($p= 0.056$, $x_2=4.5$ $\alpha = 0.1$) dan RR 2.5. Hasil analisis menunjukkan bahwa kelompok yang tidak mendapatkan program mentoring akan berisiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan program mentoring keperawatan.

Penelitian menunjukkan metode baru dalam melakukan optimalisasi penerapan SKP yaitu dengan mentoring. Dalam pembahasan melibatkan asas dan teori 4 dimensi yaitu dimensi keterbukaan, keadilan, pelaporan, dan pembelajaran Implikasi bagi pelayanan dan pendidikan keperawatan untuk mengembangkan metode pengarahannya sesuai dengan kebutuhan perawat di rumah sakit.

9. Supervisi Keperawatan, dan Evaluasi Penerapan SKP

Terdapat tiga penelitian yang menunjukkan pengaruh supervisi keperawatan dan evaluasi SKP. Pertama penelitian Suparna *et all*, 2015^[14] yang bertujuan untuk mengetahui evaluasi penerapan patient safety risiko jatuh unit gawat darurat di Rumah Sakit Panti Rini Kalasan Sleman. Hasil penelitian adalah penerapan patient safety risiko jatuh berdasarkan SPO aspek yang dilaksanakan 100% yaitu penulisan pada dokumentasi, sedangkan 50% pengkajian risiko jatuh, aspek pada pemasangan tanda risiko jatuh, didapat keterlaksanaannya hanya 51% .

Kedua, penelitian Ari Rasdini, *et all*, 2015^[15] untuk mengetahui hubungan antara supervisi pelayanan keperawatan dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUP Sanglah Denpasar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan dan berkekuatan sedang antara supervisi pelayanan keperawatan (normatif, formatif, dan restoratif) dengan penerapan budaya SKP oleh perawat pelaksana ($p=0.000$).

Ketiga, penelitian oleh Surahmat, *et all*. (2018)^[16] yang bertujuan untuk mengetahui hubungan supervisi dengan implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil penelitian menyebutkan terdapat hubungan yang signifikan $p=0,041$. Supervisi sangat diperlukan untuk mengetahui penerapan SKP.

Dalam hal ini supervisi keperawatan dan evaluasi SKP memberikan dampak positif terhadap penerapan SKP di rumah sakit. Supervisi keperawatan merupakan bentuk pengawasan dan pendampingan terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat. Pada periode tertentu dilakukan evaluasi yang bertujuan untuk mengetahui ketercapaian penerapan SKP sehingga jika ada aspek yang belum terpenuhi bisa dilakukan strategi yang lebih baik agar penerapan SKP bisa berjalan dengan baik untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

D. IMPLIKASI KEPERAWATAN

Implikasi dari hasil literature review ini diharapkan diharapkan dapat memberikan dukungan positif di rumah sakit untuk menerapkan sistem manajemen dan pelayanan kesehatan yang prima dengan memaksimalkan penerapan SKP sehingga dapat menekan risiko terjadinya malpraktik atau kejadian tidak diinginkan. Peran perawat sangat penting dalam penerapan budaya keselamatan pasien sehingga perlunya pendalaman materi keselamatan pasien dalam pendidikan keperawatan.

Perlu adanya pengembangan penelitian lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor lain seperti etik dan dilemma serta faktor emosional dan intelektual perawat yang dapat mempengaruhi penerapan SKP. Dalam proses penerapan SKP ini diharapkan ada kerjasama dan kolaborasi yang baik dari seluruh elemen rumah sakit agar bisa berjalan secara optimal dan memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

E. KESIMPULAN

Literature review yang diperoleh dari 16 jurnal kesehatan menunjukkan berbagai faktor yang mempengaruhi optimalisasi penerapan SKP di rumah sakit. Faktor-faktor tersebut antara lain, aspek ekonomi, kepemimpinan, budaya, sistem pelayanan kesehatan, pengetahuan, sikap, dan tindakan tenaga profesional, analisis situasi dan kondisi tempat kerja, sistem manajemen risiko, durasi jam kerja perawat, program mentoring, supervisi keperawatan, dan evaluasi penerapan SKP. Sedangkan parameter yang digunakan untuk mengukur penerapan SKP diperoleh datanya dari instrument kuesioner, lembar observasi checklist, dan lembar interview. Jenis instrument yang sering digunakan yaitu *The Practice Environmental Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)* dan *The Hospital Survey of Patient Safety Culture*.

Fenomena yang muncul serta hasil penelitian dari 16 jurnal tersebut

mengindikasikan bahwa budaya keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit memerlukan perhatian khusus dalam pelaksanaannya. Optimalisasi faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas penerapan SKP dapat meningkatkan kualitas penerapan SKP dengan baik sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Depkes RI. (2011). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI
- [2] Burls A. What is critical appraisal? What is...? series of evidence-based medicine 2nd ed. Hayward Group Ltd, Hayward Medical Communications Division; 2010 Feb [cited 2012 August 12]. Supported by Sanofi Aventis. Available from: URL: [HYPERLINK](http://www.medicine.oc.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/whats_critical_appraisal.pdf)
http://www.medicine.oc.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/whats_critical_appraisal.pdf
- [3] Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M. and Weeks, W.B. (2005). Measuring Patient Safety Climate: a Review of Surveys. *Qual. Saf. Health. Care.* 14; 364 – 366.
- [4] Setiowati, D. (2013). Kepemimpinan efektif head nurse meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta / Dwi Setiowati, Allenidekania, Luknis Sabri. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju. Jurusan Keperawatan; Fakultas Ilmu Komputer Universitas Indonesia; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2013
- [5] Great Ormond Street Hospital NHS Trust for Children. Critical appraisal of journal article. United Kingdom: NHS; 2011 [cited 2012 August 12]. Available from: URL: [HYPERLINK](http://www.ucl.ac.uk/ich/services/library/training_material/critical-appraisal)
http://www.ucl.ac.uk/ich/services/library/training_material/critical-appraisal
- [6] Institute of Health Science (Oxford). Critical appraisal skill programme (CASP), making sense of evidence: 10 questions to help you make sense of reviews. England:

- Public Health Resources Unit; 2016 [cited 2012 August 12]. Available from: URL: HYPERLINK <http://www.sph.nhs.uk/sph-files/S.Reviews Appraisal Tool.pdf>
- [7] Oyourou, O.A & Adeoti. (2013). P335: Situational analysis of patient safety national device and risk management to healthcare procedures in Ivory Coast. 2nd International Conference on Prevention and Infection Control (ICPIC 2013) Geneva, Switzerland. 25-28 June 2013
- [8] Flaherty RJ. A simple method for evaluating the clinical literature. *Fam Pract Manag* 2014;11(5):47-52.
- [9] Shaheen M. Evidence based medicine and critical appraisal: Physicians' mess. *Egypt.mJ. Bronchol* 2011;3(1):5-10.
- [10] Crombie IK, Davies HT. What is meta-analysis? What is...? series of evidence-based medicine 2nd ed. Hayward Group Ltd, Hayward Medical Communications Division; 2011 Feb [cited 2012 August 12]. Supported by Sanofi Aventis. Available from: URL: HYPERLINK http://www.medicine.oc.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/meta_an.pdf
- [11] Perera R, Heneghan C. Interpreting meta-analysis in systematic reviews. *Evid. Based Med.* 2011;13:67-9.
- [12] Dept. of General Practice University of Glasgow. Critical appraisal checklist for a systematic review [cited 2012 August 12]. Available from URL: HYPERLINK http://www.gla.ac.uk/media_64047_en.pdf
- [13] Nurmalia, D., Handiyani, H., Pujasari, H. (2013). Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Managemen Keperawatan* . Volume 1, No. 2, November 2013; 79-88
- [14] Suparna & Kurniawati, T. (2015). Evaluasi Penerapan Patient Safety Resiko Jatuh Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Panti Rini Kalasan Sleman. *STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta*
- [15] Rasdini, A.IGA., Wedri, N.M., Mega, IGA. (2015). Hubungan Antara Supervisi Pelayanan Keperawatan Dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Politeknik Kesehatan Denpasar*.
- [16] Surahmat, R; Neherta,N; & Nurariati. (2018). Hubungan Supervisi dengan Implementasi Sasaran keselamatan Pasien

di Rumah Sakit Muhammadiyah
Palembang. Seminar Nasional
Keperawatan.

Perbedaan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Sebelum dan Sesudah Akreditasi di Puskesmas Praya Kabupaten Lombok Tengah

Lalu Sulaiman^{1)*}, Sastrawan¹⁾, Sulwiyatul Kamariyah Sani²⁾, Muslim Tasim³⁾
Email: sulaimanlalu@gmail.com

¹⁾Magister Administrasi Kesehatan Universitas Qamarul Huda Badaruddin

²⁾ Universitas Qamarul Huda Badaruddin

³⁾ Mahasiswa Program Studi Administrasi Kesehatan Universitas Qamarul Huda Badaruddin

ABSTRAK

Akreditasi merupakan suatu upaya pemerintah untuk menjamin mutu pelayanan dalam hal ini yaitu pelayanan kesehatan. Pelayanan yang berkualitas bilamana pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Tidak hanya sampai disitu, pelayanan kesehatan yang berkualitas harus mampu mencegah terjadinya mal praktek (*adverse event*). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan persepsi pasien rawat jalan terhadap perbedaan mutu pelayanan sebelum dan sesudah kegiatan akreditasi di Puskesmas Praya Kabupaten Lombok Tengah. Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan partisipan utama adalah pasien rawat jalan yang pernah berobat sebelum maupun sesudah akreditasi. Sedangkan partisipan (sasaran) antara adalah kepala dan para petugas yang ada di Puskesmas Praya. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan persepsi partisipan tentang penampilan fisik dan sarana yang ada di puskesmas Praya. Dalam arti bahwa penampilan fisik dan sarana pelayanan yang tersedia jauh lebih baik setelah akreditasi. Kecepatan pelayanan jauh lebih cepat dengan waktu tunggu yang lebih singkat. Selain itu perilaku petugas dalam memberikan pelayanan serta kenyamanan pasien saat berobat jauh lebih baik dari pada sebelum akreditasi. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan kesehatan paska akreditasi jauh lebih baik dibandingkan dengan sebelum akreditasi. Diharapkan kepada kepala Puskesmas Praya dan jajarannya untuk mempertahankan mutu pelayanan kesehatan dengan menggunakan prinsip siklus PDCA.

Kata kunci: persepsi pasien; mutu layanan; akreditasi; puskesmas.

ABSTRACT

Accreditation is an effort by the government to guarantee the quality of services especially in health services. A good service can be done if the service can meet the needs and expectations of customers. Not only that, quality of health services must be able to prevent the malpractice (adverse events). The purpose of this study was to determine whether there were differences in outpatient perceptions of differences in service quality before and after accreditation at Praya Health Center, Central Lombok. Research method was done by descriptive qualitative method with the main participants are outpatients who have received treatment before and after accreditation while the participants (targets) are head and officers at the Praya Health Center. The results of this study indicate that there are differences in participants' perceptions of physical appearance and facilities at the Praya health center. In the sense that the physical appearance and the availability of service facilities are much better after accreditation. The speed of services was much faster with shorter waiting time. In addition, the behavior of officers in providing services and patient comfort during treatment is much better than before accreditation. Based on the description above, it can be concluded that the quality of post-accreditation health services is much better than before accreditation. It is hoped that the head of the Praya Health Center and staff will maintain the quality of health services using the PDCA cycle principle.

Keywords: patient perception; quality service; accreditation; Public health center.

A. LATAR BELAKANG

Program akreditasi puskesmas merupakan salah satu bentuk kebijakan pemerintah untuk menjamin mutu pelayanan puskesmas di seluruh Indonesia agar sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Menurut Tawalujan, dkk. (2018), pelayanan dikatakan berkualitas atau memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat, apabila masyarakat tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak berkualitas atau tidak efisien [1]. Guna menjamin bahwa perbaikan kualitas pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berkesinambungan di puskesmas, diperlukan adanya penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan, yaitu melalui mekanisme akreditasi.

Tujuan dari pelayanan kesehatan yang sesuai standar melalui penetapan Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah untuk menjamin jangan sampai terjadi apa yang disebut “Mal Praktek” atau sering dikatakan sebagai *adverse event*. Praktek semacam ini sering kali merugikan pasien dan sering berdampak buruk bagi pasien baik berupa kecacatan maupun kematian.

Dari hasil konferensi nasional yang diadakan di Program Studi S2 IKM Universitas Gadjah Mada tahun 2006, dikemukakan bahwa peristiwa *adverse event* pada pasien-pasien di Amerika Serikat melebihi angka kecelakaan lalu lintas. Di negara maju seperti di Amerika Serikat saja kejadiannya sangat besar apalagi di negara berkembang seperti di Indonesia. Oleh karena itulah pemerintah mulai memikirkan mutu pelayanan kesehatan di setiap institusi pelayanan kesehatan mulai dari puskesmas hingga fasilitas pelayanan kesehatan rujukan. Tiada lain tujuannya adalah untuk mengurangi atau mencegah terjadinya *adverse event* dan meningkatkan kepuasan pasien.

Menyadari akan hal ini pemerintah mulai melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui program *Quality Assurance*, program ISO 9000 di puskesmas-puskesmas dan

saat ini melalui program akreditasi puskesmas. Penulis pernah melakukan studi banding di beberapa Puskesmas ISO yang ada di Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur pada tahun 2008. Hasil studi banding tersebut belum bisa diaplikasikan di Lombok Tengah waktu itu. Hal tersebut dikarenakan ukuran fisik ruangan seluruh puskesmas yang ada di Lombok Tengah belum ada yang memadai. Program ISO tidak hanya menyangkut masalah administrasi seperti ketersediaan protap untuk masing-masing jenis pelayanan akan tetapi ada standar ukuran fisik ruangan setiap jenis pelayanan kesehatan di puskesmas. Pada saat itu, rata-rata ukuran fisik puskesmas-puskesmas yang ada di Lombok Tengah dapat dikatakan masih minimalis.

Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah memenuhi standar akreditasi [2]. Akreditasi puskesmas wajib dilakukan secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali untuk menjamin peningkatan mutu secara berkesinambungan [3].

Program akreditasi di Kabupaten Lombok Tengah mulai tahun 2017 kegiatan akreditasi meliputi administrasi, usaha kesehatan masyarakat dan usaha kesehatan perorangan, laboratorium dan kefarmasian.

Puskesmas Praya sendiri mulai terakreditasi tahun 2017 dengan kategori “madya”. Secara kasat mata penampilan fisik Puskesmas Praya setelah akreditasi memang lebih baik bila dibandingkan dengan sebelum akreditasi. Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti apakah ada perbedaan persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan sebelum dan sesudah adanya program akreditasi.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan sebelum dan sesudah adanya program akreditasi. Tujuan khususnya adalah untuk mengetahui persepsi pasien tentang: Penampilan atau Keberadaan sarana fisik dan sarana penunjang

puskesmas, Kecepatan pelayanan, Sikap dan perilaku petugas pemberi pelayanan, Kenyamanan dalam pemberian pelayanan.

Manfaat secara umum dari penelitian ini adalah untuk memberikan informasi dan rekomendasi bagi para petugas dan para pengambil kebijakan di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah tentang mutu dan upaya perbaikan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Praya Kabupaten Lombok Tengah.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif-kualitatif. Informan primer dalam penelitian ini adalah pasien yang pernah berkunjung/berobat di Puskesmas Praya sebelum dan sesudah akreditasi. Informan sekundernya adalah para pejabat struktural dan fungsional yang ada di Puskesmas Praya serta para *stakeholders* yang dianggap kredibel dibidang akreditasi puskesmas.

Informasi dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara dan FGD. Informasi yang terkumpul akan dibuat dalam bentuk transkrip, untuk mengolahnya akan dilakukan melalui proses koding, kategorisasi dan penentuan tema-tema yang kemudian disajikan dan diuraikan dalam artikel ini.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Persepsi yang terimplentasi dalam kepuasan pasien akan tercermin dalam minat seseorang terhadap jasa pelayanan berkaitan dengan kemampuan penyedia jasa pelayanan. Kepuasan pasien dapat didefinisikan sebagai *big quality* atau *broad quality* (kepuasan secara luas). Kepuasan secara luas tersebut terkait dengan mutu secara menyeluruh yang menyangkut mutu pelayanan dilihat dari aspek penampilan fisik puskesmas, kecepatan pelayanan, sikap dan perilaku petugas dan kenyamanan dalam pemberian pelayanan.

Setelah melalui proses pengolahan data ditemukan tema-tema sebagai berikut:

1. Penampilan Fisik Puskesmas Praya.

Dari hasil wawancara mendalam dengan informan ditemukan bahwa perlengkapan fisik Puskesmas Praya termasuk perlengkapannya jauh berbeda sebelum dan sesudah akreditasi. Mereka mengatakan bahwa dahulu gedung puskesmas Praya kurang bersih, ruang tunggu pasien masih di halaman atau diluar gedung, hanya ada bangku yang terbuat dari kayu sebagai tempat duduk pasien sementara menunggu namanya dipanggil oleh petugas loket. Ruang loket (tempat penerimaan pasien) menghadap keluar gedung (menghadap halaman). Terkadang pasien terkena terik matahari bila jumlah kerumunan pasien cukup banyak.

Saat ini ruang tunggu sudah ada didalam gedung. Bangku tunggu sudah terbuat dari baja yang nyaman diduduki, Ruang tunggu dilengkapi AC. Saat ini pasien tidak terkena terik matahari dan hujan pokoknya terasa lebih nyaman dari pada sebelum akreditasi.

Seorang informan mengatakan:....."*Ruang tunggu Puskesmas Praya saat ini jauh lebih nyaman. Lokasinya didalam gedung, ada AC nya, tempat duduk bagus nyaman rasanya dan ruangnya juga cukup luas. Kalau dahulu ruang tunggu ada diluar termasuk tempat antrean saat ambil obat juga terletak di luar. Terkadang terkena sinar matahari, karena ruang loket dan apotik sama-sama menghadap keluar (halaman)*". (Wawancara dengan Hj. Rky 40 tahun).

Selain itu menurut informan lainnya, ruang pelayanan pasien seperti ruang periksa, ruang laboratorium, ruang apotik, KIA, dan lainnya keadaannya sangat memadai jika dibandingkan dengan keadaan dahulu ketika belum ada akreditasi. Begitu juga ruang penunjang lainnya seperti kamar mandi dan musholla sangat terjaga kebersihannya.

Seorang informan mengatakan:...."*Ruang pelayanan pasien saat ini lebih luas, bersih dan rapi. Alur pelayanan jelas karena ada bagan alur pelayanan tertempel di tembok serta ada panah penunjuk arah. Kita tidak bingung jadinya*". (Wawancara dengan H.Gbh, 65 tahun),

juga yang mengatakan: ”*sekarang kalau mau buang air WC nya bersih, tidak berbau, air tidak pernah mati. Musholla untuk sholat juga bersih. Tersedia tempat wudhu yang memadai*”. (Wawancara dengan Mar, 37 tahun).

Dari petikan wawancara diatas terlihat bahwa dari segi keadaan sarana fisik Puskesmas Praya menurut penilaian dan persepsi pasien jauh lebih baik atau lebih memadai dibandingkan keadaan sarana fisik puskesmas sebelum akreditasi. Kondisi semacam ini akan memberikan kesan bagi para pasien bahwa upaya akreditasi telah memberikan rasa nyaman bagi mereka. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Taekab, A H., Suryawati, C., Kusumawati, W (2019) yang mengatakan bahwa unsur *tangible* seperti penampilan fisik puskesmas berhubungan secara signifikan dengan kepuasan pasien [4]

2. Kecepatan Pelayanan

Kecepatan pelayanan terutama lama waktu tunggu (antrean) merupakan salah satu indikator yang digunakan oleh pasien untuk menilai mutu pelayanan di sarana pelayanan kesehatan. Orang selalu mengatakan bahwa menunggu lama merupakan hal yang membosankan.

Dari hasil wawancara dengan informan, rata-rata mereka mengatakan bahwa waktu tunggu saat ini jauh lebih singkat dari pada sebelum akreditasi. Serang informan mengatakan:

....” *Dahulu begitu kita datang di puskesmas, kita berikan kartu pengunjung kepetugas loket. Lama baru kita dipanggil karena menunggu giliran saat petugas mencari berkas pasien. Begitu dipanggil banyak hal-hal yang ditanyakan terutama yang menyangkut identitas pasien dan keluarga. Apalagi kalau lupa bawa kartu pengunjung proses pencarian berkas akan lebih lama lagi. Kalau rumah kita dekat biasanya petugas menyuruh kita pulang cari kartu pengunjung. Begitulah dahulu. Nah sekarang tidak perlu itu, cukup bawa kartu BPJS. Petugas secara cepat dan secara otomatis akan menemukan data kita di komputer jadi proses cepat tidak ribet*”.

Menurut mereka, saat ini prosesnya gampang. Kita tidak perlu membawa berkas sendiri menuju ruang pelayanan berikutnya. Apakah ke ruang periksa, laboratorium, ruang suntik atau ruang pengambilan obat. Semua sudah terhubung secara otomatis melalui jaringan komputer. Ada juga pasien yang mengatakan:.....”*pokoknya saat ini, waktu yang diprlukan sejak baru datang ke puskesmas sampai pulang jauh lebih singkat dibandingkan dengan yang dulu-dulu. Ini mungkin karena pelayanannya serba computer*”. Maksud mereka bahwa pelayanan di puskesmas serba komputer adalah karena sistem pelayanan kesehatan di Puskemas Praya sudah serba digital melalui *local area network* (LAN). Dengan demikian prosesnya menjadi lebih cepat guna mewujudkan daya tanggap/ responsiveness yang baik guna membantu pasien memenuhi harapannya, misalnya waktu yang diperlukan petugas kesehatan untuk memberikan informasi yang jelas, menyelesaikan keluhan pasien dan tindakan yang cepat pada saat pasien membutuhkan.

Menurut Hanum, F (2020) mengatakan salah satu dimensi mutu pelayanan adalah memberikan pelayanan dengan waktu yang tepat sesuai waktu yang dibutuhkan, sebagaimana tertera dalam standar pelayanan [5]. Dalam memberikan pelayanan, petugas sebaiknya menggunakan waktu sebaik – baiknya yaitu tidak terlalu lama. Pemeriksaan atau pelayanan yang terlalu lama cenderung mengakibatkan pasien atau pelanggan yang dilayani bosan / jenuh dan menganggap bahwa petugas tidak profesional (terkesan lambat) serta akan mengakibatkan antrean yang panjang di loket pendaftaran atau loket pembayaran.

3. Sikap dan Perilaku Petugas

Sikap dan perilaku petugas pemberi pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan. Petugas yang selalu senyum dan ramah-tamah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien akan akan memberikan kesan yang baik bagi pasien dalam menerima pelayanan. Sikap dan perilaku

semacam itu akan memberikan sugesti positif bagi kesembuhan pasien.

Tidak ada artinya gedung yang megah alat yang serba canggih kalau sikap dan perilaku petugas kurang baik dalam memberikan pelayanan. Oleh karena itu sejak adanya akreditasi puskesmas semua petugas berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang terbaik dengan mengutamakan sifat kekeluargaan, selalu senyum dan ramah tamah sehingga pasien merasa diperlakukan seperti keluarga sendiri dalam arti pasien tidak dianggap sebagai orang asing yang merasa diasingkan oleh petugas. Model pelayanan semacam ini menyebabkan kesetiaan pasien untuk meminta pelayanan kesehatan di Puskesmas Praya tetap tinggi. Keadaan inilah yang menyebabkan terjadinya peningkatan *visite rate* di Puskesmas Praya. Seorang petugas mengatakan:.....”*bahwa sejak adanya akreditasi kami telah menandatangani kesepakatan bersama bahwa kami berkomitmen untuk selalu memberikan pelayanan kesehatan terbaik dengan senyum dan ramah-tamah serta penuh kekeluargaan*”. Komitmen petugas semacam ini memang sangat diperlukan didalam menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yaitu pelayanan yang *emphaty*, kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pasien dengan tetap menunjukkan adanya perhatian petugas kesehatan dengan setiap keluhan pasien dan keluarganya.

Dalam melaksanakan pelayanan tentunya tak terlepas dari sikap dalam menghadapi pelanggan atau *contact personal*. Hal ini merupakan aspek yang penting dalam menentukan kualitas dalam pemberian pelayanan. Untuk mencapai hal ini, maka *performance* atau penampilan yang baik dan rapi turut mendukung dengan sikap ramah, memperlihatkan gairah kerja, sikap siap melayani, tenang dalam bekerja, mengetahui dengan baik pekerjaannya baik yang berhubungan dengan tugas unitnya maupun unit lain, mampu berkomunikasi dengan baik dan mampu menangani keluhan pelanggan.

Kepuasan terhadap proses pelayanan kesehatan terkait erat dengan hubungan antar manusia. Oleh karena itu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan sangat penting artinya [6]. Performa petugas akan menentukan tingkat kepercayaan dan keyakinan kepada tenaga kesehatan, termasuk tingkat keyakinan pasien akan kesesuaian diagnosa dan obat yang diberikan. Semua ini akan mempengaruhi tingkat kesetiaan pasien untuk berkunjung di sarana pelayanan kesehatan.

4. Kenyamanan dalam pemberian pelayanan

Kenyamanan merupakan salah satu unsur dari mutu pelayanan. Rasa nyaman yang diterima pasien selama proses pelayanan akan membuat pasien menjadi senang dan betah berada di tempat tersebut. Salah seorang pasien mengatakan:

.....”*disini saya merasa betah, tempatnya nyaman, tidak ada suara yang rebut, petugasnya ramah tamah, tempat duduknya enak pokoknya nyaman dah*”. Memang kalau diperhatikan kondisi di Puskesmas Praya secara riilnya sama dengan apa yang disampaikan oleh seorang pasien. Tidak ada suara ribut karena mereka sudah bekerja secara digital yang terhubung melalui system jaringan sehingga petugas tidak perlu saling panggil-memanggil atau sahut-sahutan bila satu sama lain diantara petugas saling membutuhkan. Saat ini sistim komunikasi mereka sudah melalui jaringan komputer sehingga tidak perlu bersuara. Suasana pun menjadi tenang, tempat duduk untuk menunggu giliran juga memadai, ruangan ber AC sehingga terasa nyaman. Menurut mereka keadaan ini jauh berbeda dari keadaan sebelum adanya akreditasi.

Kenyamanan ini merupakan salah satu unsur *tangible* dimana menurut Taekab, A H., Suryawati, C., Kusumawati, W (2019) mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara unsur kenyamanan dengan kepuasan pasien.

Selain tersebut di atas, untuk dapat memberikan pelayanan yang nyaman dan memuaskan bagi pengguna jasa,

penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi asas– asas pelayanan. Berdasarkan Keputusan Menpan Nomor 63 Tahun 2004 yang menyatakan bahwa asas–asas pelayanan meliputi: transparansi, akuntabilitas, kondisional, partisipatif, kesamaan hak dan keseimbangan hak dan kewajiban [7].

D. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa: 1) Keadaan sarana fisik Puskesmas Praya menurut penilaian dan persepsi pasien jauh lebih baik atau lebih memadai dibandingkan keadaan sarana fisik puskesmas sebelum akreditasi. 2) Kecepatan pelayanan sudah baik, tidak membuat pasien lama menunggu karena didukung oleh system komputerisasi. 3) Sejak adanya akreditasi puskesmas, semua petugas berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang terbaik dengan mengutamakan sifat kekeluargaan, selalu senyum dan ramah tamah sehingga pasien merasa diperlakukan seperti keluarga sendiri dalam arti pasien tidak dianggap sebagai orang asing yang merasa diasingkan oleh petugas. 4) Kenyamanan dalam menerima pelayanan di Puskesmas Praya setelah akreditasi jauh lebih nyaman, tidak rebut, ruangnya ber AC dan system antrian sudah memakai sistem komputersisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Tawalujan, et.al. (2018), Hubungan Antara Status Akreditasi Puskesmas Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Kota Manado, *Jurnal KESMAS*, Vol. 7 No. 5.
- [2] Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2017)
- [3] Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi
- [4] Taekab, A H., Suryawati, C., dan Kusumawati, W (2019), Analisis Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas dan Hubungannya Dengan

- [5] Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Leyangan Kabupaten Semarang Tahun 2018, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol. 7 No.1.
- [6] Hanum, F. (2020), Terapkan Tujuh Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- [7] Pohan, Imbolo (2007), *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran. ECG, Jakarta.
- [7] Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: 26/KEP/M.PAN/2/2004 Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Aterosklerosis pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Karya Dharma Husada Bros Singaraja

Setiawati^{1*)}, Dewa Ayu Swastini¹⁾, Made Krisna Adi Jaya¹⁾
Email: setiawatiLoy27@gmail.com

¹⁾ Program Studi Farmasi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Udayana

ABSTRAK

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan salah satu bentuk penyakit kardiovaskular yang menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis pada pasien rawat jalan di RSUD Karya Dharma Husada Bros Singaraja. Penelitian ini merupakan penelitian observasional (non-eksperimental) dengan metode cross-sectional, dan penarikan subjek penelitian secara purposive sampling. Sampel penelitian berjumlah 96 pasien yang telah memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi. Analisa data dilakukan secara deskriptif untuk melihat karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Uji Chi-Square dilakukan untuk mempelajari korelasi antara kejadian aterosklerosis dengan faktor risiko.

Kata kunci: PJK, aterosklerosis, faktor risiko

ABSTRACT

Coronary heart disease (CHD) is a form of cardiovascular disease which is the number one cause of death in the world. The purpose of this research is to determine the risk factors that influence the incidence of atherosclerosis in outpatients at Karya Dharma Husada Bros Singaraja Hospital. This study was an observational (non-experimental) study with a cross-sectional method, and the withdrawal of research subjects was purposive sampling. Data analysis was performed descriptively to see the characteristics of each variable studied. Chi-Square Test was conducted to study the correlation between the incidence of atherosclerosis with risk factors.

Keywords: CHD, atherosclerosis, risk factor.

A. LATAR BELAKANG

Penyakit kardiovaskular merupakan penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 menunjukkan 17,9 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler [1]. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler 7,4 juta di antaranya disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan 6,7 juta disebabkan oleh stroke. Menurut Riskesdas 2013 prevalensi PJK di Indonesia sebesar 1,5% (berdasarkan wawancara gejala) dan 0,5 % (berdasarkan wawancara diagnosis dokter), kemudian pada tahun 2018 prevalensi PJK di Indonesia sebesar 1,5% (berdasarkan wawancara gejala) dan 1,4 %

(berdasarkan wawancara diagnosis dokter) [2]. Prevalensi PJK di kabupaten Buleleng 0,5% (berdasarkan wawancara diagnosis dokter) dan 1,1% (berdasarkan wawancara gejala) [2]. Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyakit jantung yang timbul akibat penyempitan pada arteri koronaria, sehingga mengganggu aliran darah ke otot jantung. Penyempitan dan penyumbatan pada arteri disebabkan oleh arterosklerosis. Proses arterosklerosis berawal dari penumpukan kolesterol terutama Low Density Lipoprotein (LDL) di dinding arteri [3]. Faktor risiko aterosklerosis dapat dibedakan menjadi faktor risiko mayor atau utama dan faktor risiko minor. Faktor risiko mayor diantaranya adalah umur, jenis kelamin, keturunan (ras),

merokok, tinggi kolesterol dalam darah, hipertensi, kurang aktivitas fisik, diabetes mellitus, obesitas dan berat badan lebih. Sedangkan yang termasuk faktor risiko minor adalah stress, alkohol, diet dan nutrisi [4].

RSU Karya Dharma Husada Bros Singaraja merupakan salah satu rumah sakit yang terdapat di Bali bagian utara, yaitu terletak di Kabupaten Buleleng. RSU Karya Dharma Husada Bros Singaraja memiliki data rekam medis yang lengkap diantaranya: aspek demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, obesitas (BMI), kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia, serta aspek laboratorium yang meliputi profil lipid dan gula darah. Penelitian tentang prevalensi faktor risiko yang berpengaruh terhadap aterosklerosis belum pernah dilakukan di RSU Karya Dharma Husada Bros Singaraja sehingga peneliti akan melakukan penelitian tentang faktor risiko apa saja yang berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis di Rumah Sakit tersebut.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional (non-eksperimental), dimana akan diidentifikasi dalam beberapa aspek demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, obesitas (BMI), kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia, serta aspek laboratorium yang meliputi profil lipid dan gula darah. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalan di Poli Jantung dan Penyakit Dalam RSU Karya Dharma Husada Bros Singaraja. Penelitian ini membutuhkan 48 pasien yang terdiagnosa aterosklerosis dan 48 pasien yang tidak terdiagnosa aterosklerosis, diperoleh 96 pasien yang telah memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi, dan data rekam medis atau wawancara subjek penelitian dengan lembar pengumpulan data, serta lembar persetujuan ikut dalam penelitian (*informed consent*).

Teknik pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling*, dengan desain

penelitian secara *cross-sectional*. Desain penelitian secara *cross-sectional* merupakan rancangan studi yang mempelajari hubungan antara paparan dan penyakit dengan cara mengamati keduanya secara serentak yakni dalam waktu bersamaan. Teknik pengambilan sampel secara *purposive sampling* artinya subjek penelitian yang dipilih adalah pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

- Pasien berumur 30-65 tahun.
- Pasien dengan data rekam medis yang jelas dan lengkap.
- Pasien yang telah terdiagnosis aterosklerosis dan non aterosklerosis berdasarkan rekam medis.

b. Kriteria Eksklusi

- Pasien dengan gangguan psikologis berat dan tuberkulosis.
- Pasien atau keluarga pasien yang menolak untuk berpartisipasi.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan SPSS for Windows 20,0 *version*. Analisa deskriptif dilakukan untuk melihat karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data kategorik akan dilihat berdasarkan distribusi frekuensi (n) dan persentase (%) tiap kategori, data disajikan dengan menggunakan tabel serta diinterpretasikan. Analisa bivariat dengan menggunakan uji Chi-Square dilakukan untuk mempelajari korelasi antara kejadian aterosklerosis dengan faktor risiko yang telah ditentukan sebelumnya. Faktor risiko aterosklerosis dikatakan berpengaruh apabila diperoleh nilai $p < 0,05$. Analisa multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik digunakan untuk menganalisa faktor-faktor yang paling berkontribusi terhadap kejadian aterosklerosis. Variabel yang akan dimasukkan ke dalam uji regresi logistik adalah variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$.

C. PEMBAHASAN

Pada penelitian ini jumlah sampel yang di digunakan terdiri dari 48 pasien yang

terdiagnosa aterosklerosis dan 48 pasien yang tidak terdiagnosa aterosklerosis. Karakteristik dasar subjek penelitian diperoleh 96 sampel yang telah memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi penelitian. Karakteristik sampel pada penelitian ini antara lain faktor yang tidak dapat diubah meliputi umur dan jenis kelamin, faktor gaya hidup dan kebiasaan meliputi obesitas (BMI), kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan faktor berdasarkan riwayat penyakit meliputi riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia. Karakteristik dasar subjek penelitian dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Dasar Subjek Penelitian

Karakteristik pasien	Frekuensi (n=96)	Persentase (%)
Umur		
30-45 tahun	10	10,4
46-55 tahun	25	26,0
56-65 tahun	61	63,5
Jenis kelamin		
P	46	47,9
L	50	52,1
Obesitas (BMI)		
Ya ($\geq 25,0$ kg/m ²)	41	42,7
Tidak (<25,0 kg/m ²)	55	57,3
Merokok		
Ya	19	19,8
Tidak	77	80,2
Alkohol		
Ya	18	18,8
Tidak	78	81,3
Hipertensi		
Ya ($\geq 140/90$ mmHg)	77	80,2
Tidak (<140/90 mmHg)	19	19,8
Diabetes mellitus		
Ya (≥ 126 mg/dL)	43	44,8
Tidak (<126 mg/dL)	53	55,2
Dislipidemia		
Ya (≥ 200 mg/dL)	27	28,1
Tidak (<200 mg/dL)	69	71,9

Pada penelitian ini umur sampel penelitian dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kategori umur yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI (2009), dimana masing-masing kelompok menggambarkan tahap pertumbuhan sampel. Umur dibagi menjadi kategori masa dewasa akhir pada rentang 30-45 tahun, masa lansia awal pada rentang 46-55 tahun, dan masa lansia akhir pada rentang 56-65 tahun. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 2) diperoleh bahwa umur 56-65 tahun berisiko 4,24 kali menderita aterosklerosis dengan interval kepercayaan 1,54-11,72 dan diperoleh bahwa faktor umur berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis *p-value* yaitu 0,005. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hense, et al, 2003, dan Roth, et al, 2010 yang menyatakan faktor umur berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis (*p-value*=0,002). Usia berpengaruh pada aterosklerosis karena usia menyebabkan perubahan pada jantung dan pembuluh darah. Perubahan-perubahan yang diakibatkan oleh usia juga dipengaruhi oleh masalah genetik serta diperberat oleh berkurangnya aktifitas fisik, dan berbagai penyakit degeneratif seperti DM, hipertensi yang tidak terkontrol, dan kebiasaan merokok.

Pada penelitian ini jenis kelamin sampel penelitian dibagi menjadi 2 kelompok yaitu laki-laki dan perempuan. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 3) diperoleh *p-value* yaitu 1,00. Hal ini menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis dengan kekuatan korelasi OR:1,000 dengan interval kepercayaan 0,44-2,22. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Farahdika (2015) bahwa faktor jenis kelamin tidak berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis (*p-value*=0,816) dengan nilai OR=1,242 [5]. Penelitian ini sejalan dengan teori dari Supriyono (2008) yang mengatakan bahwa 28 kejadian arterosklerosis biasanya paling banyak pada laki-laki, tetapi seiring dengan bertambahnya umur dan faktor

menopause perempuan juga berisiko hampir sama dengan laki-laki.

Menurut kriteria WHO (2004) klasifikasi status gizi orang dewasa di Asia berdasarkan BMI, sampel dinyatakan obesitas jika nilai BMI ≥ 25 kg/m². Sampel penelitian dinyatakan tidak obesitas jika nilai BMI < 25 kg/m². Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 4) menunjukkan bahwa faktor obesitas (BMI) berisiko 0,54 kali terkena aterosklerosis dibandingkan yang tidak obesitas dengan interval kepercayaan 0,242-1,243. Namun pada penelitian ini faktor obesitas (BMI) tidak berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis (*p-value*=0,548). Penelitian ini

sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Risanuri (2016) menyatakan bahwa faktor obesitas (BMI) tidak berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis (*p-value*=0,046). Obesitas tidak berpengaruh terhadap aterosklerosis karena obesitas tidak selalu berdiri sendiri, tetapi biasanya diperburuk oleh faktor lain seperti tekanan darah, kadar trigliserida, kolesterol, resistensi glukosa, serta pengumpulan darah. Peningkatan tekanan darah membuat pembuluh darah rentan untuk mengalami penebalan dan penyempitan, hal tersebut jika terjadi pada arteri koroner akan menimbulkan aterosklerosis [6].

Tabel 2. Hubungan Umur Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Umur						
30-45 tahun	3	6,3	7	14,6	0,008*	
46-55 tahun	7	14,6	18	37,5	0,068	3,855 (0,906-16,406)
56-65 tahun	38	79,2	23	47,9	0,005*	4,248 (1,540-11,723)

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Tabel 3. Hubungan Jenis Kelamin Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Jenis kelamin						
P	23	47,9	23	47,9	1,000	1,000
L	25	52,1	25	52,1		(0,449-2,227)

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Tabel 4 Hubungan Obesitas (BMI) Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Obesitas (BMI)						
Ya ($\geq 25,0$ kg/m ²)	17	35,4	24	50,0	0,548	0,548 (0,242-1,243)
Tidak ($< 25,0$ kg/m ²)	31	64,6	24	50,0		

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Tabel 5. Hubungan Kebiasaan Merokok Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Merokok						
Ya	19	39,6	0	0	0,000*	2,655
Tidak	29	60,4	48	100,0		(1,992-3,539)

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Tabel 6. Hubungan Mengonsumsi Alkohol Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Alkohol						
Ya	17	35,4	1	2,1	0,000*	25,774
Tidak	31	64,6	47	97,9		(3,262-203,673)

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Pada penelitian ini sampel dinyatakan merokok jika pernah dan masih aktif merokok sampai saat ini. Sedangkan kategori tidak merokok adalah yang pernah merokok dan telah berhenti sejak umur 25 tahun. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 5) menunjukkan bahwa kebiasaan merokok berisiko 2,65 kali terkena aterosklerosis dibandingkan yang tidak merokok dengan interval kepercayaan 1,992-3,539. Pada penelitian ini kebiasaan merokok berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis (*p-value* yaitu <0,001). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Patriyani (2016) bahwa kebiasaan merokok berpengaruh terhadap kasus aterosklerosis dengan *p-value*=0,02 [7].

Risiko merokok bergantung pada jumlah rokok yang diisap per hari, namun tidak pada lamanya merokok. Seseorang yang merokok lebih satu bungkus rokok serhari menjadi dua kali lebih rentan dari pada mereka yang tidak merokok. Merokok dapat mendorong perkembangan aterosklerosis dengan memulai

cedera pada endotel, karena produksi radikal bebas atau melalui toksik langsung dari komponen asap rokok. Bahkan paparan singkat asap rokok telah diketahui dapat mengaktifkan leukosit, merangsang pelepasan prokoagulan, faktor von Willebrand (vWF) dan menyebabkan kerusakan endotel.

Pada penelitian ini sampel dinyatakan mengonsumsi alkohol jika pernah dan masih aktif mengonsumsi alkohol sampai saat ini. Sedangkan kategori tidak mengonsumsi alkohol adalah yang pernah mengonsumsi alkohol dan telah berhenti sejak umur 25 tahun. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 6) menunjukkan bahwa mengonsumsi alkohol berisiko 25,77 kali terkena aterosklerosis dibandingkan yang tidak mengonsumsi alkohol dengan interval kepercayaan 3,262-203,673. Pada penelitian ini alkohol berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis (*p-value*=<0,001). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pradono (2017) bahwa alkohol berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis (*p-*

value=0,010) [8]. Konsumsi alkohol berat memberikan efek buruk terhadap sistem kardiovaskular misalnya aterosklerosis, tekanan darah tinggi dan stroke. Telah diteliti pada populasi umur 55 keatas dengan riwayat penyakit kardiovaskular bahwa pada konsumsi alkohol sedang dan berat terjadi peningkatan kejadian aterosklerosis. Ditemukan pula bahwa tingkat kejadian aterosklerosis pada konsumsi alkohol sedang namun dengan binge drinking (pesta mabuk-mabukan) setara dengan konsumsi alkohol berat. Dalam hal ini risiko mengalami aterosklerosis meningkat sejalan dengan meningkatnya dosis konsumsi alkohol.

Tekanan darah diperoleh dari rata-rata hasil pengukuran 2-3 kali menggunakan tensimeter. Hipertensi ditentukan dari hasil pengukuran menurut Eighth Joint National Committee (JNC VIII), tekanan darah dikatakan tinggi apabila tekanan sistolik ≥ 140 dan diastolik ≥ 90 mmHg (Fuster et al., 2010) atau dari hasil diagnosis dokter. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 7) menunjukkan bahwa sampel yang memiliki hipertensi berisiko 0,877 kali terkena aterosklerosis dibandingkan yang tidak hipertensi dengan interval kepercayaan 0,321-2,396. Namun pada penelitian ini faktor hipertensi tidak berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis (*p-value*=0,798). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh

Ramandityo (2016) bahwa hipertensi tidak berpengaruh pada kejadian aterosklerosis (*p-value*=0,959). Pada penelitian ini faktor hipertensi tidak berpengaruh karena sampel terlebih dulu terkena aterosklerosis sehingga mengakibatkan hipertensi. Hipertensi juga dapat ditimbulkan akibat aterosklerosis karena pembentukan trombus, jaringan parut, dan proliferasi sel otot polos yang menyebabkan lumen arteri berkurang serta resistensi terhadap aliran darah yang melintasi arteri meningkat. Ventrikel kiri 35 harus memompa secara lebih kuat untuk dapat mendorong darah melewati sistem vaskular yang menyempit sehingga menyebabkan hipertensi.

Menurut PERKENI (2015), sampel dikatakan diabetes jika pemeriksaan glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dL. Hubungan Diabetes Mellitus terhadap Terjadinya Aterosklerosis. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 8) menunjukkan bahwa sampel yang memiliki riwayat diabetes mellitus berisiko 5,47 kali menderita aterosklerosis dibandingkan yang tidak diabetes dengan interval kepercayaan 2,266-13,206. Pada penelitian ini faktor diabetes mellitus berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis (*p-value*=0,000). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budiman (2015) bahwa diabetes mellitus berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis (*p-value*=0,001).

Tabel 7. Hubungan Riwayat Hipertensi Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Hipertensi						
Ya ($\geq 140/90$ mmHg)	38	79,2	39	81,3	0,798	0,877 (0,321-2,396)
Tidak (<140/90mmHg)	10	20,8	9	18,8		

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Penderita diabetes mellitus cenderung lebih cepat mengalami degenerasi jaringan dan disfungsi dari endotel sehingga timbul proses penebalan membran basalis dari kapiler dan pembuluh darah arteri koronaria sehingga terjadi penyempitan aliran darah ke jantung, adanya resistensi glukosa, mengakibatkan glukosa dalam darah meningkat sehingga kekentalan darah juga meningkat dan kecenderungan untuk terjadinya aterosklerosis [8].

Dislipidemia merupakan gangguan profil lipid yang ditandai dengan meningkatnya kadar trigliserida (TGA), kolesterol total, kolesterol-LDL, atau rendahnya kolesterol HDL (Dewi dkk., 2013). Menurut Kumar dkk., (2010), kadar kolesterol dikatakan tinggi apabila ≥ 200 mg/dL. Hasil uji *Chi-Square* (Tabel 9) menunjukkan bahwa sampel yang memiliki

riwayat dislipidemia berisiko 5,44 kali menderita aterosklerosis dibandingkan yang tidak dislipidemia dengan interval kepercayaan 1,947-15,221. Pada penelitian ini dislipidemia berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis ($p\text{-value}=0,001$). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliani (2014) bahwa dislipidemia berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis.

Menurut Liu et al (2007) studi klinis menunjukkan adanya hubungan antara dislipidemia yang ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total dengan peningkatan jumlah monosit yang beredar dalam darah. Monosit ditemukan pada dinding arteri yang berinflamasi, yang nantinya akan berubah menjadi makrofag dan memfagosit kolesterol [9] [10].

Tabel 8. Hubungan Diabetes Mellitus Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Diabetes mellitus						
Ya (≥ 126 mg/dL)	31	64,6	12	25,0	0,000*	5,471 (2,266-13,206)
Tidak (<126 mg/dL)	17	35,4	36	75,0		

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Tabel 9. Hubungan Dislipidemia Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Karakteristik pasien	Diagnosa				<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Aterosklerosis n=48		Aterosklerosis n=48			
	n	%	n	%		
Dislipidemia						
Ya (≥ 200 mg/dL)	21	43,8	6	12,5	0,001*	5,444 (1,947-15,221)
Tidak (<200 mg/dL)	27	56,3	42	87,5		

Keterangan :

IK 95% = Perkiraan rentang nilai parameter pada populasi

Tabel 10. Nilai *Odd Ratio* (OR) Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Faktor risiko	p-value	OR <i>Odd Ratio</i>	95% CI	
			Lower	Upper
Alkohol*	0,734	0,594	0,029	11,966
Merokok	0,998	0,000	0,000	-
Umur	0,598	1,693	0,239	11,985
Diabetes Mellitus	0,002	0,069	0,013	0,360
Dislipidemia	0,000	0,035	0,006	0,202

Keterangan :

* = Faktor risiko yang paling tidak signifikan

Tabel 11. Nilai *Odd Ratio* (OR) Faktor Umur, Merokok, Diabetes Mellitus, dan Dislipidemia

Faktor risiko	p-value	OR <i>Odd Ratio</i>	95% CI	
			Lower	Upper
Umur*	0,581	1,728	0,247	11,985
Merokok	0,998	0,000	0,000	-
Diabetes Mellitus	0,001	0,065	0,013	0,360
Dislipidemia	0,000	0,035	0,006	0,202

Keterangan :

* = faktor risiko yang paling tidak signifikan

Tabel 12. Faktor Risiko Dominan Terhadap Terjadinya Aterosklerosis

Faktor risiko	p-value	OR <i>Odd Ratio</i>	95% CI	
			Lower	Upper
Diabetes Mellitus	0,001	0,063	0,013	0,310
Dislipidemia	0,000	0,034	0,006	0,182
Merokok	0,998	0,000	0,000	-

Kadar kolesterol total yang tinggi akan menyebabkan respon inflamasi pada dinding pembuluh darah, sehingga terjadi peningkatan permeabilitas lemak. Hal ini menyebabkan meningkatnya migrasi monosit sehingga jumlah monosit yang beredar dalam darah meningkat. Monosit masuk ke dalam tunika intima akan berubah menjadi makrofag. Permeabilitas lemak yang meningkat memudahkan kolesterol yang membawa LDL masuk ke dalam tunika intima. LDL kemudian berikatan dengan radikal O₂ akan berubah menjadi LDL-ox. LDL-ox yang berikatan dengan makrofag akan berubah menjadi plak aterosklerosis yang lama kelamaan menimbulkan aterosklerosis.

Penentuan hubungan faktor risiko yang paling dominan terhadap aterosklerosis menggunakan analisa multivariat. Faktor risiko yang dianalisis antara lain faktor umur, merokok, diabetes mellitus, dislipidemia, dan

alkohol. Faktor-faktor tersebut kemudian diurutkan berdasarkan nilai *Odd Ratio* (OR).

Pengambilan keputusan faktor risiko dominan berdasarkan pada nilai *Odds Ratio* (OR). Semakin tinggi nilai OR maka semakin erat hubungan faktor risiko terhadap kejadian aterosklerosis. Nilai *Odd Ratio* (OR) faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya aterosklerosis dapat dilihat pada Tabel 10.

Berdasarkan tabel 10 di atas, menunjukkan bahwa faktor risiko yang paling tidak signifikan adalah mengonsumsi alkohol. Maka faktor risiko tersebut dikeluarkan dari model multivariat. Pada tabel 11 menunjukkan bahwa faktor risiko yang paling tidak signifikan adalah umur. Maka faktor risiko tersebut dikeluarkan dari model multivariat.

Berdasarkan tabel 12 diperoleh hasil bahwa faktor risiko yang paling dominan mempengaruhi kejadian aterosklerosis adalah riwayat diabetes mellitus, karena mempunyai

nilai OR paling tinggi (OR = 0,063). Artinya sampel yang memiliki riwayat diabetes mellitus berisiko 0,063 kali menderita aterosklerosis dibandingkan yang tidak obesitas dengan interval kepercayaan 0,013 sampai dengan 0,310.

D. KESIMPULAN

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis pada pasien rawat jalan di RSUD Karya Dharma Husada Bros Singaraja yaitu faktor umur (p-value=0,005) dengan nilai OR=4,248, kebiasaan merokok (p-value=0,000) dengan nilai OR=2,655, alkohol (p-value=0,000) dengan nilai OR=25,774, diabetes mellitus (p-value=0,000) dengan nilai OR=5,471, dan dislipidemia (p-value=0,001) dengan nilai OR=5,444. Sedangkan faktor risiko yang tidak berpengaruh terhadap kejadian aterosklerosis yaitu jenis kelamin (p-value=1,000) dengan nilai OR=1,000, obesitas (BMI) (p-value=0,548) dengan nilai OR=0,548, dan hipertensi (p-value=0,798) dengan nilai OR=0,877. Faktor risiko yang paling berpengaruh adalah diabetes mellitus.

E. UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih penulis ucapkan kepada Dokter dan staf RSUD Karya Dharma Husada Bros Singaraja, serta seluruh staf dan dosen di lingkungan Prodi Farmasi, Fakultas MIPA, Universitas Udayana yang membantu penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO. World Heart Day. 2017. Diakses pada 31 Oktober 2019, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-disease-cvds>.
- [2] Riskesdas. 2013. *Pokok-pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Bali*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- [3] Husni, M., Lapau, B., and Hardhana, B. 2018. Relationship of Dislipidemia and Diabetes Mellitus with Coroner Heart Disease Events in General Hospital. *Caring Nursing Journal*. Universitas Respati Indonesia Jakarta. Vol. 2 (2).
- [4] Baransyah, L., Rohman, M.S., dan Suharsono, T. 2014. Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Gagal Jantung pada Pasien Infark Miokard Akut di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. *Majalah Kesehatan Fkub*.
- [5] Farahdika, A., dan Azam, M. 2015. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Penyakit Jantung Koroner pada Usia Dewasa Madya (41-60 Tahun), *Unnes Journal of Public Health*, 4(2):117-122.
- [7] Ghani, L., Susilawati, M.D., dan Novriani, H. 2016. Faktor Risiko Dominan Penyakit Jantung Koroner di Indonesia, *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44(3):153-164.
- [7] Patriyani, R.E.H., Purwanto, D.F. 2016. Faktor Dominan Risiko Terjadi Penyakit Jantung Koroner (PJK), *Jurnal Keperawatan Global*, 1(1):23-30.
- [8] Pradono, J., Werdhasari, A. 2017, Faktor Determinan Penyakit Jantung Koroner pada Kelompok Umur 25-65 tahun di Kota Bogor, *Data Kohor 2011-2012*, *Buletin Penelitian Kesehatan*, 46(1):23-34.
- [9] Liu, M.L., Reilly, M.P., Casasanto, P., McKenzie, S.E., and Williams, K.J. 2007. Cholesterol Enrichment of Human Monocyte/Macrophages Induces Surface Exposure of Phosphatidylserine and the Release of Biologically-Active Tissue Factor-positive Microvesicles. *Arterioscler Thrombosis Vascular Biology*, 27(1): 430-435.
- [10] Gerszten, R.E., and Tager, A.M. 2012. The Monocyte in Atherosclerosis-Should I Stay or Should I Go Now?, *The New England Journal of Medicine*, 366(18):1734-1736.