ISSN 2541-0644 (PRINT)
ISSN 2599-3275 (ONLINE)

JURNAL
KESEHATAN VOKASIONAL

Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan
Sekolah Vokasi
Universitas Gadjah Mada

JKesV JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL | VOLUME 3 | NOMOR 2 | HALAMAN 53-104 | YOGYAKARTA NOVEMBER 2018

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Analisis Penggunaan Kembali Map Rekam Medis dalam Upaya Memperoleh Efisiensi Biaya di *Siloam Hospitals Surabaya*

Tri Murni M[1], Ina Suhartina[2], Fransiskus, W[3]
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang[1,2,3]
inasuhartina57@gmail.com[2]

ABSTRAK

Latar Belakang: Rekam medis inaktif adalah berkas yang tersimpan paling tidak selama 5 tahun di unit kerja rekam medis terhitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut di layani pada sarana pelayanan kesehatan atau telah 5 tahun pasca pasien meninggal dunia. Terdapat beberapa tahapan dalam rekam medis inaktif yaitu di mulai dari pemilahan dan pemindahan dari rak aktif ke rak inaktif. Berlanjut kemudian pada pemilahan berkas yang bisa dimusnahkan, proses alih media, dan pemusnahan itu sendiri. Proses rekam medis inaktif menghasilkan limbah kertas yang akan di musnahkan. Peneliti melihat bahwa limbah kertas tersebut sebenarnya masih dapat digunakan kembali (*recycle*). Untuk mendaur ulang limbah kertas agar dapat dipergunakan kembali, peneliti memiliki gagasan yang disebut map Re-Use.
Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penggunaan kembali map rekam medis inaktif.
Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif, peneliti akan memaparkan secara deskriptif hasil analisis penggunaan map Re-Use. Selain itu peneliti juga akan memaparkan hasil estimasi pengeluaran rumah sakit setelah menggunakan map Re-Use.
Hasil: Dari data yang berasal dari bagian pengadaan *Siloam Hospitals Surabaya*, pada tahun 2016 dikeluarkan biaya sebanyak Rp. 92.875.000,00 untuk pengadaan map baru *Siloam Hospitals Surabaya* dimana 81% dari pengeluaran rutin rekam medis. Dengan menggunakan map re-use, maka diperkirakan terjadi efisiensi biaya per bulannya, sebesar Rp. 7.673.333,00. Dengan efisiensi ini, terpecahkan juga masalah ketidaktersediaan tenaga serta didapatkan beberapa manfaat lain, seperti : retensi berjalan, efisiensi pengeluaran biaya, tempat penyimpanan lebih lega dan mengurangi pencemaran lingkungan.
Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, peneliti menyimpulkan bahwa penggunaan map Re-Use dapat meningkatkan efisiensi biaya operasional di unit rekam medis, sehingga biaya operasional *Siloam Hospitals Surabaya* dapat berkurang.
Kata Kunci: Map, Rekam Medis, Rumah Sakit, Map Re-Use

ABSTRACT

Background: *Inactive medical records are files that have been kept for at least 5 years in the medical record work unit since the last date the patient is served at the health services facility or 5 years after death. There are several stages in inactive medical records; it begins from sorting and moving from active shelves to inactive shelves. Then, there will be sorting of files that can be destroyed, the process of transferring the media, and destroying process. This process of inactive medical records produces waste paper that will be destroyed. This waste paper can still be used if it is recycled. Re-Use Folder is invented to recycle paper waste so that it can be reused.*
Objective: *This study aims to analyze the medical record folder that can be reused.*
Method: *This research will use descriptive results of the analysis of the use of the Re-Use Folder and to explain the results of estimated hospital expenses after using the Re-Use Folder.*
Results: *Siloam Hospitals Surabaya spent Rp. 92,875,000.00 (81%) of routine medical records in 2016. It is expected to reduce cost after using Re-Use Folder per month to be Rp. 7,673,333.00. Thus the problem of unavailability of human resource will also be solved. So that several benefits will obtained, such as: running retention, cost efficiency, larger storage, and reduces environmental pollution.*
Conclusion: *Based on the results of the research conducted, the use of the Re-Use Folder can improve the efficiency of the production process so that production costs can be reduced.*
Key words: *Files, Medical Records, hospital, Re-Use Map*

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan saat ini menjelma menjadi salah satu kebutuhan primer bagi masyarakat, kebutuhan akan jasa layanan kesehatan yang memadai telah menjadi syarat utama (Suprianto, 2010). Rumah sakit sebagai lembaga jasa layanan kesehatan, sebagai institusi pelayanan kesehatan. Karena itu perlu pemikiran yang tepat yang berkaitan dengan efisiensi dan efektivitas pelayanan sekaligus mampu memberikan pelayanan yang dapat memuaskan pelanggan, pemberi layanan dan pemilik rumah sakit.

Rumah sakit merupakan lembaga penyedia jasa layanan kesehatan dituntut untuk bersikap proaktif dan memberikan pelayanan yang maksimal dan berkualitas untuk konsumenya (Karassavidou.et.all, 2008). Dengan memahami persepsi konsumen terkait dengan pelayanan di rumah sakit serta menerapkan sesuai harapan konsumen, rumah sakit akan mampu bertahan dan memenangkan persaingan di era globalisasi saat ini. Rumah sakit sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan administrasi kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitas medik dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap. Dalam perkembangannya, pelayanan rumah sakit tidak terlepas dari pembangunan ekonomi masyarakat.

Perkembangan ini terlihat pada bergesernya fungsi klasik rumah sakit yang pada awalnya hanya memberi pelayanan yang berwujud penyembuhan (kuratif) kepada pasien. Karena ilmu pengetahuan yang semakin berkembang dengan pesat khususnya teknologi kedokteran, pelayanan kesehatan sekarang tidak saja bersifat kuratif (penyembuhan) tetapi juga pemulihan (rehabilitatif). Keduanya dilaksanakan secara terorganisir melalui upaya publikasi kesehatan (promotif) serta upaya pencegahan (preventif). (Ranjbar.et.all, 2010)

Untuk mendapatkan keunggulan dalam era persaingan global, rumah sakit dituntut mampu menyajikan pelayanan berkualitas dengan harga yang terjangkau serta bersaing dengan rumah sakit yang lain. Tujuan utama rumah sakit dalam menyajikan pelayanan berkualitas adalah tercapainya kepuasan pasien yang ditandai dengan turunya angka keluhan (*complain*) dari pasien, sehingga menunjukkan pergerakan pertumbuhan perusahaan (rumah sakit) yang tinggi (Andermann.et.all, 2011). Rumah sakit yang merupakan badan usaha dibidang jasa mempunyai tujuan tersendiri sama seperti badan usaha yang lainnya. Produk utama dari rumah sakit adalah pelayanan pada pasien dan sasaran utamanya adalah perawatan dan pengobatan serta kesehatan pada penderita sakit.

Efisiensi pada dasarnya adalah salah satu dari kinerja sebuah organisasi. Kemampuan menghasilkan output yang tinggi dengan input yang ada adalah merupakan ukuran kinerja yang diharapkan. Pada saat pengukuran efisiensi dilakukan, rumah sakit diharapkan pada kondisi bagaimana meraup tingkat input yang minimum dengan tingkat output tertentu. Disisi lain bukan hanya kebijakan pemerintah saja yang dijadikan suatu rumah sakit sebagai bahan pertimbangan dalam memaksimalkan kinerjanya tetapi dewasa ini persaingan antar rumah sakit semakin ketat maka seyogyanya rumah sakit harus memaksimalkan kinerjanya agar dapat bersaing dengan rumah sakit-rumah sakit yang lain, sehingga efisiensi operasional rumah sakit utamanya yang menekan pada rasionalisasi biaya dan efektivitas unit usaha rumah sakit sangat dibutuhkan untuk menunjang persaingan tersebut (Rostami & Ghahramantan, 2010).

Dari uraian di atas tampak bahwa rumah sakit mengemban tugas yang berat. Di satu sisi dituntut memberi pelayanan yang bermutu yang dapat memuaskan konsumennya. Di sisi yang lain berpraktik secara efektif dan efisien dalam segala hal juga memerlukan perhatian khusus.

Siloam Hospitals Surabaya, yang merupakan salah satu penyedia jasa layanan kesehatan swasta, dimana

merupakan suatu isntitusi yang harus membiayai semua biaya operasional secara mandiri, dituntut untuk secara serius memikirkan mengenai efisiensi biaya ini. Kenaikan biaya karena inflasi, kenaikan UMR, banyak pasien yang beralih ke BPJS, meningkatnya persaingan antar RS, pengembangan grup rumah sakit menyebabkan efisiensi biaya ini menjadi hal yang sangat penting, bagi kelangsungan operasional rumah sakit.

Bagian rekam medis, merupakan salah satu bagian dengan biaya operasional dengan jenis "stasionery" yang cukup tinggi. Ruang kerja yang harus cukup luas, pengadaan rak penyimpanan yang tidak murah, alat alat tehnologi pendukung, memerlukan investasi yang tidak sedikit. Belum lagi kiranya biaya operasional barang rutin seperti formulir dan pencetakan map berkas *Siloam Hospitals Surabaya*, merupakan porsi terbesar dari pengeluaran di bagian rekam medis, diluar gaji pegawai.

Dari data yang didapatkan dari bagian pengadaan di *Siloam Hospitals Surabaya*, pengeluaran terbanyak adalah untuk pencetakan yaitu pengadaan map atau sampul berkas rekam medis. Tahun 2016 didapatkan pengeluaran sebesar Rp. 92.875.000,00 atau 81 % dari pengeluaran rutin bagian rekam medis berasal dari pengadaan map rekam medis. Di sisi lain retensi dan pemusnahan rekam medis rekam medis, meninggalkan limbah, salah satunya adalah map berkas rekam medis. Masalah lainya adalah tenaga khusus untuk melakukan retensi, alih media dan pemusnahan tidak tersedia. Kondisi map rekam medis yang masih cukup bagus dan layak untuk bisa digunakan lagi, mendorong penulis untuk melakukan studi berapa penghematan yang dapat dilakukan, dan apakah penghematan tersebut cukup besar sehingga hasil dari penghematan tersebut, dapat digunakan untuk membayar upah petugas untuk melakukan tugas retensi, alih media, dan pendaurulangan map berkas rekam medis agar bisa digunakan lagi.

Kajian *Literature*

Rumah Sakit

Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut Permenkes No. 147 tahun 2010 tentang perizinan rumah sakit, "Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat".

Menurut Milton Roemer dan Friedman dalam bukunya Doctors in hospitals yang dikutip oleh Suprianto, (2010) fungsi rumah sakit adalah :

a. Harus ada unit pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnosa serta terapeutiknya.
b. Harus tersedianya pelayanan rawat jalan.
c. Rumah Sakit memiliki kewajiban untuk melakukan pendidikan pelatihan bagi elemen rumah sakit.
d. Rumah sakit harus melakukan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan.
e. Bertanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

Rekam Medis

Rekam Medis merupakan dokumen yang berisikan catatan dan dokumen terkait tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang sudah dilakukan kepada pasien (Permenkes 269, tahun 2008). Sedangkan menurut Butt (2010) Rekam Medis adalah fakta-fakta atau bukti kondisi pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang di tulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

Tujuan rekam medis adalah membantu secara aktif tercapainya tertib

administrasi sebagai implementasi dari upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. (Permenkes 269, tahun 2008).

Adapun kegunaan dari rekam medis dapat di lihat dari beberapa aspek yang disingkat dengan ALFRED PH MP (Hatta.dkk, 2009)

a. Aspek Administrasi (*Administrasion*): Di dalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
b. Aspek Hukum (*Legal*): Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum,karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, Pengobatan, Tindakan dan Pelayanan lain yang telah di berikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat di miliki oleh pasien sesuaidengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2009 Pasal 46 ayat (1), penjelasan).
c. Aspek Keuangan (*Financial*): Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat di pergunakan sebagai aspek keuangan.
d. Aspek Penelitian (*Research*): Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
e. Aspek Pendidikan (*Education*) : Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang di berikan kepada pasien, informasi tersebut dapat di pergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.
f. Aspek Dokumentasi (*Documentation*) : Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan di pakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.
g. *Public Health* : Suatu berkas rekam medis dapat di gunakan sebagai bahan untuk memprediksi atau mengidentifikasi penyebaran penyakit yang ada sekarang dan masa yang akan datang serta untuk meningkatkan derajat kesehatan nasional atau dunia.
h. *Marketing Planning* : suatu berkas rekam medis dapat di gunakan sebagai dasar pengambilan keputusan dan pengembangan pemasaran dengan mempromosikan pelayanan yang ada.

Retensi dan Pemusnahan

Dr. Rano dari Ranocenter, (2014) menjelaskan tentang apa itu retensi. Retensi berarti "menyimpan". Jadi sistem retensi adalah sistem yang mengatur jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis. Lebih lanjut Dr. Rano memaparkan tahapan retensi sebagai berikut:

Penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara;

1. Memindahkan berkas rekam medis inaktif dari rak file aktif ke rak file inaktif dengan cara memilah pada rak file penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
2. Memikrofilmisasi berkas rekam medis in aktif sesuai ketentuan yang berlaku.

3. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah di mikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Dengan melakukan "scaner/pemindai" pada berkas rekam medis

Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran fisik arsip rekam medis yang sudah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran harus di lakukan secara total dengan cara membakar sampai habis, mencacah atau di daur ulang sehingga tidak bisa lagi di kenal isi maupun bentuknya. Prosedur pemusnahan umumnya terdiri dari langkah-langkah (Wijaya, 2013):

1. Seleksi.
2. Pembuatan daftar jenis arsip yang di musnahkan.
3. Pembuatan berita acara pemusnahan.
4. Pelaksanaan pemusnahan dengan saksi-saksi.

Daftar pemusnahan berisikan jenis arsip yang dimusnahkan dan jumlah lembarnya, serta periode tahun dari arsip yang di musnahkan. Pemusnahan di laksanakan oleh penanggung jawab kearsipan dan 2 orang saksi dari unit kerja lain. Setelah pemusnahan selesai di laksanakan, maka berita acara dan daftar telaah rekam medis yang dimusnahkan (Hatta.dkk, 2009).

Efisiensi Biaya

Efisiensi biaya merupakan suatu upaya mengurangi biaya aktivitas organisasi. Maknanya tidak hanya terbatas pengurangan biaya aktivitas saja, tetapi dilihat juga dari aspek sasarannnya, yang dikenal dengan pengendalian biaya (*cost containment*). *Cost containment* adalah aktivitas pengendalian biaya pada aktivitas pelayanan secara tidak langsung mempengaruhi perawatan pasien. aktivitas pengendalian biaya difokuskan pada aktivitas yang tidak mempengaruhi langsung perawatan pasien. (Suprianto, 2010)

Menurut Meriyanti (2013), efisiensi adalah suatu ukuran keberhasilan yang dinilai dari besarnya sumber daya yang dikorbankan untuk memperoleh hasil tertentu. Perusahaan yang besar dengan jenis kegiatan yang beragam memiliki pengeluaran biaya yang tidak sedikit. Jika dibiarkan, pengeluaran tersebut dapat berdampak pada penurunan laba yang dihasilkan perusahaan. Oleh karena itu perlu dilakukan efisiensi biaya dalam perusahaan untuk menekan pengeluaran-pengeluaran yang tidak perlu, agar tidak terjadi pemborosan biaya. Ada beberapa hal yang harus dilakukan oleh perusahaan untuk melaksanakan efisiensi biaya, yaitu di antaranya:

1. Melakukan efisiensi biaya produksi
2. Meningkatkan efisiensi dan kinerja tenaga kerja
3. Menetapkan biaya standar

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, menurut Creswell (2010) penelitian deskriptif kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari fenomena-fenomena yang diamati. Dengan pendekatan deskriptif kualitatif dapat dideskripsikan proses penggunaan map Re-Use dalam upaya efisiensi biaya operasional rumah sakit.

Penelitian ini berlokasi di *Siloam Hospitals Surabaya*, dengan fokus penelitian pada proses pemanfaatan kembali map rekam medis, kemudian efeknya terhadap efisiensi biaya pegeluaran di *Siolam Hospitals Surabaya* setiap bulanya. Untuk itu peneliti membutuhkan data sekunder berupa laporan pemakaian barang rutin dari bagian pengadaan (*Material Management Departement*) dan data jumlah pasien baru dari tiap unit pelayanan departemen rekam medis. Data tersebut didapat dengan cara mengambil data pemakaian map rekam medis pertahun, dan jumlah pasien baru dalam 3 bulan terakhir. Data tersebut berasal dari unit pelayanan rawat jalan, rawat inap, UGD, fisioterapi, daycare, dan hemodialisa.

Selanjutnya data akan analisis secara deskriptif. Kebutuhan biaya untuk pasien baru akan dihitung dan hasilnya akan dibandingkan antara biaya prngadaan map baru dengan map Re-Use. Perbandingan yang dilakukan meliputi perhitungan biaya sebelum menggunakan map Re-Use dan sesudah menggunakan

map Re-Use. Selisih biaya tersebut akan menjadi besaran nilai efsiensi biaya.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Sebelum membahas mengenai proses pengunaan map ReUSe, akan dipaparkan kebijakan SOP retensi sampai pada pemusnahan kertas di *Siolam Hospitals Surabaya* sebagai berikut :

1. Rekam medis dinyatakan inaktif jika melewati masa 5 tahun dari kunjungan terakhir.
2. Rekam medis yang sudah inaktif dilakukan pemusnahan, kecuali resume medis dan persetujuan tindakan medis harus disimpan dalam jangka 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya kedua dokumen tersebut. pada setiap pemusnahan rekam medis dibuat berita acara pemusnahan rekam medis.
3. Pemusnahan rekam medis inaktif dapat dikerjakan oleh pihak ketiga yang diatur dengan perjanjian secara tertulis untuk mejaga kerahasiaan data-data pasien.
4. Pada rekam medis inaktif juga dilakukan alih media, yang meliputi
   a. Pendaftaran Pasien baru
   b. Resume medis Pasien pulang
   c. Persetujuan tindakan medis/informed consent (bila ada)
   d. Laporan Operasi
   e. Hasil pemeriksaan Patologi anatomi 9bila ada)
   f. Surat kematian dan kelahiran (bila ada)
   g. Pengisian data untuk surat keterangan lahir (bila ada)
   h. Permintaan Perubahan data pasien (bila ada)

Sedangkan Petunjuk tehnis (SOP) retensi dan alih media adalah sebagai berikut

1. Berkas rekam medis yang diretensi adalah berkas rekam medis pasien, yang telah berumur lebih dari 5 tahun sejak kunjungan terakhir pasien
2. Setelah selesai, pada modul rekam medis, beri tanda ** didepan kolom nama pasien. Contoh : **Tukul Arwana, Tn

Hal ini untuk menandakan dan memudahkan petugas rekam medis, bahwa rekam medisnya telah disimpan pada rak inaktif dan siap dimusnahkan

3. Form form rekam medis yang dialih mediakan adalah :
   a. Isian identitas pasien.
   b. Form integrated note OPD (rawat jalan).
   c. form AE (unit Gawat Darurat).
   d. Form fisioterapi

Untuk pasien rawat inap, terdapat petunjuk teknis sesuai kebijakan sebagai berikut:.

4. Lakukan alih media terhadap form form tersebut.
5. Masukkan pada daftar pemusnahan.
6. Bila pasien berobat lagi, nomor lama tetap dipakai, hanya diberi map baru, dengan keterangan berkas telah dialihmediakan. Tanda ** dihapus dari data pasien.

Proses penggunaan map ReUse akan dilakukan pada saat proses alih media dan identifikasi berkas yang akan dimusnahkan. Proses penggunaan map ReUse terdiri dari beberapa tahapan sebagai berikut :

1. Dilakukan pemilahan map yang masih layak untuk digunakan kembali.
2. Dilakukan pembersihan map dari formulir formulir rekam medis yang masih ada atau menempel.
3. Dilakukan penempelan stiker putih polos, satu untuk menutupi nama pasien sebelumnya. Kedua, untuk menutupi nomor rekam medis sebelumnya. Setelah itu maka berkas map rekam medis, dapat digunakan kembali, untuk pasien baru.yang akan berobat.

Map ReUse dapat digunakan untuk pasien rawat jalan, rawat inap, fisioterapi, hemodilisa, kecuali untuk pasien dari Departemen Emergency atau UGD. Hal ini dikarenakan pada sistem UGD, setiap pasien yang datang pasti memerlukan 1 lembar pemeriksaan UGD. Untuk menghindari hilangnya lembar tersebut, maka lembar pemeriksaan UGD untuk pasien baru, dijadikan satu dengan map rekam medisnya. Untuk pasien baru, maka isian identitas pasien baru dan dijadikan satu didalam map rekam medis dan diberikan ke pasien atau pendaftar

untuk diisikan detail identitas pasien. Karena dikawatirkan adanya komentar, pandangan negatif, bahkan publikasi yang merugikan, bila pihak pasien mengetahui bahwa rumah sakit menggunakan map hasil proses penggunaan kembali (ReUse), untuk itu khusus untuk berkas Map rekam medis pasien baru di UGD, tetap menggunakan map rekam medis baru.

Setelah meggunakan map ReUse, terjadi penyusutan pengeluaran biaya bulanan di *Siolam Hospitals Surabaya.* Data yang diperoleh dari bagian *Material Management Department* atau bagian pengadaan, harga 1 buah map rekam medis tahun 2016 sebesar Rp. 4.500,00. Sepanjang tahun 2016, bagian pengadaan telah membelanjakan sebesar Rp. 92.875.000,00 untuk pengadaan map rekam medis ini. Untuk tahun 2017, harga map rekam medis sebesar Rp. 5.000,00 untuk setiap mapnya.

Bila diasumsikan bahwa map rekam medis digunakan atau diberikan untuk pasien baru, maka berdasarkan data yang didapat dari sistem informasi rumah sakit, data pasien baru adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Pasien Baru Per Unit Pelayanan, di Siloam Hospitals Surabaya, Bulan Januari – Juni 2017

Departemen Pelayanan	1	2	3	4	5	6	Rata rata per bulan
Day Care	23	17	18	16	27	10	19
Fisioterapi	66	54	56	64	62	55	60
Inpatient	67	62	79	65	91	53	70
Medical Check Up	304	160	127	121	94	153	160
Outpatient	1362	1171	1323	1203	1298	1007	1227
TOTAL	1822	1464	1603	1469	1572	1278	1535

Sumber : Sistem informasi Siloam Hospitals Surabay, 2017

Dari tabel diatas didapatkan pemakaian map baru dari bulan Januari 2017 sampai bulan Juni 2017, sebanyak 9208 berkas rekam medis yang digunakan. Bila dirata rata sebulan sebanyak 1535 berkas. Bila dihitung secara rupiah harga per map, maka didapatkan biaya sebesar. 9208 x Rp. 5000 = Rp. 46.040.000,00 sehingga jika dirata-rata, pengeluaran biaya perbulan untuk pengadaan map rekam medis adalah sebesar Rp.7.673.333.

Ketika proses map ReUse sudah dilakukan, tentu ada biaya yang timbul, biaya tersebut meliputi biaya tetap, biaya variabel dan biaya campuran (Hansen, 2009). Biaya tetap dalam hal ini adalah gaji pegawai yang melakukan proses ReUse. Seangkan biaya variabel dalam hal ini adalah biaya pengadaan stiker penutup. Berdasarkan data sekunder dari bagian pengadaan, 1 lembar stiker ukuran A4 seharga Rp.500,00. Dari tabel dibawah ini dapat diketahui biaya variabel yang dikeluarkan untuk proses reuse 1 buah map rekam medis.

Tabel 2. Perincian Biaya Variabel Dalam Proses Pengunaan Kembali (reuse) Map Rekam Medis, di Siloam Hospitals Surabaya, 2017

	Jumlah Stiker potongan/ lembar A4	Harga stiker / lembar A4 (rupiah	Biaya untuk 1 map (Rupiah)
Stiker penutup sampul depan	12	500	41,6
Stiker penutup nomor RM samping	4	500	125
TOTAL BIAYA			166,6

Sumber : Hasil Penelitian, 2017

Dari tabel diatas, dapatdisimpulkan bahwa untuk proses penggunaan kembali (reuse) map, hanya dibutuhkan biaya sebesar Rp. 167,00 Jika diperhitungkan total dengan biaya pengeluaran untuk tambahan gaji pegawai baru, maka perhitungan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3. Gambaran Rata-rata Total Efisiensi Biaya Per Bulan, Penggunaan Map Rekam Medis reuse , di Siloam Hospital Surabaya, 2017

PERINCIAN	Dalam Rupiah
a. MAP baru 1535 x Rp. 5000,00	7.675.000
b. MAP bekas yang digunakan kembali 1535 x Rp. 167,00	256.345

Tabel 3. (lanjutan) Gambaran Rata-rata Total Efisiensi Biaya Per Bulan, Penggunaan Map Rekam Medis reuse, di Siloam Hospital Surabaya, 2017

c. Biaya pegawai (UMR 2017)	3.296.212,50
TOTAL SELISIH (a-(b+c))	**4.122.443**

Sumber : Hasil Penelitian, 2017

Dari tabel diatas didapatkan gambaran rata rata penghematan sebesar Rp.4.122.443,00 perbulan, atau bila di asumsikan untuk satu tahun maka didapatkan perkiraan penghematan sebesar Rp. 49.469.310,00 per tahunnya. Selain efisiensi dari segi biaya, keuntungan lain dengan melakukan efisiensi ini adalah :

a. Kebutuhan pembiayaan tenaga untuk melakukan proses alih media, retensi dan pemusnahan dapat teratasi.
b. Dengan dilakukan retensi, maka rak akan menjadi lebih longgar/lega, sehingga lebih memudahkan saat proses penjajaran (filling) ataupun saat pengambilan berkas di dalam rak. Sehingga menunjang mutu pelayanan rekam medis dalam hal penyediaan berkas rekam medis.
c. Kapasitas rak penyimpan berkas rekam medis aktif menjadi lebih banyak.
d. Rak penyimpanan menjadi lebih rapi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan tiga hal sebagai berikut :

1. Proses memanfaatkan kembali (reuse) map rekam medis, dilakukan setelah proses alih media, dengan menutup semua catatan pemilik map sebelumnya dengan menggunakan stiker, dan digunakan untuk semua unit pelayanan, kecuali UGD.
2. Rata rata penggunaan map dalam satu bulannnya sekitar 1535 map rekam medis, dan rata rata biaya untuk pengadaannya sebesar Rp.7.675.000,00
3. Besarnya efisensi bersih (nett) penggunaan map kembali (ReUse) ini dalam 1 bulan berkisar Rp. 4.122.443,00. Dimana sudah diperhitungkan dengan biaya variabel dan biaya untuk gaji/ honor 1 pegawai.

Peneliti juga memiliki beberapa saran terkait hasil penelitian sebagai berikut :

1. Perlu adanya tambahan seorang karyawan untuk melakukan proses map ReUse.
2. Bila kebijakan penambahan tenaga tidak diperbolehkan, maka alokasi dana untuk tambahan satu tenaga, bisa ditawarkan kepada staf rekam medis yang bersedia, dengan perhitungan biaya yang sesuai dengan tabel 3. Dengan cara ini maka rumah sakit tidak terbebani dengan jumlah tenaga yang makin bertambah, sedangkan bagi staf rekam medis mendapat tambahan penghasilan.

DAFTAR PUSTAKA

Andermann, A. Gingsburg, L. Norton, P. Arora, N. Bates, D. Wu, A. (2011). Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. *BMJ Qual Saf*, *Volume 20*(No. 1), 96–101.

Butt, M. & de R. E. (2010). Private Healthcare quality: applying a SERQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur*, *Volume 23*(No. 7), 65–73.

Creswell, J. W. (2010). *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar.

Hansen, and M. (2009). Managerial Accounting. In *Edisi 8*. Jakarta: Salemba Empat.

Hatta, G. (2009). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UIP.

Indradi, R. (2014). Sistem Retensi Rekam Medis. Retrieved from http://ranocenter.weebly.com/blog-ranocenter/sistem-retensi-rekam-medis

Karassavidou, E. (2008). Papadopoulos CT. Health care quality in Greek NHS hospital: No one knows better than patients. In *Proceedings of the 11th QMOd Conference on Quality Management and Organizational Development Attaining Sustainability from Organizational Excellence to Sustainable Excellence*. Helsingborg, Sweden.

Meriyanti, G. (2013). Analisis efisiensi biaya operasional melalui pengelolaan tunjangan makan dan

jaminan pemeliharaan kesehatan pada perusahaan outsourcing. *Jurnal EMBA Universitas Sam Ratulangi*, *Volume 1*(No. 1), 1–10.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147 / MENKES / PER / I / 2010 tentang perizinan rumah sakit. (n.d.). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 / MENKES / PER / III / tentang rekam medis. (n.d.). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Ranjbar, EM. Bahrami M. Zare, AH. Nasiri, S. (2010). Gap Analysis between perceptions and expextations of service recipients through SERVQUAL approach in Yazd, Afshar hospital. *Toloo-E-Behdasht*, *Volume 9*(No. 29), 75–85.

Rostami H, R. A. G. A. (2010). The viewpoint of nurses about professional relationship between nurses and physicians. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*, *Volume 7*(No. 1), 63–72.

Suprianto. (2010). Manajemen mutu pelayanan kesehatan. In *Heat Advocacy*. Surabaya.

Undang Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2009 tentang praktik kedokteran. (n.d.).

Wijaya, L. (2013). *Pemusnahan Rekam Medis*. Jakarta: Esa Unggul.

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Efektivitas Pendidikan Kesehatan Melalui Media Kartu Cinta Anak Tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan dalam Meningkatkan Pengetahuan Pasangan Calon Pengantin di KUA Kecamatan Jatinangor

Dian Nurlaela[1] , Puspa Sari[2], Neneng Martini[3], Merry Wijaya[4], R. Tina Dewi Judistiani[5]
Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran[1]
Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran[2,2,3,4,5]
diannurlaela33@yahoo.com[1], saripuspabidan2@gmail.com[2], neneng_martini@yahoo.co.id[3], merry_wijaya0605@yahoo.com[4], judistiani@gmail.com[5]

ABSTRAK

Latar Belakang: Periode Seribu Hari Pertama Kehidupan (*Golden Periode*) merupakan periode yang sangat kritis dimulai dari sejak saat konsepsi sampai anak usia 2 tahun yang jika tidak dimanfaatkan dengan baik akan terjadi kerusakan yang bersifat permanen seperti gangguan pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan munculnya penyakit tidak menular. Calon pengantin merupakan salah satu kelompok sasaran untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Peningkatkan kualitas kesehatan dapat dilakukan dengan pemberian pendidikan kesehatan melalui media Kartu Cinta Anak (KCA).
Tujuan: Untuk mengetahui efektivitas pendidikan kesehatan melalui media KCA tentang 1000 HPK dalam meningkatkan pengetahuan calon pengantin di KUA Kecamatan Jatinangor.
Metode Penelitian: Kuantitatif dengan *design pre-eksperimental* dalam bentuk *pretest-posttest* dilakukan pada bulan Juli 2017. Sampel penelitiannya adalah calon pengantin (catin) yang terdaftar di KUA Kecamatan Jatinangor merupakan pernikahan pertama dan belum mempunyai anak. Teknik pengambilan sampel dengan total sampling jumlah sampel 34 pasang responden. Analisis data menggunakan Uji *Paired Sample t-test*.
Hasil: Penelitian menunjukan bahwa penggunaan media KCA efektif dalam meningkatkan pengetahuan catin tentang 1000 HPK, hasil Uji *Paired Sample t-test* dengan nilai <0,05 (P=0,000) yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan catin sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.
Kesimpulan: Penelitian ini adalah penggunaan media KCA efektif dalam meningkatkan pengetahuan catin tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan.
Kata Kunci: Media Kartu Cinta Anak (KCA), Pendidikan Kesehatan, Pengetahuan calon pengantin, 1000 Hari Pertama Kehidupan.

ABSTRACK

Background: *The First Thousand Days of Life (Golden Period) is a very critical period from the moment of conception to infant aged 2-year-olds which, if not properly utilized, will have permanent damage such as impaired physical growth, intelligence, and non-communicable diseases. The soon-to-be married couple is one of the target groups to improve health quality in the First 1000 Days of Life (1000 FDL). Improvement of the quality of health can be achieved by providing health education using Kartu Cinta Anak (KCA).*
Objective: *The purpose of this study is to determine the effectiveness of health education using KCA about 1000 FDL in improving the knowledge of soon-to-be married couple in KUA Jatinangor Sub District.*
Methods: *This research used a quantitative method with pre-experimental design in the form of pretest-posttest, conducted in July 2017. The sample of the research are soon-to-be married couples registered in KUA Jatinangor sub district who have never been married and have not had children. The total number of samples are 34 pairs of respondents. Data analysis using Paired Sample t-test.*
Results: *The results showed that the use of KCA was effective in improving soon to be married couple's knowledge about 1000 FDL, with Paired Sample t-test value of <0,05 (P = 0,000), suggesting that there was significant difference in soon-to-be married couple's knowledge before and after health education.*
Conslusion: *The conclusion of this research is the use of KCA is effective in improving the knowledge of soon-to-be married couple about the First 1000 Days of Life.*
Keywords: *Media Kartu Cinta Anak (KCA), Health Education, Knowledge of the bride and groom, First 1000 Days of Life.*

PENDAHULUAN

Seribu Hari Pertama Kehidupan atau yang dikenal dengan 1000 HPK adalah fase kehidupan yang sangat penting, dimulai dari terbentuknya janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun. Periode ini disebut juga dengan periode emas (*golden periode*), yang jika tidak dimanfaatkan dengan baik akan terjadi kerusakan yang bersifat permanen (*window of opportunity*). (Gerakan Nasional Sadar Gizi, 2013). Pertumbuhan dan perkembangan otak pada periode ini terjadi sangat pesat yang harus didukung dengan kecukupan kebutuhan gizi. (UNICEF, 2014). (Woods, 2017).

Status gizi erat hubungannya dengan pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat saat *golden periode*. Sedangkan masalah gizi merupakan salah satu masalah kesehatan tertinggi di dunia, terutama di Negara-negara berkembang. Sedangkan upaya untuk meningkatkan status gizi dalam rangka membangun sumber daya manusia yang berkualitas seharusnya dimulai sedini mungkin, yaitu sejak awal kehidupan janin dalam kandungan. (Nasional Pedoman 1000 HPK, 2012).

Kegagalan pertumbuhan pada fase *golden age* ini dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan fisik seperti *Stunting*, *Wasting*, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, juga akan menyebabkan gangguan metabolik yang dapat memicu munculnya penyakit tidak menular seperti stroke, obesitas, diabetes, disabilitas, dan penyakit jantung koroner. Serta dampak dalam jangka panjang yang terjadi adalah menurunnya kemampuan kognitif, prestasi belajar, serta penurunan kekebalan tubuh sehingga mudah terkena penyakit. Penanganan masalah gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan fokus dilakukan pada penurunan proporsi balita pendek *(stunted)*, balita kurus *(wasted),* anak yang lahir dengan berat badan rendah dan gizi lebih / obesitas pada anak, serta meningkatkan presentase ASI ekslusif dan menurunkan proporsi anemia pada wanita usia subur. (BAPPENAS, 2012).

Masalah gizi di Kabupaten Sumedang, secara tidak langsung berdampak pada kematian bayi. Pada tahun 2013 angka kematian bayi mencapai 205 dari 282 pada tahun 2012, pada angka kematian balita mengalami kenaikan dari 28 balita menjadi menjadi 46 balita. Puskesmas yang paling banyak melaporkan kematian bayi dan balita salah satunya adalah puskesmas Jatinangor. Kematian bayi sebanyak 16 orang, kematian balita sebanyak 3 orang. Di puskesmas Jatinangor, balita yang memiliki gizi lebih sebanyak 2,57%, gizi kurang sebanyak 6,69%, dan mengalami gizi buruk sebayak 0,38%. (Profil Daerah Sumedang, 2014).

Konsumsi gizi yang tidak sesuai dengan aturan dapat menyebabkan masalah kesehatan. (Sandjaja, 2013). Kelompok sasaran untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada 1000 Hari Pertama Kehidupan dimulai dari wanita usia subur, pasangan calon pengantin, ibu hamil, ibu menyusui, bayi baru lahir dan anak usia di bawah dua tahun (baduta). Kelompok sasaran ini merupakan kelompok yang rentan terhadap gizi. (Hariyani, 2011).

Peneliti dalam hal ini memilih Pasangan calon pengantin atau pasangan yang akan menikah menjadi kelompok sasaran dalam penelitian. Calon pengantin (Catin) merupakan WUS yang akan menikah, yang dipersiapkan agar mempunyai kondisi sehat sebelum hamil supaya dapat melahirkan bayi yang sehat. (Pusdatin, 2017). Hasil penelitian menurut Luz M De-Regil, dkk menyebutkan bahwa pemberian pengetahuan mengenai gizi sebelum hamil sangatlah penting pada kelompok wanita pra-hamil termasuk calon pengantin wanita yang nantinya akan mempersiapan kehamilannya. (Luz, 2016). Penelitian lain yang dilakukan oleh Yuli Trisnawati, dkk di Kabupaten Banyumas menyebutkan bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan yang dijadikan responden dalam penelitian tentang gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan adalah kurang. (Trisnawati, 2016). Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Husna tahun 2017 nutrisi pada 1000 hari pertama kehidupan dapat memperbaiki kualitas sumber daya manusia di masa depan. (Husna, 2017)

Salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang

pemenuhan gizi seimbang khususnya pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan pada pasangan calon pengantin adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan, agar pemberian pendidikan kesehatan lebih efektif maka digunakan media yang menarik. (Fitriani, 2011). Salah satu media untuk memberikan pendidikan kesehatan yaitu menggunakan kartu. Peneliti membuat sebuah kartu yang disebut kartu cinta anak (KCA), karena berdasarkan penelitian Shafira Evi menyebutkan bahwa penggunaan media promosi kesehatan kartu kwartet lebih efektif dibandingkan media *slide.* (Evi, 2013). Penelitian lain yang dilakukan oleh Masije Marlyn Kuhu, dkk juga menyebutkan bahwa penggunaan *Flashcards* lebih efektif dibandingkan dengan *Word Cards*. (Masije, 2011).

Berdasarkan masalah-masalah yang telah dijelaskan, peneliti menggunakan pendidikan kesehatan melalui media kartu cinta anak (KCA) sebagai upaya intervensi kepada masyarakat terutama pasangan calon pengantin guna meningkatkan pengetahuan tentang gizi seimbang pada 1000 Hari Pertama Kehidupan.

METODE

Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian *pre-experimental design* dalam bentuk *pretest-posttest design*. Peneliti membandingkan peningkatan pengetahuan calon pengantin sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan menggunakan Kartu Cinta Anak (KCA) tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan. Penelitian ini dilaksanakan bulan Juli 2017. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasangan calon pengantin yang terdaftar di KUA Kecamatan Jatinangor pada bulan Juli 2017 yang berjumlah 46 pasangan, dan yang termasuk kriteria inklusi yaitu sebanyak 34 pasangan.

Kriteria inklusi adalah pasangan calon pengantin yang menikah pertama, belum mempunyai anak, calon pengantin wanita beralamatkan di Jatinangor, dan bersedia untuk dijadikan sampel penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi adalah pasangan calon pengantin tidak hadir saat proses pengambilan data dan yang tidak menyetujui untuk dijadikan sampel penelitian. Analisis data pada penelitian ini merupakan analisis univariat untuk mengetahui gambaran pengetahuan pre-test dan post-test berupa tabel frekuensi serta analisis bivariat dengan Uji *Paired Sample t-test* untuk melihat efektivitas media Kartu Cinta Anak (KCA) dalam meningkatkan pengetahuan pasangan calon pengantin tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan. Kemaknaan hasil uji ditentukan berdasarkan nilai p<0,05. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Padjadjaran Fakultas Kedokteran no: 599/UN6.C.10/PN/2017.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Gambaran Pengetahuan Pasangan Calon Pengantin mengenai 1000 Hari Pertama Kehidupan Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan Melalui Kartu Cinta Anak (KCA) di KUA Kecamatan Jatinangor Tahun 2017

Pengetahuan tentang 1000 HPK	Sebelum				Sesudah			
	L		P		L		P	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Baik	1	2,9	5	14,7	15	44,1	18	52,9
Cukup	18	52,9	17	50,0	17	50,1	15	44,1
Kurang	15	44,1	12	35,3	2	5,9	1	2,9
Total	34	100	34	100	34	100	34	100

Berdasarkan tabel 1, didapatkan hasil bahwa calon pengantin laki-laki yang memiliki pengetahuan kurang sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebanyak 15 orang (44,1%), dan setelah diberikan pendidikan kesehatan jumlahnya menurun menjadi 2 orang (5,9%). Sedangkan calon pengantin laki-laki yang memiliki pengetahuan baik setelah diberikan pendidikan kesehatan meningkat dari 1 orang (2,9%) menjadi 15 orang (44,1%).

Responden calon pengantin perempuan yang memiliki pengetahuan kurang sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebanyak 12 orang (35,3%), dan setelah diberikan pendidikan kesehatan jumlahnya menurun menjadi 1 orang (2,9%). Sedangkan calon pengantin perempuan yang memiliki pengetahuan baik setelah diberikan pendidikan kesehatan meningkat dari 5 orang (14,7%) menjadi 18 orang

(52,9%). Terjadi peningkatan pengetahuan calon pengantin laki-laki dan perempuan sebelum dan sesudah diberkan pendidikan kesehatan melalui Media Kartu Cinta Anak tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan.

Berdasarkan tabel 1, didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan pendidikan kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang untuk calon pengantin laki-laki sebanyak 15 (44,1%) orang dan calon pengantin perempuan sebanyak 12 (35,3%) orang. Sedangkan yang memiliki pengetahuan baik sebelum diberikan pendidikan kesehatan untuk calon pengantin laki-laki sebanyak 1 orang (2,9%) dan perempuan sebanyak 5 orang (14,7%). Setelah diberikan pendidikan kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang untuk calon pengantin laki-laki sebanyak 2 (5,9%) orang dan calon pengantin perempuan sebanyak 1 (2,9%) orang, sedangkan yang memiliki pengetahuan baik untuk calon pengantin laki-laki sebanyak 15 orang (44,1%) dan perempuan sebanyak 18 orang (52,9%). Terjadi peningkatan pengetahuan calon pengantin laki-laki dan perempuan sebelum dan sesudah diberkan pendidikan kesehatan melalui Media Kartu Cinta Anak tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan.

Hasil penelitian menunjukan bahwa tingkat pengetahuan pasangan calon pengantin tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan sebelum diberikan pendidikan kesehatan masih kurang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuli Trisnawati, dkk tentang pengetahuan dan sikap ibu hamil tentang gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan di Kabupaten Banyumas yang menyebutkan sebagian besar tingkat pengetahuan responden yang dijadikan sampel penelitian adalah kurang. (Trisnawati, 2016).

Pengetahuan merupakan salah satu kunci perubahan perilaku. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain keterpaparan informasi kesehatan, umur, dan peran dari tenaga kesehatan dalam memberikan informasi kesehatan. Selain itu tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan merupakan faktor sosial yang memengaruhi bagaimana ia akan bersikap dan berperilaku. (Brug, 2015).

Apabila pengetahuan tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan kurang, dampak yang akan timbul salah satunya adalah akan mengalami kekurangan gizi pada periode tersebut yang akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan fisik seperti *Stunting*, *Wasting*, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), juga terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, juga akan menyebabkan gangguan metabolik yang dapat meningkatkan resiko pada terjadinya penyakit tidak menular seperti stroke, obesitas, diabetes, disabilitas, dan penyakit jantung koroner. (WHO, 2009). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Widya dkk di Malang tentang masalah gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan, menyebutkan bahwa masih terdapat banyak masalah gizi seperti *Stunting*, *Wasting*, yang salah satu faktornya adalah ketidak tahuan ibu tentang bagaimana pemenuhan gizi pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan. (Rahmawati, 2016)

Menurut Notoatmodjo pengetahuan merupakan hasil dari tahu. Didapat seseorang dari hasil pengindraan terhadap sesuatu objek tertentu. Pengetahuan itu sangat penting yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada yang tidak di dasari olrh pengetahuan. (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan yang baik sangat penting karena diharapkan dengan pengetahuan yang baik akan membentuk sikap yang baik juga baik bagi calon ibu ataupun calon ayah nantinya terhadap pentingnya 1000 hari pertama kehidupan janinnya terutama masalah gizi pada periode tersebut. (Soekidjo, 2012)

Hasil penelitian ini juga menyebutkan tingkat pengetahuan calon pengantin laki-laki yang memiliki pengetahuan kurang lebih besar daripada calon pengantin perempuan, hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Agumelar di Bogor yang menyebutkan bahwa subjek perempuan memiliki pengetahuan gizi baik lebih tinggi dibandingkan subjek laki-laki, yang berarti pengetahuan gizi laki-laki sebagian besar masih kurang. (Agumelar, 2014). Selain itu, menurut Lin tahun 2012 pengetahuan gizi,

sikap serta perilaku kecuali emosional dan perilaku eksternal pada perempuan lebih baik daripada laki-laki. Hal tersebut bisa juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keterpaparan infomasi kesehatan, dan peran dari tenaga kesehatan dalam memberikan infomasi kesehatan khususnya tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan yang lebih memfokuskan ke kelompok sasarannya yaitu terhadap perempuan. (Agumelar, 2014)

Hal ini merupakan keadaan awal yang kurang baik walaupun nantinya perempuan yang akan mendominasi dalam mengurus anak dari mulai masa kehamilan, melahirkan menyusui, dan mendidik, namun bukan berarti promosi gizi atau pendidikan gizi tidak perlu diberikan kepada laki-laki sebagai calon suami dan calon ayah. Karena calon suami seharusnya ikut berperan penting dalam merencanakan kehidupan anak atau keturunannya. Sehingga diperlukan pengetahuan yang baik mengenai pentingnya 1000 Hari Pertama Kehdiupan agar dapat mencegah dampak yang dapat terjadi bila periode 1000 Hari Pertama Kehidupan ini pertumbuhan dan perkembangan anak tidak optimal terutama pada pemenuhan gizi seimbang.

Peran suami di Indonesia masih sangat penting dan kuat dalam mengambil keputusan termasuk keputusan yang terkait dengan kesehatan. Apabila laki-laki atau suami pernah mendapatkan materi gizi 1000 HPK sebelumnya, diharapkan dapat berperilaku yang postif seperti dukungan kepada istri dan anaknya dalam memperhatikan kondisi kesehatan maupun kebutuhan gizi khususnya pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ishak dkk tahun 2015 tentang keterlibatan suami dalam proses kehamilan maupun persalinan istri, menunjukan hasil bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan suami maka semakin tinggi pula dukungan suami terhadap istrinya untuk memilih tempat persalinan dan berkonsultasi ke tenaga kesehatan, serta dukungan terhadap pemenuhan gizi selama kehamilan. (Koka, 2014).

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, hasil penelitian menunjukan terjadi peningkatan pengetahuan pada pasangan calon pengantin tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan menggunakan media Karu Cinta Anak (KCA).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Penelitian lain yang dilakukan oleh *Masije Marlyn Kuhu, dkk tentang The Effectiveness Of Flashcards and Word Cards In Improving Knowledge and Attitude Worms In The Elementary School Children* menyebutkan bahwa penggunaan *Flashcards* lebih efektif dibandingkan dengan *Word Card.* Dalam penelitian ini media Kartu Cinta Anak (KCA) yang hampir sama dengan *flashcards* menunjukan peningkatan pengetahuan pada kedua pasangan calon pengantin. (Masije, 2011)

Menurut Notoatmojo (2012), melakukan pendidikan kesehatan dapat menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan dengan metode yang tepat. Terdapat berbagai metode dan media yang dapat digunakan dalam melakukan pendidikan kesehatan, seperti media elektronik (TV, Radio) media cetak seperti leaflet, spanduk, poster, koran, termasuk media kartu yang dapat disesuaikan dengan target dan jumlah sasaran yang akan dicapai. Dikarenakan dalam penelitian ini pengambilan data dilakukan dengan cara orang perorangan media kartu dapat dijadikan salah satu pilihan. (Machfoedz, 2009).

Dengan media Kartu Cinta Anak (KCA) yang digunakan dalam penelitian terjadi peningkatan pengetahuan pada kedua pasangan calon pengantin setelah dilakukan pendidikan kesehatan, namun

dari hasil penelitian masih ada yang berpengetahuan kurang, kemungkinan ini dapat terjadi karena saat dilakukan pendidikan kesehatan pasangan calon pengantin kurang fokus disebabkan pada saat pengambilan data ada yang dilakukan sebelum melakukan ijab qabul dengan kondisi diruangan yang ramai dengan keluarga, saksi, dan wali pernikahan.

Tabel 2. Efektivitas Penggunaan Kartu Cinta Anak (KCA) dalam Meningkatkan Pengetahuan Pasangan Calon Pengantin tetntang 1000 Hari Pertama Kehidupan di KUA Kecamatan Jatinangor Tahun 2017

Pengetahuan	Min	Maks	Mean	SD	Mean	Nilai p
Laki-laki *(Pre-test)*	45	85	60,59	9,516	14,853	0,000
Laki-laki *(Post-test)*	55	95	75,44	10,615		
Perempuan *(Pre-test)*	45	90	65,44	11,701	13,088	0,000
Perempuan *(Post-test)*	55	100	78,53	13,344		

Berdasarkan tabel 2, didapatkan hasil bahwa responden kedua pasangan calon pengantin laki-laki dan perempuan memiliki peningkatan nilai rata-rata pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan yaitu sebesar 14,853 dan 13,088.

Hasil analisis bivariat menggunakan uji *Paired Sample t-test* didapatkan p *value* = 0,000 pada calon pengantin laki-laki dan perempuan yang berarti p<0,05 adalah terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan sesudah diberikan pedidikan kesehatan.

Berdasarkan tabel 2, penggunaan media Kartu Cinta Anak efektif dalam meningkatkan pengetahuan pasangan calon pengantin tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan karena dari hasil analisa data yang digunakan dengan menggunakan Uji *Paired Sample t-test* menunjukan peningkatan nilai rata-rata skor pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dan nilai p *value* = 0,000 pada responden laki-laki dan perempuan. Karena p<0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shafira Evi tentang Efektivitas Media Promosi Kartu Kwartet dengan *Slide* di Kecamatan Depok Sleman menyebutkan bahwa penggunaan media promosi kesehatan kartu kwartet lebih efektif dibandingkan media *slide*. Dikarenakan media kartu yang bergambar dan dibuat seperti sebuah permainan yang artinya responden diminta untuk berinteraksi sehingga menjadikan lebih mudah ingat. Seperti pada penggunaan KCA reponden diminta melakukan interaksi tanya jawab yang dipandu oleh peneliti. (Evi, 2013).

Menurut teori yang dikemukakan oleh Elgar Dale yang membagi 11 macam alat peraga dalam menggambarkan tingkat intensitas penerimaan pengetahuan dalam sebuah kerucut yang menempatkan discussion dan audio-visual lebih besar dengan hanya membaca dan mendengarkan saja. Sesuai teori Elgar Dale bahwa tampilan Kartu Cinta Anak (KCA) yang bergambar dan penggunaanya melalui metode diskusi ceramah mempengaruhi peningkatan pengetahuan pasangan calon pengantin. (Machfoedz, 2009).

Dengan kata lain penggunaan media Kartu Cinta Anak (KCA) sebagai media promosi kesehatan, efektif terhadap peningkatan pengetahuan tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) pada pasangan calon pengantin (Catin) di KUA Kecamatan Jatinangor.

PENUTUP

Simpulan

Penggunaan media Kartu Cinta Anak (KCA) efektif dalam meningkatkan pengetahuan calon pengantin (catin) tentang 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) karena dilihat dari hasil analisis data didapatkan nilai p<0,05 (p = 0,000) yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan catin sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Media KCA ini dapat digunakan sebagai media pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tenang 100 Hari Pertama Kehidupan. Saran untuk peneliti selanjutnya yaitu melakukan penelitian terhadap hasil luaran pada responden dalam penelitian ini yang telah mendapatkan pengetahuan mengenai 1000 Hari Pertama Kehidupan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada KUA Kecamatan Jatinangor yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian di lokasi kerja KUA Kecamatan Jatinangor dan

pasangan calon pengantin yang bersedia untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Agumelar, T. (2014). *Pengetahuan Gizi dan Pengetahuan tentang Masalah Gizi Stunting pada Siswa SMAN 3 Bogor*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.

BAPPENAS. (2012). *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2012*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.

BPP, N. (2012). *Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Nasional.

Brug J OA, Kroeze W, R. H. E. J. of C., & Nutr. (2015). The Internet and Nutrition Education. In *Challenges and Opportunities*.

Evi, S. (2013). *Efektivitas Media Promosi Kartu Kwartet dengan Slide terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa Sekolah Dasar tentang Perilaku Hidup Bersih Sehat di Kecamatan Depok Sleman Universitas Gajah Mada*.

Fitriani. (2011). *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Hariyani. (2011). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Husnah. (2017). Nutrisi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, *17*, 179–183.

Kemenkes RI. (2012). *Penuhi Kebutuhan Gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *1000 Hari Pertumbuhan yang Menentukan*. Jakarta.

Koka, E. (2014). *Pengaruh Pendidikan Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan terhadap Pengetahuan dan Sikap Siswa SMAN 1 Secanggang Kabupaten Langkat*. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Luz M De-Regil KBH, and M. L. R. (2016). Preconceptional Nutrition Interventions for Adolescent Girls and Adult Women. *The Journal of Nutrition*.

Machfoedz IdES. (2009). *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.

Masije, M. K. D. (2011). *The effectiveness Of Flashcards and Word Cards In Improving Knowledge and Attitude Worms In The Elementary School Children*. Poltekkes Semarang.

Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Keshatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Profil Daerah Kabupaten Sumedang. (2014).

Pusdatin. (2006). Glosarium. Retrieved from www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/glosarium 2006.pdf

Rahmawati W, D. (2016). Gambaran Masalah Gizi pada 1000 HPK di Kota dan Kabupaten Malang. *Indonesia Journal of Human Nutrition*, *Vol. 3*(No. 1), 20–31.

Republik Indonesia. (2013). *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan*.

Sandjaja SB, B., Harahap, H., Ernawati, F. Soekatri, M., Widodo, Y. Sumedi, E., Rustan, E. Sofia, G. Syarief, SN., Khouw, I. (2013). Food consumption and nutritional and biochemical status of 0.5-12 year-old Indonesian children: the SEANUTS study. *British Journal of Nutrition*.

Soekidjo N. (2012). *Promosi Kesehatan an perilaku kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Trisnawati, Y. (2016). Studi Deskriptif Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Tentang Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan di Puskesmas Sokaraja Kabupaten Banyumas. *Jurnal Kebidanan*, *VIII*(No. 2).

UNICEF. (2014). *Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak 2014*. Retrieved from www.unicef.org

WHO. (2009). Second Report on the World Nutrition Situation. In *Volume I: Global and Regional Result*. Geneva: UN Standing Committe on Nutrition.

Woods, L. (n.d.). *Seven Key Reasons why the first 1000 days are critical*. Retrieved from http://www.everychildcounts.org.nz/resources/seven-reasons/

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Efektifitas Selimut Elektrik dalam Meningkatkan Suhu Tubuh Pasien Post Seksio Sesarea yang Mengalami Hipotermi

Mutiara Dewi Listiyanawati[1], Noriyanto[2]
Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata Yogyakarta[1,2]
mudeli43@gmail.com[1], noriyanto2015@gmail.com[2]

ABSTRAK

Latar Belakang: Operasi bedah seksio sesarea mempunyai risiko mengganggu intregritas atau keutuhan tubuh bahkan dapat merupakan ancaman kehidupan pasien. Pasien *post* operasi seksio sesarea dapat mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu yang rendah di kamar operasi, luka yang terbuka dan aktifitas otot yang menurun akibat efek anestesi spinal, sehingga dapat memperlama proses penyembuhan luka operasi. Salah satu penatalaksanaan untuk menangani kasus hipotermi di ruang pemulihan adalah dengan penggunaan selimut kain atau selimut elektrik, namun penggunaan selimut tersebut di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo belum dijadikan standar prosedur operasional.

Tujuan: mengetahui efektifitas penggunaan selimut elektrik terhadap peningkatan suhu tubuh pasien *post* operasi seksio sesarea yang mengalami hipotermia di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo

Metode: Jenis penelitian ini adalah quasi experiment research dengan desain two-group pre-post test design.Pengambilan sampel dilakukan di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel keseluruhan 36 orang, dibagi menjadi 2 kelompok dimana 18 orang diberikan intervensi penggunaan selimut elektrik dan 18 intervensi selimut kain. Uji statistik data menggunakan uji *Independent Sample t Test.*

Hasil: Hasil penelitian diperoleh rata-rata peningkatan suhu tubuh sebelum dan sesudah penggunaan selimut elektrik sebesar 1,544^{o}C dan rata-rata peningkatan suhu tubuh sebelum dan sesudah penggunaan selimut kain sebesar 0,856^{o}C dengan *p-value* 0,001 (<0,05).

Kesimpulan: penggunaan selimut elektrik lebih efektif terhadap peningkatan suhu tubuh pasien *post* seksio sesarea yang mengalami hipotermi ringan dibandingkan dengan penggunaan selimut kain.

Kata kunci: Hipotermi, Seksio Sesarea, Selimut Elektrik

ABSTRACT

Background: *Caesarean section surgery has a risk of disrupting the integrity or wholeness of the body and may even be a threat to the patient's life. Postoperative caesarean section can experience hypothermia caused by low temperatures in the operating room, open wounds and decreased muscle activity due to the effects of spinal anesthesia, so as to prolong surgical wound healing. One of the management to handle hypothermia case in recovery room is by using blanket of cloth or electric blanket, but the use of blanket in Dr. Tjitrowardojo hospital hasn't been made standard operational procedure.*

Objective: *This study aimed to determine the effectiveness of electric blanket to increase the body temperature of post operative cesarean section with hypothermia in recovery room Dr. Tjitrowardojo hospital.*

Methods: *This type of this research is quasi experiment research with two-group design pre-post test design. Sampling was conducted in recovery room Dr. Tjitrowardojo hospital. The total sample number of 36 samples taken by using purposive sampling, divided into 2 groups where 18 people were given the intervention of the use of electric blanket and 18 interval of cloth blanket. The analysis of statistic data used Independent Sample t Test.*

Results: *The result showed that the average of increasing body temperature before and after the use of electric blanket was 1.544^{o}C and the average of increasing body temperature before and after the use of cloth blanket was 0,856^{o}C with p-value 0,001 (<0,05).*

Conclusion: *Electric blanket wereshown to be an effective increase body temperature of post-cesarean section who have mild hypothermia compared with the use of cloth blanket.*

Keywords: *Hypothermia, Caesarean Section, Electric Blanket*

PENDAHULUAN

Pembedahan elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang biasanya menjalani prosedur mencakup penggunaan anestesi lokal, regional, atau umum (Sjamsuhidajat & De Jong, 2010). Sebagian besar tindakan seksio sesarea dilakukan dengan anestesi spinal atau epidural. Seksio sesarea yang dilakukan dengan indikasi ukuran janin terlalu besar, kelainan letak janin, denyut jantung janin yang tidak normal, kelainan plasenta dan tali pusat, kelainan kontraksi rahim, adanya hambatan jalan lahir (mioma uteri atau tumor), ketuban pecah dini, derajat gawat janin dan ibunya harus dievaluasi dalam menentukan jenis anestesi yang akan dilakukan (Wiknjosatro, 2007; Myles, 2009; Saifuddin, 2010; Lowdermilk, 2010).

Tindakan bedah atau prosedur operasi memiliki risiko kerusakan integritas atau keutuhan tubuh bahkan dapat merupakan ancaman kehidupan pasien. Pasien pasca bedah dapat mengalami hipotermi yang dapat terjadi pada periode peri-operasi hingga berlanjut pada periode pasca operasi di ruang pemulihan, sebagai akibat sekunder dari suhu yang rendah di ruang operasi, infus dengan cairan yang dingin, inhalasi dengan gas yang dingin, kavitas atau luka yang terbuka, aktivitas otot yang menurun, usia yang lanjut atau agen obat-obatan yang digunakan, seperti anestesi dan vasodilator (Smeltzer, 2002).

Hipotermia didefinisikan sebagai keadaan dimana suhu tubuh kurang dari 36^{o}C dan dapat terjadi sebelum, selama, atau setelah operasi (Sessler, 2014). Hipotermia pasca operasi dapat menyebabkan berbagai efek fisiologis yang merugikan (Shen *et al*, 2015). Penatalaksanaan hipotermia yang dapat dikerjakan meliputi tindakan non farmakologis serta farmakologis. Teknik terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan memberikan selimut hangat, mengatur suhu lingkungan yang memadai, serta menggunakan penghangat cairan untuk tranfusi dan cairan lain (Sjamsuhidajat & De Jong, 2010).

Ruang pemulihan di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo mempunyai selimut elektrik dengan menggunakan sumber tenaga listrik yang bisa digunakan untuk menghangatkan tubuh pada pasien *post* operasi yang mengalami hipotermi. Alat tersebut sering digunakan pada pasien *post* seksio sesarea, dimana sebelumnya hanya menggunakan selimut kain. Berdasarkan studi pendahuluan peneliti di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo pada bulan Mei 2017, dari 10 pasien post operasi seksio sesarea terdapat 8 pasien yang mengalami hipotermi ringan. Hasil pengukuran peningkatan suhu tubuh pada penggunaan selimut elektrik terhadap 4 pasien hipotermi ringan menunjukkan hasil kenaikan rata-rata 1,80C sedangkan pada 4 pasien selimut kain mampu menaikkan suhu tubuh pasien rata-rata 0,60C. Penggunaan selimut elektrik mampu meningkatkan suhu tubuh lebih cepat dibandingkan dengan selimut kain pada pasien post operasi seksio sesarea.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana efektifitas penggunaan selimut elektrik dalam meningkatkan suhu tubuh pasien post operasi seksio sesarea dengan hipotermi di ruang pemulihan. Manfaat yang bisa didapatkan yaitu sebagai acuan untuk pembuatan standar prosedur operasional rumah sakit dalam penatalaksanaan pasien di post operasi seksio sesarea dengan hipotermi di ruang pemulihan.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment research* dengan desain *two-group pre-post test design*. Pengambilan sampel dilakukan di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria inklusi adalah pasien *post* seksio sesarea dengan anatesi spinal yang mengalami hipotermi ringan dengan suhu 34-36^{o}C dan bersedia untuk menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien *post* seksio sesarea yang harus segera pindah ke ruang ICU.

Jumlah sampel 36 pasien dibagi menjadi 2 kelompok, dimana 18 pasien

diberikan intervensi penggunaan selimut elektrik dan 18 pasien diberikan intervensi penggunaan selimut kain selama 60 menit setelah tindakan *post* seksio sesarea. Selimut elektrik yang digunakan yaitu selimut elektrik merk Equator dengan selimut pemanas berbahan *polypropylene non-woven* mempunyai panjang 203 cm dan lebar 101 cm. Saat dilakukan intervensi, selimut elektrik diatur pada suhu alat 44ºC. Selimut kain yang digunakan terbuat dari bahan katun dengan motif garis-garis lurus mempunyai ukuran panjang 180 cm, lebar 150 cm dan ketebalan 0,2 cm.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara mengukur suhu tubuh pasien sebelum dan setelah intervensi dengan menggunakan alat thermometer *axila* digital. Uji statistik data menggunakan uji *Independent Sample t Test* dengan tingkat signifikan 5%. Penelitian dilakukan pada 20 Mei sampai 3 Juni 2017.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Deskripsi peningkatan suhu tubuh pasien post seksio sesarea yang diberikan selimut elektrik dan selimut kain di ruang pemulihan RSUD Dr Tjitrowardojo Purworejo

Tabel 1. Deskripsi Peningkatan Suhu Tubuh Pasien *Post* Seksio Sesarea

Variabel	Mean	Median	SD	Min - Max
Selimut Elektrik	1.54	1.40	0.36	1.20 - 2.30
Selimut Kain	0.85	0.8	0.15	0.70 - 1.30

Sumber: Data Primer, 2017

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata peningkatan suhu tubuh pada pasien post seksio sesarea yang diberikan intervensi penggunaan selimut elektrik adalah 1,54°C dan rata-rata peningkatan suhu tubuh pasien post seksio sesarea yang diberikan intervensi penggunaan selimut kain adalah 0,85°C.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pemanasan aktif dengan penggunaan selimut elektrik selama 60 menit *post* seksio sesarea di ruang pemulihan dapat meningkatkan suhu tubuh lebih cepat dibandingkan dengan penggunaan selimut kain.

2. Uji beda rerata suhu tubuh pada pasien *post* seksio sesarea yang mengalami hipotermi ringan sebelum dan sesudah intervensi penggunaan selimut elektrik dan selimut kain.

Tabel 2. Uji Beda Rerata Peningkatan Suhu Tubuh Sebelum dan Sesudah Intervensi

Perlakuan	Rerata Suhu (°C)		Mean	p-*value*
	Sebelum	Sesudah		
Selimut Elektrik	34.68	36.23	1.54	0.00
Selimut Kain	34.92	35.78	0.85	0.00

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 2, hasil uji *Paired Sample* t *Test* diperoleh hasil peningkatan suhu tubuh pada kedua kelompok intervensi penggunaan selimut yaitu menunjukkan hasil yang signifikan. Suhu tubuh kelompok intervensi penggunaan selimut elektrik sebelum perlakuan adalah 34,68°C dan sesudah perlakuan mengalami peningkatan rata-rata suhu 1,54°C menjadi 36,23°C. Suhu tubuh kelompok intervensi penggunaan selimut kain sebelum perlakuan adalah 34,92°C dan sesudah perlakuan mengalami peningkatan rata-rata suhu 0,85°C menjadi 35,78°C. Berdasarkan perbandingan rata-rata peningkatan suhu menunjukkan bahwa penggunaan selimut elektrik memiliki peningkatan suhu lebih besar dibandingkan penggunaan selimut kain (tabel 1).

Hasil penelitian Torrossian, et al (2016) menunjukkan bahwa penggunaan selimut BARRIER EasyWarm pada tahap *preoperative, perioperative dan postoperative* signifikan meningkatkan suhu tubuh. Selimut diberikan kepada pasien 30 menit sebelum proses anestesi. Rerata suhu tubuh pada tahap *postoperative* berbeda signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (36,3 C, SD±0.5, vs 36,0 C SD±0.5, dengan nilai p masing-masing 0,01). Kejadian hipotermia pada tahap *postoperative* signifikan lebih rendah

pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol (24% vs 49% dengan nilai p masing-masing 0,01).

Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan selimut elektrik pada rangkaian proses operasi yang menggunakan anestesi spinal dapat membantu mengurangi resiko hipotermi pada pasien saat di ruang pemulihan.

3. Uji beda rerata peningkatan suhu tubuh pada pasien post seksio sesarea yang mengalami hipotermi ringan sebelum dan sesudah intervensi penggunaan selimut elektrik dan selimut kain.

Tabel 3 menunjukkan bahwa rerata peningkatan suhu tubuh pada pasien *post* seksio sesarea dengan perlakuan penggunaan selimut elektrik adalah 1,54°C dan rerata peningkatan suhu tubuh pada pasien *post* seksio sesarea dengan perlakuan penggunaan selimut kain adalah 0,85°C.

Tabel 3. Uji Beda Rerata Peningkatan Suhu Tubuh

Perlakuan	Rerata Peningkatan Suhu Tubuh (°C)	t hitung	p-*value*
Selimut Elektrik	1,54	7,490	0,001
Selimut Kain	0,85		

Sumber: Data Primer, 2017

Hasil uji perbandingan kedua rerata peningkatan suhu tubuh menggunakan uji *Independent Sampel* t *Test* diperoleh hasil t=7,490 dengan p=0,001. Hasil menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan pada rerata peningkatan suhu tubuh pasien *post* seksio sesarea dengan penggunaan selimut elektrik dan penggunaan selimut kain. Hal ini membuktikan bahwa penggunaan selimut elektrik pada pasien *post* seksio sesarea yang mengalami hipotermi ringan lebih efektif dalam meningkatkan suhu tubuh dibandingkan penggunaan selimut kain di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.

Penggunaan selimut elektrik menggunakan udara yang dipanaskan dan dialirkan melalui selang dan selimut (konveksi) menyebabkan kenaikan suhu tubuh sebagai akibat terpapar udara panas dan mencegah kehilangan panas tubuh (Robinson, 2012). Hasil penelitian Kesuma (2013) mengenai penggunaan selimut tebal dan lampu penghangat pada pasien pasca bedah *sectio caesaria* yang mengalami hipotermi di ruang pemulihan RSUD Sanjiwani Gianyar menunjukkan bahwa pasien hipotermi yang diberikan penghangat dari luar tubuh memiliki peningkatan suhu yang lebih besar dibandingkan dengan selimut tebal. Selimut kain tebal hanya membungkus atau melindungi pasien dari kehilangan panas yang lebih parah dan proses penghangatan hanya mengandalkan produksi panas dari dalam tubuh saja. Selimut hanya membantu mencegah keluarnya panas yang telah diproduksi di dalam tubuh dan tidak terjadi perpindahan panas dari selimut kain tebal ke dalam tubuh pasien.

Perbedaan antara penelitian Kesuma (2013) dengan yang dilakukan peneliti adalah penggunaan alat untuk meningkatkan suhu tubuh yaitu lampu penghangat dan selimut elektrik. Penggunaan lampu penghangat menggunakan radiasi panas dan yang diukur adalah lama waktu untuk mencapai suhu tubuh kembali ke suhu normal 36°C dengan rata-rata suhu sebelum perlakuan 34,06°C. Hasil penelitiannya dibutuhkan waktu 49,06 menit untuk mencapai suhu normal tubuh dengan peningkatan 1,9°C. Sedangkan peneliti menggunakan selimut elektrik dengan cara konveksi selama 60 menit tanpa membatasi suhu pasien sampai suhu 36°C. Suhu sebelum perlakuan 34,68°C dan sesudah perlakuan 36,23°C dengan peningkatan 1,54°C. Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan lampu penghangat lebih cepat menaikkan suhu tubuh, tetapi mempunyai risiko kulit terbakar bila terlalu dekat dan kenaikan suhu tubuh dapat lebih lama jika terlalu jauh. Penggunaan selimut elektrik jauh lebih aman karena menggunakan panas melalui konveksi dengan mesin pemanas yang bisa diatur suhu dan sensor suhu panas untuk mengukur suhu udara yang keluar.

Keterbatasan penelitian ini adalah kelompok kontrol tidak menerima pemanasan aktif alternatif lainnya, meskipun pasien menerima isolasi pasif dengan penggunaan selimut yang menjadi kenyataan di banyak layanan kesehatan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penurunan suhu tubuh, seperti *Body Mass Index* (BMI) dan banyaknya cairan infus yang masuk selama proses operasi juga tidak dihitung. Keterbatasan lainnya yaitu untuk penggunaan obat-obatan yang dianggap mampu untuk mengatasi risiko hipotermia selama anestesi spinal, seperti golongan phenylephrine yang digunakan dalam kedua kelompok tidak dilaporkan (Bernardis, et al, 2016).

KESIMPULAN

1. Terdapat peningkatan suhu tubuh sebelum dan sesudah penggunaan selimut elektrik pada pasien *post* seksio sesarea di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo sebesar 1,54°C.
2. Terdapat peningkatan suhu tubuh sebelum dan sesudah penggunaan selimut kain pada pasien post seksio sesarea di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo sebesar 0,85°C
3. Hasil uji beda menunjukan penggunaan selimut elektrik lebih efektif dibandingkan penggunaan selimut kain terhadap peningkatan suhu tubuh pada pasien post seksio sesarea di ruang pemulihan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.

SARAN

Berdasarkan kesimpulan tersebut maka peneliti memberikan saran agar RSUD Dr. Tjitrowardojo dapat mempertimbangkan dan menjadikan penggunaan selimut elektrik sebagai standar prosedur operasional dalam tindakan keperawatan dalam mengatasi hipotermi di ruang pemulihan kamar operasi.

DAFTAR PUSTAKA

Bernardis, R.C.G., et al. (2016). Perioperative warming with a thermal gown prevents maternal temperature loss during elective cesarean section A randomized clinical trial. *Braz J Anesthesiol*, *66*(5), 451–455.

Kesuma, I.G.B.I.W., Kusumawati, P., dan Saputra, I. . (2013). The Differences in Effectiveness of Granting Thick Blankets and Heating Lamps in Sectio Caesarea Post-Surgery Patients who Undergo Hypothermia in the OK Recovery Room in Sanjiwani District Hospital Gianyar. *Open Journal System Universitas Udayana*, *1*(2).

Lowdernilk, D. . (2010). *Maternity Nursing*. Maryland: Mosby.

Myles. (2009). *Buku Ajar Bidan*. Jakarta: ECG.

Robinson, J. . (2012). *Critical Care Nursing*. Norristown: Lippincott Williams.

Saifuddin, A. B. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sessler, D. (2014). Temperature monitoring: the consequences and prevention of mild perioperative hypothermia. *South Afr J Anaesth Analg*, *20*, 25–31.

Shen, J., Wang, Q., Zhang, Y., Wang, X., Shi, P. (2015). Combination of warming blanket and prewarmed intravenous infusion is effective for rewarming in infants with postoperative hypothermia in China. *J Paediatr Anaesth*, *25*(11), 1139–1143.

Sjamsuhidajat dan De Jong. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: ECG.

Smeltzer, C. . (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: ECG.

Torossian, A., et al. (2016). Active perioperative patient warming using a self-warming blanket (BARRIER EasyWarm) is superior to passive thermal insulation: a multinational, multicenter, randomized trial. *J Clin Anesth*, *34*, 547–554.

Wiknjosatro, H. (2007). *Ilmu Bedah Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Higiene Sanitasi dan Uji *Escherichia Coli* Depot Air Minum Isi Ulang (Damiu) di Kelurahan Pesisir, Kecamatan Lima Puluh, Kota Pekanbaru

Riska Epina Hayu[1], Fitri Mairizki[2], Ermayulis[3]
Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al- Insyirah Pekanbaru[1,2]
Program Studi S1 Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al- Insyirah Pekanbaru[3]
riskaepinahayu@ymail.com[1], mairizki.fitri@gmail.com[2]

ABSTRAK

Latar Belakang: Keberadaan DAMIU terus meningkat sejalan dengan dinamika keperluan masyarakat terhadap air minum walaupun tidak semua produk DAMIU terjamin keamanannya. Kelurahan Pesisir, Kecamatan Lima Puluh, Kota Pekanbaru memiliki dua puluh satu DAMIU dimana pemeriksaan DAMIU secara berkala jarang dilakukan. Kelurahan Pesisir juga termasuk ke dalam sepuluh besar angka kejadian diare pada tahun 2014. Pemilihan DAMIU untuk memenuhi kebutuhan akan air minum beresiko bagi kesehatan jika konsumen tidak memperhatikan higiene sanitasi DAMIU.
Tujuan: Mengetahui higiene sanitasi tempat, peralatan, operator dan uji *Eschericia coli* produk DAMIU di Kelurahan Pesisir, Kecamatan Lima Puluh, Kota Pekanbaru.
Metode: Jenis penelitian deskriptif dengan *total sampling* sebanyak 7 DAMIU. Penilaian higiene sanitasi menggunakan format pemeriksaan fisik berdasarkan pedoman penyelenggaraan higiene sanitasi DAMIU Kementerian Kesehatan. Kualitas bakteriologis diuji di laboratorium dengan persyaratan berdasarkan Permenkes RI No. 492/MENKES/KES/PER/IV/2010.
Hasil: Kualitas bakteriologis air minum pada 7 DAMIU menunjukkan 1 DAMIU yang tidak memenuhi syarat dengan persentase 14% dan 6 DAMIU memenuhi syarat dengan persentase 86%.
Kesimpulan: Secara umum higiene sanitasi tempat, peralatan, dan operator cukup baik, namun fasilitas sanitasi masih belum maksimal seperti belum adanya tempat cuci tangan yang dan tempat sampah yang tertutup, operator tidak mencuci tangan setiap melayani konsumen dan tidak memeliki sertifikat kursus higiene sanitasi DAMIU.
Kata kunci: Higieni Sanitasi, *E.Coli*, DAMIU

ABSTRACT

Background: *The existence of DAMIU continues to increase appropiate with the dynamics of community needs for drinking water although not all DAMIU products guaranteed safely. Pesisir Village, Lima Puluh Subdistrict, Pekanbaru City had twenty-one DAMIU where regular DAMIU examinations were rarely carried out. Pesisir Village was also included in the top ten rates of diarrhea in 2014. Selection of DAMIU to fulfill the need for drinking water becomes a risk for health if consumers did not pay attention in DAMIU hygiene sanitation.*
Objective: *The purpose of this research was to know hygiene sanitation and Eschericia coli test of DAMIU products in Pesisir village, Lima Puluh subdistrict, Pekanbaru city.*
Methods*: The type of this research was descriptive with total sampling of 7 DAMIU. Assessment of hygiene sanitation using physical examination format based on the guideline of DAMIU hygiene sanitation Ministry of Health. Bacteriological quality tested in laboratory with the requirements according of Permenkes RI No. 492/MENKES/KES/PER/IV/2010.*
Results: *Bacteriological quality of drinking water at 7 DAMIU showed 1 DAMIU not qualified with percentage 14% and 6 DAMIU qualified with percentage 86%.*
Conclusion: *In general hygiene sanitation of DAMIU building, equipment, and operator were good enough, but sanitation facilities were still not maximal such as threre were no hand washing and covered bin, operator did not wash his hands every serve the consumens and did not have certificate of DAMIU hygiene sanitation course.*
Keywords: *Hygiene sanitation, Eschericia coli, DAMIU.*

PENDAHULUAN

Air merupakan kebutuhan yang tidak bisa ditunda pemenuhannya. Ketersediaan air begitu melimpah, namun yang dapat dikonsumsi oleh manusia untuk keperluan minum, masak, mandi, mencuci sangatlah sedikit. Dari total jumlah air yang ada, hanya sedikit saja yang tersedia sebagai air minum, sedangkan sisanya adalah air laut (Dilapanga, M.R., Woodford, B.S.J., dan Hengky, L., 2014). Semakin meningkatnya populasi, semakin besar pula kebutuhan akan air minum (Kumalasari, 2011).

Diantara kegunaan-kegunaan air tersebut yang sangat penting adalah kebutuhan untuk minum. Oleh karena itu, untuk keperluan minum, air harus mempunyai persyaratan khusus agar air tersebut tidak menimbulkan penyakit pada manusia (Notoatmodjo, 2011). Kebutuhan masyarakat akan air minum yang terus meningkat seiring dengan pertumbuhan penduduk tidak diimbangi dengan ketersediaan air bersih yang ada. Salah satu penyebabnya adalah pencemaran air tanah yang semakin parah hingga saat ini. Oleh karena itu, air tanah tidak lagi aman untuk dijadikan bahan baku untuk air minum (Marpaung, M.D.O dan B.D.Marsono, 2013)

Pemenuhan kebutuhan akan air minum masyarakat saat ini sangat bervariasi. Di kota besar, dalam hal pemenuhan kebutuhan air minum masyarakat juga mengonsumsi Air Minum dalam Kemasan (AMDK) karena praktis dan dianggap lebih higienis. AMDK diproduksi oleh industri melalui proses otomatis dan disertai dengan pengujian kualitas sebelum diedarkan ke masyarakat. Beberapa tahun terakhir ini masyarakat merasa bahwa AMDK semakin mahal sehingga mencari alternatif lain yaitu Air Minum Isi Ulang(AMIU) yang diproduksi oleh Depot Air Minum Isi Ulang (DAMIU) (Khoeriyah, A., dkk, 2013). Kecendurungan masyarakat untuk mengonsumsi air minum siap pakai sangat besar sehingga usaha pengisian air minum berkembang sangat pesat (Kurniawan. A., Woodford, B.S.J., dan Janno, B., 2014)

DAMIU adalah badan usaha yang memproduksi AMIU untuk keperluan masyarakat dalam bentuk curah dan tidak dikemas. Ditinjau dari harganya, AMIU lebih murah daripada AMDK, bahkan ada yang memberikan harga hingga seperempat dari harga AMDK. AMIU menjadi salah satu jawaban pemenuhan kebutuhan air minum masyarakat Indonesia yang murah dan praktis. Hal ini yang menjadi alasan mengapa masyarakat memilih AMIU untuk dikonsumsi. Namun dari segi kualitasnya, masyarakat masih meragukan karena belum ada informasi yang jelas dari segi proses maupun peraturan tentang peredaran dan pengawasannya (Suprihatin B dan R. Adriyani, 2008).

Keberadaan DAMIU terus meningkat sejalan dengan dinamika keperluan masyarakat terhadap air minum yang bermutu dan aman untuk dikonsumsi walaupun tidak semua produk DAMIU terjamin keamanannya. Hal ini terjadi karena lemahnya pengawasan dari dinas terkait. Pengawasan yang kurang terhadap DAMIU tersebut mengakibatkan proses produksi tidak terawasi dengan baik (Putra I.D.G.N.K.P, K.A. Nocianitri, P.A. Sandhi, 2012).

Kualitas air minum di Indonesia harus memenuhi persyaratan yang tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 492/MENKES/ PER/IV/2010 dimana setiap komponen yang diperkenankan berada di dalamnya harus sesuai dengan persyaratan kesehatan air minum yang meliputi persyaratan fisika, kimia dan biologi (Wandrivel R., N. Suharti, Y. Lestari, 2012).

Kecamatan Lima Puluh merupakan salah satu Kecamatan di wilayah kota Pekanbaru yang terdiri atas 30 RW dan 122 RT. Luas wilayahnya adalah 4,04 Km yang terbagi atas 4 kelurahan yaitu, Rintis, Sekip, Tanjung Rhu, dan Pesisir. Berdasarkan informasi Kecamatan Lima Puluh tahun 2015, jumlah DAMIU di Kelurahan Kecamatan Lima Puluh yaitu,

empat DAMIU di Rintis, lima DAMIU di Sekip, lima DAMIU di Tanjung Rhu, dan tujuh DAMIU di Pesisir, jumlah keseluruhan yaitu dua puluh satu DAMIU. Menurut data jumlah kasus diare pada tahun 2014 di kecamatan dan puskesmas kabupaten kota Pekanbaru bahwa kecamatan Lima Puluh termasuk sepuluh besar angka kejadian diare. Kecamatan Lima Puluh juga termasuk prioritas/target pemerintah daerah dalam program Kotaku (kota tanpa kumuh) yang salah satunya adalah dalam pengelolaan air bersih. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian tentang higiene sanitasi DAMIU di kelurahan Pesisir, kecamatan Lima Puluh, kota Pekanbaru.

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan di beberapa DAMIU di Kelurahan Pesisir, Kecamatan Lima Puluh, diketahui bahwa karyawan yang bekerja di DAMIU tersebut tidak menggunakan alat pelindung diri seperti masker, *handscoon*, dan baju khusus sehingga kemungkinan besar dapat menimbulkan kontaminasi dalam proses pengemasannya. Selain itu, pemeriksaan DAMIU secara berkala juga jarang dilakukan. Hal ini menunjukkan belum optimalnya pengawasan kualitas AMIU oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Pekanbaru. Oleh karena itu, perlu di lakukan penelitian tentang Higiene Sanitasi dan Uji *Escherichia coli.*

METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif untuk melihat higiene sanitasi dan uji *E.coli* sehingga diketahui apakah AMIU yang dikonsumsi masyarakat memenuhi syarat yang ditentukan oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 492/Menkes/ Per/IV/ 2010.

Pengambilan sampel dilakukan di tujuh DAMIU yang berada di wilayah Kelurahan Pesisir, Kecamatan Lima Puluh, Kota Pekanbaru. Uji bakteri *Escherichia coli* dilakukan di UPT Laboratorium Kesehatan dan Lingkungan Provinsi Riau. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-Agustus 2017.

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah lembar *check list* atau observasi dengan beberapa daftar pertanyaan yang di buat berdasarkan inspeksi sanitasi depot air minum (DAM) Kemenkes RI tahun 2014.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Higene Sanitasi Tempat DAMIU

Distribusi frekuensi higiene sanitasi tempat DAMIU dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Higiene Sanitasi Tempat DAMIU

No	Uraian	Hasil			
		MS	%	TMS	%
1	Lokasi	7	100	0	0
2	Bangunan	7	100	0	0
3	Lantai	4	57	3	43
4	Dinding	7	100	0	0
5	Atap dan langit –langit	6	86	1	14
6	Tata ruang	5	71	2	29
7	Pencahayaan	5	71	2	29
8	Ventilasi	5	71	2	29
9	Kelembaban udara	5	71	2	29
10	Akses kamar mandi dan jamban	6	86	1	14
11	Saluran pembuangan air limbah	3	43	4	57
12	Tempat sampah yang tertutup	0	0	7	10
13	Tempat cuci tangan	0	0	7	10
14	Bebas dari tikus lalat dan kecoa	3	43	4	57

Keterangan:
MS : Memenuhi Syarat
TMS : Tidak Memenuhi Syarat

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa seluruh lokasi DAMIU jauh dari tempat pembuangan sampah, berada di daerah yang terbebas dari pencemaran dan penularan penyakit dengan persentase 100%. Bangunan DAMIU terbuat dari bahan yang kuat, aman, mudah dibersihkan dan mudah pemeliharaannya karena terbuat dari batu bata/batako yang diplester dengan persentase 100%. Terdapat empat DAMIU yang memiliki lantai kedap air, permukaan rata, halus, tidak licin, tidak retak, tidak menyerap debu, dan mudah dibersihkan serta kemiringan yang cukup

landai untuk memudahkan pembersihan dan tidak terjadi genangan air dengan persentase 57%. Namun, terdapat tiga DAMIU yang tidak memenuhi syarat, dikarenakan banyak ditemukan genangan air di lantai yang nantinya akan mempermudah munculnya bakteri. Semua dinding DAMIU menggunakan warna yang cerah agar tidak terjadi kontaminasi dengan persentase 100%.

Terdapat enam DAMIU memiliki atap dan langit-langit yang cukup kuat, anti tikus, mudah dibersihkan, tidak menyerap debu dan bewarna terang, mempunyai ketinggian yang cukup memungkinkan adanya pertukaran udara yang cukup dan lebih tinggi dari ukuran tandon air dengan persentase 86%. Namun, satu DAMIU memiliki ketinggian yang kurang sehingga mengakibatkan kurangnya pertukaran udara di ruangan tersebut dengan persentase 14%. Lima DAMIU memiliki tata ruang yang terdiri atas ruang proses pengolahan, penyimpanan pembagian/penyediaan, dan ruang tunggu pengunjung agar ruangan DAMIU tertata rapi dan terhindar dari penempatan barang yang tidak diperlukan dengan persentase 71%. Dua DAMIU tidak memenuhi syarat dikarenakan ruangan terlalu sempit dan kecil dengan persentase 29%.

Semua DAMIU memiliki pencahayaan yang cukup terang untuk berkerja, tidak menyilaukan dan tersebar secara merata. Ventilasi berguna untuk pertukaran udara dengan baik sehingga suhu dalam ruangan sama dengan suhu di luar ruangan, namun dua DAMIU tidak memiliki ventilasi dengan baik sehingga ruangan terasa pengap dan panas dengan persentase 29%. Kelembaban udara dapat memberikan dukungan kenyamanan dalam melakukan pekerjaan/aktivitas, namun dua depot tidak memenuhi syarat dikarenakan ruangan yang kecil, pengap dan ventilasi tidak ada mengakibatkan kurangnya kenyamanan dalam melakukan aktivitas di dalam ruangan tersebut.

Hampir semua DAMIU tidak memiliki akses jamban dan kamar mandi dikarenakan DAMIU tersebut menyatu dengan rumah pribadi pemilik DAMIU. Selain itu, tiga DAMIU memiliki saluran pembuangan yang alirannya lancar dan tertutup dengan persentase 43%. Namun, empat DAMIU lainya tidak memiliki saluran pembuangan air yang lancar. Hal ini terlihat dari banyaknya genangan air dan terdapat wadah-wadah penampung air kotor yang tidak tertutup di sekitar depot tersebut dengan persentase 57%.

Seluruh DAMIU tidak memiliki fasilitas seperti adanya tempat sampah yang tertutup dan tempat pencuci tangan yang dilengkapi dengan air mengalir dan sabun yang memungkinkan menjadi sumber pencemar. DAMIU harus terbebas dari tikus, lalat dan kecoa karena dapat mengotori dan merusak peralatan, namun hanya tiga DAMIU memenuhi syarat dengan persentase 43%, empat DAMIU lainya masih dikategorikan tidak memenuhi syarat dengan persentase 57%.

Higene Sanitasi Peralatan DAMIU

Distribusi frekuensi higiene sanitasi peralatan DAMIU dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Higiene Sanitasi Peralatan DAMIU

No	Uraian	Hasil			
		MS	%	TMS	%
1	Peralatan terbuat dari bahan tara pangan	7	100	0	0
2	Mikro filter dan peralatan desinfeksi	7	100	0	0
3	Tandon air baku	7	100	0	0
4	Pembersihan galon	7	100	0	0
5	AMIU langsung di berikan kepada konsumen dalam 1x24 jam	7	100	0	0
6	Sistem pencucian terbalik (*back washing*)	7	100	0	0
7	Terdapat lebih dari 1 micro filter (µ)	7	100	0	0
8	Peralatan sterilisasi	7	100	0	0
9	Ada fasilitas pencucian (galon)	7	100	0	0
10	Fasilitas pengisian botol (galon) dalam ruangan tertutup	7	100	0	0
11	Tutup botol baru	7	100	0	0

Keterangan:
MS : Memenuhi Syarat
TMS : Tidak Memenuhi Syarat

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa semua bahan mikro filter memenuhi syarat (100%) karena terbuat dari bahan *food grade*, terdapat lebih dari 1 mikro filter (μ) dengan ukuran berjenjang dan masih dalam masa pakai. Tandon air selalu tertutup dan tidak terkena cahaya matahari. Wadah atau botol galon sebelum dilakukan pengisian dibersihkan dahulu dan langsung diberikan kepada konsumen 1x24 jam untuk menghindari kemungkinan tercemar. Semua DAMIU menggunakan sistem pencucian terbalik dengan tekanan air tinggi sehingga kotoran atau residu tersaring dan terbuang keluar. Setiap DAMIU memiliki fasilitas pengisian galon dengan ruangan tertutup dan tersedianya tutup botol baru yang bersih dengan persentase keseluruhan 100%.

Higene Sanitasi Operator DAMIU

Distribusi frekuensi higiene sanitasi operator DAMIU dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Higiene Sanitasi Operator DAMIU

No	Uraian	Hasil			
		MS	%	TMS	%
1	Sehat	7	100	0	0
2	Tidak menjadi pembawa kuman penyakit	7	100	0	0
3	Berperilaku higiene	4	57	3	43
4	Selalu mencuci tangan setiap melayani konsumen	0	0	7	100
5	Menggunakan pakaian kerja yang bersih dan rapi	7	100	0	0
6	Melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala	7	100	0	0
7	Memiliki sertifikat telah mengikuti kursus higiene sanitasi depot air minum	0	0	7	100

Keterangan:
MS : Memenuhi Syarat
TMS : Tidak Memenuhi Syarat

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa operator pada ketujuh DAMIU tersebut sehat dan bebas dari penyakit menular dan tidak menjadi pembawa kuman penyakit ini dibuktikan dengan adanya pengecekan kesehatan dari Puskesmas di lingkungan tersebut dalam jangka waktu tertentu dengan persentase 100%. Namun, terdapat tiga operator yang tidak bersikap higiene seperti merokok dan menggaruk bagian tubuh pada saat pengisian AMIU dengan persentase 43%. Tidak satupun operator mencuci tangan sebelum melayani konsumen. Semua operator tidak memiliki sertifikat mengikuti kursus higiene sanitasi DAMIU dengan persentase 100%.

Analisis Kualitas Bakteriologis AMIU

Analisis kualitas bakteriologis AMIU dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Kualitas Bakteriologis AMIU

No	Kode Sampel	Kualitas Bakteriologis Air Minum (MPN/100ml)	
		Escherichia coli	
		Hasil Uji	Kriteria
1	A	0	MS
2	B	0	MS
3	C	0	MS
4	D	4,4	TMS
5	E	0	MS
6	F	0	MS
7	G	0	MS

Keterangan:
MS : Memenuhi Syarat
TMS : Tidak Memenuhi Syarat

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa hasil pemeriksaan *Escherichia coli* pada 7 DAMIU, terdapat 1 DAMIU yang memiliki hasil melebihi batas persyaratan kandungan *E.coli* yang ditentukan, yaitu melebihi 0 per 100 ml dengan hasil 4,4. Dengan demikian, hasil pemeriksaan bakteriologis air minum pada 7 DAMIU yang diteliti terdapat 1 DAMIU dengan persentase 14% yang tidak memenuhi syarat dan 6 DAMIU dengan persentase 86% yang memenuhi syarat.

Keberadaan *Escherichia coli* dalam AMIU dapat disebabkan karena beberapa faktor, seperti pencemaran pada sumber air baku yang digunakan, pencemaran pada proses pengolahan air baku (filtrasi dan desinfeksi) yang kurang sempurna dan pengemasan serta pencucian galon

penampung air minum isi ulang (Radji, M., Heria, O., dan Herman, S., 2008).

Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Abdilanov, D., dkk. didapatkan 8 DAMIU (33,3%) dari 24 DAMIU yang diteliti mengandung *Escherichia coli*. Menurut Abdilanov, D., dkk., (2012) keberadaan E.coli disebabkan oleh lamanya sirkulasi air baku pada DAMIU yang lebih dari 3 hari. Pada penelitian Mairizki, Fitri (2016) diperoleh hasil 8 DAMIU (100%) tidak memenuhi persyaratan untuk kandungan total *Coliform* dan 1 DAMIU (12,5%) tidak memenuhi persyaratan kandungan *Escherichia coli*. Hal ini juga mengindikasikan buruknya kualitas mutu produk air minum isi ulang yang dihasilkan DAMIU.

PENUTUP

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa:

1. Higiene sanitasi tempat dan peralatan semua DAMIU cukup baik. Namun, semua DAMIU perlu dilengkapi dengan tempat mencuci tangan dan tempat sampah yang tertutup.
2. Kondisi higiene sanitasi operator yang perlu diperhatikan adalah sebagian operator bekerja tanpa menggunakan pakaian kerja yang bersih dan rapi, tidak mencuci tangan sebelum melakukan pekerjaan dan merokok pada saat bekerja.
3. Hasil penelitian kualitas bakteriologis AMIU pada 7 DAMIU menunjukkan 1 DAMIU tidak memenuhi syarat dengan persentase 14% dan 6 DAMIU memenuhi syarat dengan persentase 86%.

SARAN

Dari penelitian yang telah dilakukan disarankan agar:

1. Para pemilik DAMIU untuk lebih memperhatikan sanitasi tempat dan peralatan seperti tempat mencuci tangan dan tempat sampah tertutup serta sanitasi operator selama proses produksi karena sangat berpengaruh terhadap kualitas AMIU yang dihasilkan.
2. Para konsumen untuk mengolah kembali AMIU sebelum dikonsumsi, misalnya dengan cara perebusan hingga mendidih agar aman dikonsumsi.
3. Dinas kesehatan untuk melakukan pengawasan lebih ketat terhadap DAMIU agar mutu produk yang dihasilkan terkontrol dengan baik dan sesuai standar mutu yang telah ditetapkan.
4. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang uji kualitas air baku AMIU ditinjau dari parameter fisika, kimia, dan biologi.

DAFTAR PUSTAKA

Abdilanov, D. dkk. (2012). *Pelaksanaan Penyelenggaraan Higiene Sanitasi dan Pemeriksaan Kualitas Air Minum pada Depot Air Minum Isi Ulang di Kota Padang*.

Dilapanga, M. R, Woodfrord, B. S. J. (2014). *Higiene Sanitasi dan Kualitas Bakteriologis Air Minum pada Depot Air Minum Isi Ulang (DAMIU) di Kecamatan Sario Kota Manado Tahun 2014*. Manado: Universitas Sam Ratulangi.

Khoeriyah, A., dkk. (2013). Aspek Kualitas Bakteriologis dan Higiene Sanitasi Fisik Depot Air Minum Isi Ulang (DAMIU) di Kecamatan Cimarame Kabupaten Bandung Barat. In *Prosiding Seminar Nasional Pengelolaan Sumberdaya Alam dan Lingkungan.* (pp. 70–75).

Kumalasari, F. S. Y. (2011). *Teknik Praktis Mengolah Air Kotor Menjadi Air Bersih*. Bandung: Laskar Aksara.

Kurniawan, A., Woodfoord, B.S.J., Janno, B. (2014). *Higiene Sanitasi dan Kualitas Bakteriologi pada Depot Air Minum Isi Ulang (DAMIU) di Kecamatan Tuminting Kota Manado Tahun 2014*.

Mairizki, F. (2016). Analisis Kualitas Air Minum Isi Ulang di Sekitar Kampus Universitas Islam Riau. *Jurnal Katalisator*, *Volume 2*(No. 1), 9–19.

Marpaung, M. D. O., & B. D. M. (2013). Uji Kualitas Air Minum Isi Ulang di Kabupaten Sukolilo Surabaya Ditinjau dari Perilaku dan

Pemeliharaan Alat. *Jurnal Teknik Pormits*, *Volume 2*(No. 2), 166–170.

Putra I. D. G. N. K. P., K. A. Nocianitri, P. A. S. (2012). *Analisis Mutu Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Kuta Selatan, Kabupaten Badung, Bali*. Balu: Universitas Udayana.

Radji M, dkk. (2008). *Pemerikasaan Bakteriologis Air Minum Isi Ulang di Beberapa Depot Air Minum Isi Ulang di Daerah Lenteng Agung dan Srengseng Sawah Jakarta Selatan*.

Suprihatin B., & R. A. (2008). Higiene Sanitasi Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Tanjung Redep Kabupaten Berau Kalimantan Timur. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*, *Volume 4*(No. 2), 81–88.

Wandrivel R., N. Suharti, Y. L. (2012). Kualitas Air Minum yang Diproduksi Depot Air Minum Isi Ulang di Kecamatan Bungus Padang Berdasarkan Persyaratan Mikrobiologi. *Jurnal Keshatan Andalas*, *Volume 1*(No. 3), 129–133.

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Kebutuhan Pengguna dalam Perancangan Disain Antarmuka SIMRS RSU 'Aisyiyah Ponorogo

Rawi Miharti[1], Dyan Riska Rohmasari[2]
Akademi Kebidanan Yogyakarta[1,2]
r4wimiharti@gmail.com[1], r.rahmadyan04@gmail.com[2]

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu elemen terpenting dalam membangun sebuah sistem informasi terkait kebutuhan pengguna adalah disain antarmuka sebagai gerbang penyalur informasi antara sistem dan penggunanya. RSU 'Aisyiyah Ponorogo telah menerapkan SIMRS, namun implementasinya belum menyeluruh. Pada bagian sensus harian rawat inap dan kegitan pelaporan rumah sakit masih menggunakan sistem manual yang cenderung memiliki risiko kesalahan data yang tinggi. Hal ini menjadi landasan kuat untuk merancang disain tampilan antarmuka sistem tersebut dan untuk melakukan hal itu diperlukan masukan berupa kebutuhan pengguna terhadap sistem yang dirancang.
Tujuan: mengidentifikasi permasalahan sensus harian rawat inap dan pelaporan rumah sakit, harapan pengguna terhadap sistem yang dibangun dan kebutuhan data yang diperlukan.
Metode: jenis penelitian ini deskriptif rancangan studi kasus dengan wawancara, observasi dan studi dokumen.
Hasil: Masih terjadi kesalahan pengisian data pada lembar sensus yang dilakukan di bangsal, sehingga masih ada data yang tidak konsisten dalam satu nomor rekam medis. Para pengguna khususnya petugas sensus dan petugas pelaporan memerlukan tampilan antarmuka yang interaktif dan familiar seperti tampilan pada form manual sensus harian. Sedangkan informasi yang harus bisa ditampilkan adalah info identitas pasien, info pasien-masuk, info pasien-pulang, rekapitulasi bangsal dan indeks. Terkait kegiatan penyajian pelaporan, kebutuhan sistem juga harus mengakomodasi output data berupa tampilan Grafik Barber Johnson sebagai informasi efisiensi pelayanan.
Kesimpulan: agar terbangun sistem informasi yang bermanfaat, sangat penting ditekankan pada peran serta pengguna dalam proses pembuatannya. Dalam tahap ini akan teridentifikasi permasalahan utama yang dialami pengguna dalam melakukan pekerjaannya; sekaligus solusi yang bisa diberikan secara sistemik guna peningkatan kinerja petugas serta peningkatan pelayanan organisasi.
Kata kunci: analisis kebutuhan sistem, kebutuhan pengguna, antarmuka sensus harian

ABSTRACT

Background: *One of the most important elements related to user needs in developing an information system is the design of the interface as a channel for information between the system and its users. RSU 'Aisyiyah Ponorogo has applied SIMRS for several years, but its implementation has not been comprehensive yet. In the daily inpatient census section and hospital reporting activities are still using a manual system that tends to have a high risk of data errors. This becomes a reason to design the interface of the system and its requires in the form of user requirements for the system that is designed. The main stage of building a system is analyzing user needs, specifically identifying the wishes of users who will always interact with the system at all times in supporting their works.*
Objective: *to identify problems in inpatient daily census and hospital reporting activities, users' expectations of the system being built and the data needs of users.*
Methods: *descriptive research with a case study approach. Techniques of data collection were interview, observation and documented study.*
Results: *the problem of inpatient census section and hospital reporting section is a data filing error on the census sheet in the ward, therefore there is inconsistent data in patient record. System users, especially census officers and reporting officers, need an interactive and familiar interface such as a display on the daily census manual form. While the information that must be displayed is info on patient identity, inpatient info, discharged patient info, ward and index recapitulation. In reporting presentation activities, system must also accommodate the output data in the form of Barber Johnson Graph as healthcare efficient informations.*
Conclusion: *in order to build a useful information system, it is very important to emphasize the participation of users in the developing process. In this stage, the main problems experienced by users in carrying out their work must be identified; as well as solutions that can be given systemically to improve staff performance and improve organizational services.*
Keywords: *analysis of system requirements, user needs, daily census interface design.*

PENDAHULUAN

Saat ini sarana pelayanan kesehatan, tak terkecuali rumah sakit, dituntut untuk menggunakan teknologi dalam setiap kegiatan yang dilakukan guna mendukung kinerja yang lebih cepat, tepat dan benar. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sebagai teknologi dalam mengelola data di rumah sakit kian berkembang seiring tuntutan tersebut. Sebagaimana tercantum dalam Undang-undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk SIMRS.

Implikasi dari maraknya pengembangan SIMRS ini jelas menimbulkan dampak sebagaimana yang diharapkan. Pengumpulan data kesehatan tidak lagi dalam bentuk manual. Rilisnya system pelaporan rumah sakit SIRS 2011 memudahkan rumah sakit untuk mengirim pelaporannya secara elektronik dan seragam kepada dinas kesehatan hingga tingkat pusat. Output olahan data rumah sakit dapat diambil kapan saja dan dilakukan dalam hitungan detik muncul pada *dashboard* di meja pimpinan, sebagai informasi bahan pengambilan keputusan.

Namun beberapa kasus penerapan SIMRS juga mengalami kegagalan. Yang sering terjadi adalah aplikasi yang dihasilkan tidak sesuai dengan kebutuhan pengguna, dimana sistem tidak mengakomodasi informasi yang diperlukan serta rumitnya pengguna memakai aplikasi hanya untuk mencari data. Selain itu pilihan teknologi yang dibangun juga terkadang mengalami kesalahan persepsi, bahwa tidak semua teknologi yang paling mutakhir itu pasti dapat menyelesaikan masalah. Memang aplikasi yang dibangun boleh jadi menggunakan teknologi paling mutakhir, tetapi malah tidak tepat guna. Problem-problem ini yang tidak sesuai harapan, tentunya menjadikan pengguna mengalami kekecewaan sehingga menolak untuk memakai sistem, kemudian akhirnya kembali ke cara lama. Menurut Cafasaro dalam O'Brien (2005) penyebab kegagalan dalam membangun sistem informasi diantaranya tidak ada dukungan manajemen, pemakai (*end-user*) yang tidak dilibatkan dan penggunaan kebutuhan perusahaan yang tidak jelas.

Tuntutan pelaporan disertai data yang *updated* serta tuntutan kebutuhan pelayanan, ikut "memaksa" rumah sakit untuk segera membangun system informasi yang terintegrasi dan mengakomodasi segala kebutuhan informasi di seluruh lini pelayanan rumah sakit. Tak terkecuali RSU 'Aisyiyah - Ponorogo yang juga telah merintis penerapan SIMRS di awal tahun 2016 dan kini masih dalam tahap perkembangan berkelanjutan. Terkait kegiatan sensus-harian, mereka mengalami permasalahan dalam olahan data. Menurut petugas di sana, problem yang terjadi adalah kesalahan dalam membaca nomor rekam medis, dan ini otomatis juga menjadi salah dalam menuliskannya, sehingga menyebabkan data-pasien tidak dapat ditemukan saat diperlukan. Selain itu, terkait data pelaporan rumah sakit, petugas menginginkan data pasien rawat inap dapat langsung diambil setiap saat diperlukan, tanpa harus menghitung manual terlebih dahulu. Menghitung dengan cara manual dianggap memakan waktu lebih lama dan tentu saja risiko terjadi kesalahan lebih besar.

Problem-problem tersebut sangat erat berkait dengan system informasi. Oleh karena itu, perlu dibangun system yang mengatur kemana arus informasi berjalan, system yang mengakomodasi keinginan pengguna. Guna membangun system yang demikian, dan menghindari kegagalan, maka sistem harus didisain dengan tepat. Menurut Saputra & Purnama (2012) disain merupakan tahap melakukan pemikiran untuk mendapatkan cara terefektif dan efisien mengimplementasikan sistem dengan bantuan data yang didapatkan dalam tahap analisa. Dalam disain ini akan menghasilkan desain arsitektur sistem dan desain *interface* (antarmuka).

Salah satu subkegiatan pada tahap disain ini adalah analisis kebutuhan pengguna dengan melakukan identifikasi

data dan informasi yang diperlukan pengguna system, terutama untuk merancang disain antarmuka sebagai tampilan komunikasi antara system dan pemakai. Dalam hal kegiatan sensus harian rawat inap dan pelaporan rumah sakit, hal ini akan menyangkut kegiatan identifikasi input data dari bagian pendaftaran pasien, serta output data berupa info pasien dalam bentuk statistik rumah sakit.

Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis kebutuhan pengguna sistem sensus harian rawat inap RSU 'Aisyiyah Ponorogo untuk merancang disain antarmuka, khususnya mengidentifikasi permasalahan dalam kegiatan sensus harian rawat inap, harapan pengguna terhadap sistem yang dibangun dan kebutuhan data yang diperlukan pengguna. Hal ini dimaksudkan agar aplikasi yang dirancang, khususnya melalui disain antarmuka system dapat memberikan informasi yang dibutuhkan penggunanya. Sehingga manfaatnya tidak hanya dirasakan bagi pemakai system tersebut, tetapi juga memberikan manfaat pengalaman bagi perancang system yang lain bahwa identifikasi kebutuhan pengguna merupakan tahap yang sangat penting dan instruktif dalam membangun sebuah system.

Organisasi rumah sakit, merupakan sebuah system yang mana komponen organisasi satu sama lain akan saling berkait. Demikian pula sebuah system informasi, yang melekat sebagai tatanan pendukung operasi dalam pengelolaan organisasi. Menurut Hutahaean (2015) system informasi adalah suatu system dalam suatu organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengelola transaksi harian, mendukung operasi, bersifat menajerial dan kegiatan strategi dari suatu organisasi dan menyediakan laporan-laporan yang dibutuhkan. Sebagai jembatan komunikasi antara manusia dengan system, maka perlu dibangun satu komponen perangkat lunak yaitu antarmuka (*interface*).

Antarmuka (*interface*) adalah bagian dari sebuah komputer dan perangkat lunaknya yang dapat berinteraksi dengan manusia dengan cara dilihat, didengar, disentuh atau dengan cara yang lainnya yang dapat dipahami atau mengarahkan penggunanya (Galitz, 2007). Sedangkan menurut Saputra & Purnama (2012) disain antarmuka adalah gambaran/tampilan bagaimana perangkat lunak berkomunikasi dalam dirinya sendiri, dengan sistem yang berinteroperasi dengannya dan dengan manusia yang menggunakannya. Tampilan ini dibuat untuk memudahkan programmer dalam menterjemahkan ke dalam bentuk bahasa pemrograman. Sebagai gerbang komunikasi dengan pemakai, antarmuka menjadi sangat penting mengingat pengguna akan menuntut system atau aplikasi yang dibangun dapat digunakan dengan mudah, tidak rumit, interaktif, informatif dan membantu hasil kerja lebih efektif dan efisien. Rancangan antarmuka bertujuan agar program atau aplikasi yang dihasilkan terlihat lebih menarik dan mudah dimengerti saat dioperasikan (Saputra & Purnama, 2012). Oleh karena itu, disain tampilan antarmuka harus memenuhi kondisi tersebut yang hanya dapat diperoleh bila perancang disain mampu menggali keinginan penggunanya secara detail.

Menurut McLeod dan Schell (2008) salah satu langkah pengembangan sistem adalah mengidentifikasi kebutuhan pengguna. Pengambilan data dilakukan dengan mewawancarai pengguna untuk mendapatkan ide mengenai apa yang diminta dari sebuah system. Untuk menentukan apakah disain antarmuka yang dikembangkan dapat diterima pengguna atau tidak, maka pembuat disain harus mempresentasikan prototype system tersebut kepada para pengguna untuk mengetahui apakah prototype tersebut telah memberikan hasil yang memuaskan cocok dengan kebutuhan pengguna.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Objek penelitian adalah kegiatan sensus harian rawat inap hingga pelaporan rumah sakit dengan subjek

sebanyak 11 orang terdiri atas 1 orang petugas pelaporan, 8 perawat bangsal, 1 orang petugas pendaftaran pasien dan 1 orang petugas teknis/IT rumah sakit. Teknik pengumpulan data menggunakan teknik wawancara, observasi dan studi dokumen. Adapun penelitian dilakukan di RSU 'Aisyiyah Ponorogo, Jawa Timur saat masih dalam proses menerapkan sistem informasi rumah sakit (Maret dan April 2017).

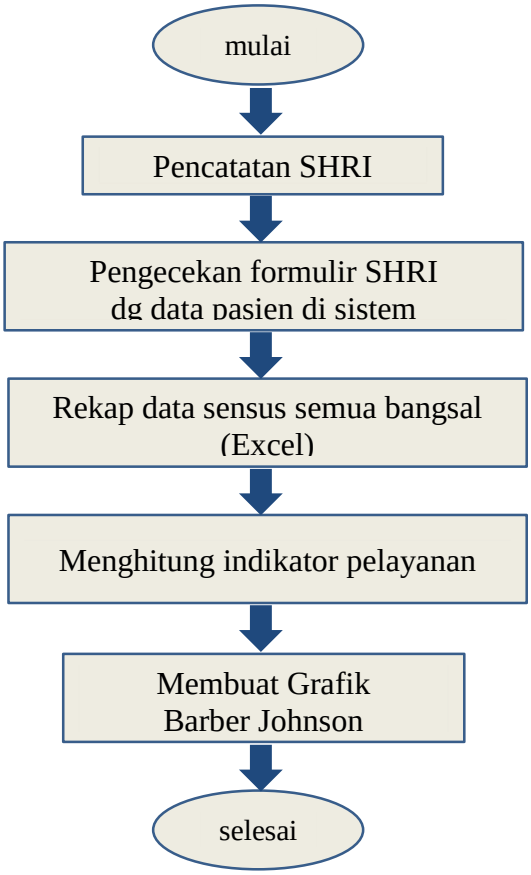
HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem sensus harian rawat inap yang dilakukan masih secara manual, meskipun RSU 'Aisyiyah Ponorogo sudah memakai SIMRS sejak 2016. Tidak ada antarmuka input data dalam sistem ini sehingga tidak dapat dikerjakan pengambilan data oleh petugas mengolah data untuk keperluan pelaporan rumah sakit. Petugas pelaporan atau dalam hal ini ia sebagai pengguna sistem, menganggap bahwa sistem tidak mendukung pekerjaan dalam kegiatan sensus harian maupun kegiatan pelaporan. Sensus harian merupakan perhitungan jumlah pasien pada waktu tertentu. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) menunjukkan jumlah pasien yang dirawat inap pada saat dilakukan penghitungan sensus, ditambah dengan jumlah pasien admisi setelah dilakukan sensus yang lalu dan pulang sebelum dilakukan sensus berikutnya (Sudra, 2010). Dalam pekerjaan sensus harian, petugas harus melakukan perhitungan dengan cermat mengingat sensus harian memberikan informasi perubahan jumlah pasien dalam hitungan jam. Kegiatan pelaporan juga demikian, mengolah data harus secermat mungkin, mengingat data pelaporan akan menjadi informasi yang diperlukan sebagai dasar pengambilan keputusan, baik dalam lingkup kebijakan internal maupun kebijakan eksternal.

Sensus harian rawat inap di RSU 'Aisyiyah Ponorogo dilakukan setiap 24 jam sekali (setiap hari) oleh perawat bangsal dengan menggunakan formulir kertas sebagai media pencatatan data. Responden menyatakan harapannya agar ke depan sensus yang dikerjakan rutin ini bisa dilakukan secara elektronis. Manfaat penggunaan sistem informasi adalah mampu menjamin kualitas informasi yang dihasilkan dan meningkatkan efisiensi operasional (Hakam, 2016). Dengan kata lain, suatu sistem yang dibangun harus memiliki daya guna (*usability*) yaitu sejauhmana suatu produk dapat digunakan oleh pengguna untuk mencapai tujuan mereka dengan efektif dan efisien (Firmansyah, 2016).

Data yang ditulis dalam lembar sensus terdiri atas data: pasien baru, pasien pindah ruang, pasien pindahan dan pasien meninggal lebih atau kurang dari 48 jam. Formulir sensus yang telah diisi oleh perawat di semua bangsal kemudian dikumpulkan kepada petugas pendaftaran di tempat penerimaan pasien. Lalu petugas pendaftaran melakukan pengecekan ulang terhadap isi formulir itu melalui sistem saat pasien melakukan admisi (pendaftaran rawat inap). Jika semua formulir sudah diteliti dan sudah sesuai, lalu formulir disetorkan kepada petugas pelaporan di bagian pengolahan data rumah sakit. Selanjutnya petugas pelaporan merekap data sensus dari seluruh bangsal dan kemudian data diolah untuk menghitung indikator pelayanan rumah sakit. Salah satu penyajian data dari indikator yang dibuat tersebut adalah Grafik Barber Johnson. Grafik ini digunakan untuk melakukan analisis dalam mengambil keputusan terkait dengan memonitor kegiatan pada waktu tertentu dengan membandingkan hasil kegiatan tahun sebelumnya, sehingga dari grafik ini akan terlihat peningkatan efisiensi pelayanan rumah sakit (Budi, 2011).

Hasil observasi tentang sensus harian ini dapat digambarkan melalui bagan alur pengolahan data sensus harian rawat inap berikut ini.



Gambar 1. Alur Sensus Harian Ranap

Alur pengumpulan data sensus harian rawat inap diperoleh dari hasil wawancara responden yang juga sebagai pengguna sistem. Pengguna yaitu pihak-pihak yang akan bekerja dengan menggunakan aplikasi yang dibangun dalam system. Di sini yang dirancang adalah antarmuka untuk pengolahan sensus harian dan pengolahan data statistik rumah sakit. Di RSU 'Aisyiyah Ponotogo, pihak-pihak yang melaksanakan hal tersebut adalah petugas sensus harian rawat inap di bangsal, yaitu perawat bangsal dan petugas pelaporan yang mengolah data rumah sakit.

Dalam membangun sistem informasi, tahap awal yang dilakukan adalah melakukan analisis kebutuhan sistem, salah satu sumber data kegiatan ini adalah pengguna sistem yang justru sangat penting terlibat dalam perumusan kebutuhan sistem, mengingat mereka-lah yang akan menggunakan sistem bila sudah berjalan. Hal ini dilakukan mengingat salah satu prinsip dalam membangun sistem adalah sistem harus dapat digunakan oleh *user,* sehingga pengguna cepat dan mudah memahaminya. Menurut Nielsen dalam Firmansyah (2016) salah satu prinsip mengembangkan sistem adalah "*Match between system and the real world*" yaitu sistem harus sesuai dengan bahasa penggunanya, menggunakan kata, kalimat dan konsep yang biasa digunakan oleh pengguna. Oleh karena itu, dalam mendisain antarmuka, menurut Firmansyah (2016) harus memiliki karakteristik ragam dialog yang membari kemudahan untuk dikenal dengan mudah oleh penggunanya. Prinsip-prinsip dalam mengembangkan disain antarmuka diterapkan dengan cara pengambilan data dari para pengguna sistem. Langkah ini merupakan tahap analisis kebutuhan pengguna dalam membangun sistem yaitu mengidentifikasi klasifikasi user, analisis prosedur kerja, analisis dokumen, analisis peraturan serta identifikasi keinginan pemakai (Maniah & Hamidin, 2017).

Selain itu, menurut Abdelhak & Hanken (2012) salah satu prinsip umum disain adalah kebutuhan pengguna (*need of user*) yang mempertimbangkan kebutuhan pengguna dalam merancang disain antarmuka pengguna. Analisis kebutuhan sistem merupakan kegiatan untuk mengukur, mengetahui dan mengidentifikasi terkait kebutuhan dari model sistem yang dikembangkan, ini meliputi data yang akan diinput, proses dan output laporan, serta tampilan yang diinginkan pada sistem (Hakam, 2016). Berikut gambaran hasil analisis kebutuhan desain antarmuka pengguna.

Gambar 2. Diagram Konteks Sistem SHRI berbasis Web

Diagram konteks perlu dibuat sebagai dasar menyusun Data Flow Diagram (DFD) sistem. DFD adalah alat untuk menggambarkan bagaimana suatu sistem berinteraksi dengan lingkungannya dalam bentuk data masuk ke dalam sistem

dan keluar dari sistem (Sarosa, 2017). Hal ini juga didukung oleh Sulistyohati & Hidayat (2008) bahwa DFD merupakan diagram aliran data yang menggambarkan bagaimana data diproses oleh sistem. Melalui DFD dapat digali apa saja yang dibutuhkan pengguna pada sistem yang dikembangkan. Secara garis besar data pada tahap ini adalah data yang sama dengan yang tertera di lembaran sensus harian rawat inap (manual) yaitu: identitas pasien yang pulang, kriteria pasien pulang (diijinkan pulang, pulang atas permintaan sendiri, rujukan, pasien meninggal, dan pasien pindah kelas), kategori pasien (BPJS, umum, asuransi lainnya). Merancang antarmuka sistem SHRI setidaknya menjawab harapan pengguna akan adanya sistem elektronik untuk menunjang kegiatan sensus harian rawat inap berbasis *web*.

Menu yang tampil diharapkan tidak jauh berbeda dengan komponen-komponen data yang tertera di formulir manual, yang terdiri atas data: nama pasien, jenis kelamin, umur, nomor rekam medis (NRM), tanggal masuk, tanggal keluar; data pasien keluar atau pulang dibuat kriteria: diijinkan pulang, atas permintaan sendiri, dirujuk, pasien meninggal; lalu nama DPJP, kategori pasien dan diagnosis. Kemudian diperlukan menu untuk input semua pasien yang pulang. Rancangan layar antarmuka yang baik adalah rancangan yang sesuai dengan kebutuhan pengguna (Mufti, 2015)

Menurut pengguna, permasalahan dalam sistem manual yang selama ini sering terjadi adalah salah baca nomor rekam medis pada lembar sensus oleh petugas pelaporan, sehingga data yang dimasukkan dengan excel (NRM pasien) salah. Masalah lain adalah pelaporan yang dobel/ganda yaitu data pasien pulang di suatu bangsal sudah dilaporkan dan dicatat sebagai pasien pulang hari itu, tetapi terjadi data yang sama dilaporkan lagi esok harinya, sehingga terdapat dua data yang sama . Artinya dalam dua hari dilaporkan satu data yang sama atau berulang. Sehingga apabila data sebulan direkap di akhir bulan, maka jumlah pasien pulang akan lebih banyak dari kenyataannya, atau dianggap bahwa jumlahnya tinggi/banyak. Harapan pengguna adalah dalam sistem yang baru tidak terjadi masalah-masalah tersebut di atas.

Hasil penelitian selanjutnya berdasarkan wawancara adalah data yang diperlukan pengguna. Data terkait kegiatan pelaporan yang diperlukan adalah info identitas pasien, info cara pulang pasien, info diagnosis, dan info bangsal ranap. Dalam integrasi system, salah satu kelebihan penggunaan system adalah efisiensi penangkapan data, sehingga seluruh data yang diperlukan harus terakomodasi pada system mengingat kepentingan SIMRS adalah untuk efisiensi data sehingga data harus akurat, tepat, dan cepat; sehingga dapat diketahui bahwa data yang diperlukan perawat bangsal sebagai petugas sensus harian rawat inap dalam antarmuka adalah sebagai berikut:

a. (Cari data) pasien dengan kata kunci NRM dan nama pasien;
b. (Input) data pasien-masuk;
c. (Input) data pasien-keluar;
d. Rekapitulasi data bangsal.

Sedangkan data yang diperlukan petugas pelaporan adalah sebagai berikut:

a. (Cari data) pasien dengan kata kunci NRM dan nama pasien;
b. Rekapitulasi pasien rawat inap;
c. Indikator pelayanan : bangsal, rumah sakit dan Grafik Barber Johnson;
d. Indeks.

SIMRS merupakan tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengolahan data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit (Hakam, 2016). Terkait perancangan desain antarmuka, analisis kebutuhan pengguna menghasilkan data yang diperlukan untuk merancang desain antarmuka yang sesuai dengan kebutuhan penggunanya.

Tampilan antarmuka pada kegiatan input pada sistem SHRI ini mengacu pada lembar sensus harian rawat inap. Menurut Depkes dalam Rustiyanto (2015) lembar ini harus berisi tentang data pasien

masuk, pasien keluar, pasien dipindahkan, pasien pindahan, pasien meninggal 48 jam, meninggal 48 jam dihitung selama 24 jam dari pukul 00.00 sampai dengan 24.00. Sedangkan tampilan antarmuka pada kegiatan output kegiatan sensus harian rawat inap mengacu pada tampilan formulir RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit pada Juknis SIRS 2011. Pada formulir tersebut memuat nilai BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, GDR, dan rata-rata kunjungan per hari di setiap tahun.

Adapun perwujudan desain antarmuka pada proses input dan proses output dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 1. Perwujudan Desain Antarmuka Proses Input

USER	INPUT
Perawat, Petugas Pelaporan	Log in
Perawat, Petugas Pelaporan	Cari pasien berdasar NRM
Perawat, Petugas Pelaporan	Cari pasien berdasar nama pasien
Perawat	Sub menu pasien masuk OB
Perawat	Sub menu pasien masuk pindahan
Perawat	Form pasien masuk OB
Perawat	Form pasien masuk pindahan
Perawat	Sub menu pasien keluar hidup
Perawat	Sub menu pasien meninggal
Perawat	Form pasien keluar hidup
Perawat	Form pasien keluar dipindahkan
Perawat	Form pasien keluar meninggal
Total 12 tampilan	

Tabel 2. Perwujudan Desain Antarmuka Proses Output

USER	OUTPUT
Perawat, Petugas Pelaporan	Halaman utama
Perawat, Petugas Pelaporan	Data pencarian pasien
Perawat, Petugas Pelaporan	Data pencarian pasien
Perawat	Daftar pasien masuk OB
Perawat	Daftar pasien masuk pindahan
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi pasien awal
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi pasien masuk
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi pasien pindahan
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi pasien keluar
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi pasien dipindahkan
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi pasien akhir
Perawat, Petugas Pelaporan	Rekapitulasi total
Petugas Pelaporan	Indikator bangsal
Petugas Pelaporan	Indikator rumah sakit
Petugas Pelaporan	Indeks penyakit
Petugas Pelaporan	Indeks kematian
Petugas Pelaporan	Indeks cara pulang
Petugas Pelaporan	Indeks dokter
Total 18 tampilan	

Untuk merealisasikan desain tampilan antarmuka menjadi sebuah aplikasi, diperlukan tabel perwujudan sebagaimana tertera di atas. Perlu dipahami cara kerja sistem yang akan dibangun. Secara umum kerja sebuah sistem adalah menangkap atau menerima sebuah masukan (input) dan nantinya akan diolah menjadi keluaran (output) yang dapat dimanfaatkan berdasarkan tujuan sebuah sistem dan kaitan input dan output ini tak dapat dipisahkan (Hakam, 2016).

Selain memerlukan informasi tentang kebutuhkan terkait data input dan output sistem SHRI, dalam mendisain tampilan antarmuka juga diperlukan kebutuhan sistem terkait layout tampilan. Dalam penelitian ini penentuan layout tampilan disain antarmuka terdiri atas tata letak, warna, bentuk dan ukuran tulisan, diserahkan kepada pihak perancang. Para pemakai beranggapan bahwa setiap perancang harus berpegang pada prinsip disain grafis guna tampilan akhir antarmuka pemakai yang lebih menarik dan mudah digunakan. Sebagaimana hasil analisis kebutuhan pengguna dalam penelitian Saputra & Purnama (2012) bahwa perangkat lunak harus dirancang menjadi mudah dan memiliki tampilan yang menarik bagi penggunanya.

Demikian juga dengan hasil penelitian Sulistyohati & Hidayat (2008) bahwa *user* sangat tertarik menggunakan sistem terutama disebabkan oleh karena tampilan antarmuka yang *user friendly,* pewarnaan bagus, serta informasi yang diberikan sistem sesuai kebutuhan *user*. Prinsip penting disain tampilan agar lebih menarik terkait disain grafis adalah *layout*. Layout berupa susunan beberapa elemen yang berbeda seperti tipografi, titik, garis dan bentuk (Arindiono & Ramadhani, 2013). Untuk menyusun *layout* perlu dilakukan dengan teliti guna menentukan karakterisik (bentuk, ukuran, posisi) yang tepat dan menyatu sebagai sebuah tampilan.

Terkait unsur disain grafis, responden atau pengguna tidak berminat untuk terlibat menentukan. Sepanjang data yang mereka perlukan telah terakomodasi dalam sistem, maka unsur grafis merupakan pelengkap. Oleh karena itu, setelah disain tampilan berhasil dibuat, diadakan ujicoba dengan melakukan diskusi tentang produk yang dihasilkan. Tahap ujicoba merupakan penilaian terhadap sistem yang dibuat guna mengetahui apakah rancangan sudah sesuai dengan kebutuhannya (Hakam, 2016),

PENUTUP

Pelaksanaan sensus harian dan pengolahan data rumah sakit RSU 'Aisyiyah Ponorogo sangat memerlukan dukungan sistem informasi.

Pengembangan sistem tersebut diharapkan dapat mengatasi masalah-masalah yang dihadapi sistem manual yaitu kesalahan dalam penulisan nomor rekam medis, yang berakibat terjadi kesalahan data pasien. Selain itu juga masalah data ganda, yaitu pelaporan data dilakukan berulang sehingga terjadi banyak duplikasi data.

Hasil analisis kebutuhan pengguna terhadap data untuk merancang disain tampilan antarmuka kegiatan sensus harian rawat inap dan pelaporan rumah sakit adalah info pasien; input data pasien-masuk dan pasien-keluar; rekapitulasi data bangsal; indikator pelayanan rawat inap dan indeks data.

Dari simpulan tersebut di atas, maka direkomendasikan kepada pihak lapangan untuk mewujudkan sistem informasi rumah sakit terintegrasi dengan melibatkan pengguna secara simultan mulai dari proses analisis kebutuhan, mendisain, implementasi hingga evaluasi sistem.

DAFTAR PUSTAKA

Abdelhak, M., & mary alice hanken. (2016). Health information : management of a strategic resource. In *Health information : management of a strategic resource* (p. 771). https://doi.org/10.1111/j.1439-0310.1995.tb00895.x

Arindiono, R. Y., & Ramaadhani, N. (2013). Perancangan media pembelajaran interaktif matematika untuk siswa kelas 5 SD Rudi. *Jurnal Sains Dan Seni Pomits*, *2*(1), 28–32.

Budi, S. C. (2013). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.

Firmansyah, R. (2016). Evaluasi Heuristik pada Desain Interface Aplikasi My Indihome. In *Seminar Nasional Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Komputer Nusa Mandiri*. SNIPTEK 2016.

Galitz, W. O. (2007). *The Essential Guide to Interface Design: An Introduction to GUI Design Principles and Techniques*. Indiana: Willey Publishing.

Hakam, F. (2016). *Analisis, Perancangan dan Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Hutahaean, J. (2015). *Konsep Sistem Informasi*. Yogyakarta: Deepublish.

Maniah & Dini Hamidin. (2017). Analisis dan Perancangan System Informasi. In *Pembahasan Secara Praktis dengan Contoh Kasus*. Yogyakarta: Deepublish.

McLeod, R. J. & G. S. (2008). *Management Information System (10th ed)*. Jakarta: Salemba Empat.

Mufti, A. (2015). Rancangan Layar sebagai Alat Bantu Pendewasa Interaksi Manusia dengan Komputer. *Jurnal Faktor Exacta*, *Volume 8*(No 2).

O'Brien, J. A. (2005). Introduction to Information Systems. In *Essentials for The Internetworked E-bussiness Enterprise*. McGraw Hills.

Rustiyanto, E. (2015). *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Saputra, W. & B. E. P. (2012). Pengembangan Multimedia Penbelajaran Interaktif untuk Mata Kuliah Organisasi Komputer. *Jurnal Speed - Sentra Penelitian Engineering Dan Edukasi*, *Volume 4*(No. 2).

Sudra, R. I. (2010). Statistik Rumah Sakit. In *sensus pasien dan Grafik Barber Jhonson hingga statistik kematian dan otopsi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sulistyohati, A. dan T. H. (2008). Aplikasi Sistem Pakar Diagnosa Penyakit Ginjal dengan Metode Dempster-Shafer. In *Seminar Nasional Aplikasi Teknologi Informasi 2008*.

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Korelasi Stress dan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi

Agustina Boru Gultom[1], Abdul Hanif Siregar[2], Syarif Zen Yahya[3]
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan[1,2,3]
agustinagultom203@gmail.com[1], hanif.siregar1956@gmail.com[2], Zeinyahya77@gmail.com[3]

ABSTRAK

Latar Belakang: Hipertensi merupakan masalah yang sering dialami masyarakat diseluruh belahan dunia. Setengah kematian akibat penyakit jantung, penyebabnya adalah hipertensi, dimana Indonesia mengalami peningkatan kasus hipertensi yang bermakna. Kualitas hidup pasien hipertensi dapat mengalami penurunan dalam beberapa aspeknya dibanding dengan pasien yang tekanan darah normal dan tanpa meminum obat antihipertensi. Disisi lain, pasien hipertensi dan pengobatan serupa akan menunjukkan gambaran yang tidak sama disebabkan stress yang dialami seseorang berbeda-beda.
Tujuan: Untuk menganalisis hubungan stress dengan domain fisik, psikologis,sosial dan lingkungan dari kualitas hidup pasien hipertensi
Metode: Jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian korelasi, dimana sampel sebanyak 53 responden dan tehnik pengambilan sampel consecutive sampling.
Hasil: Hasil penelitian didapatkan bahwa rerata nilai skor stress 20,5472, skor kualitas hidup domain fisik 52,2453, skor kualitas hidup domain psikologis 57,0943, skor kualitas hidup domain sosial 52,4151, skor kualitas hidup domain lingkungan 54,1132 dan berdasarkan uji korelasi spearman's rho menunjukkan adanya korelasi stress dengan domain fisik, psikologis dan sosial.
Kesimpulan: Ada korelasi stress dengan domain fisik, psikologis dan sosial kualitas hidup pasien hipertensi
Kata Kunci: stress, kualitas hidup, hipertensi

ABSTRACT

Background: *High blood pressure problem always felt by people throughout the world. Half of deaths from heart disease are the cause of hypertension, where Indonesia has a significant increase in hypertension cases. A decrease in several aspects can be experienced in the quality of life of hypertensive patients compared to patients with normal blood pressure and without taking antihypertensive drugs. On the other hand, hypertensive patients and the same therapy can show a different picture of quality of life because the stress experienced by a person is different.*
Objective*: To analyze the relationship stress with physical, psychological,social and environment domains patients diagnosed with an increase in blood pressure.*
Methods*: The study uses correlation design, where a sample of 53 respondents and consecutive sampling techniques.*
Results*: Study results show the average stress score was 20,5472, physical domain quality of life score was 52,2453, psychological domain quality of life score was 57,0943, social domain quality of life score was 52,4151, environment domain quality of life score was 54,1132 and based on the Spearman 's rho correlation test, there is a stress relationship with the physical, psychological and social domains.*
Conclusion*: There is a stress correlation with the physical, psychological and social domains quality of life of hypertensive patients*
Keywords: *stress, quality of life, hypertension*

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan tekanan darah yang tinggi atau meningkat daripada batas kenormalan yang menjadi masalah yang dialami masyarakat diseluruh belahan dunia. Secara global, dari total kematian seluruh penyakit, didapat penyakit jantung berjumlah kira-kira 17 juta kematian setiap tahunnya atau hampir sepertiga total kematian yang terjadi. Komplikasi dari hipertensi berjumlah 9,4 juta kematian didunia setiap tahunnya dari seluruh kematian akibat penyakit jantung. Hampir mencapai 50 % kematian karena penyakit jantung akibat hipertensi yang dialami masyarakat didunia. (WHO, 2013).

Di Indonesia, persentase penduduk yang mengalami peningkatan tekanan darah tinggi yang didiagnosa oleh dokter sebesar 26,5 persen, dimana dalam 5 tahun terkahir mengalami peningkatan yang berarti. Salah satu provinsi yang menunjukkan kenaikan tersebut adalah provinsi Sumatera Utara (Riskesdas, 2013).

Salah satu faktor resiko utama masalah jantung adalah penyakit hipertensi. Hipertensi bila tidak dapat dikendalikan dengan baik dapat menyebabkan kondisi stroke, miokard infark, kegagalan jantung, dementia, kegagalan ginjal dan kebutaan, menyebabkan penderitaan kepada manusia dan beban materi yang besar serta peningkatan yang serius dalam pelayanan kesehatan (WHO,2014).

Hipertensi merupakan penyakit yang sering dialami dimasyarakat, namun tanda dan gejala yang dialami sering kurang tampak dipermukaan. Meskipun demikian secara perlahan penyakit hipertensi secara menyeluruh akan mengganggu kualitas hidup pasien tersebut. (Carvalho et a, 2013). Penurunan tingkat kualitas hidup pada beberapak aspek atau dimensi kualitas hidup akan terjadi pada pasien yang mengalami hipertensi bila dibandingkan dengan pasien memiliki tekanan darah yang normal dan tidak mengkonsumsi obat. (Amir&Bar-on, 1996). Namun disisi lain, pasien hipertensi dan pengobatan serupa akan menunjukkan gambaran yang tidak sama disebabkan stress yang dialami seseorang berbeda-beda (Sitepu dkk, 2014)

Individu yang tidak mampu menghadapi ketegangan yang terjadi atau stress merupakan faktor yang penting yang akan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien hipertensi (Santos, 2013). Efek dari suatu ketegangan dapat berupa perubahan pada kondisi emosi, mood dan perilaku. Ketegangan fisik bahkan ketegangan emosional atau mental dapat menyebabkan penyakit fisik pada seorang pasien. Jantung merupakan salah satu organ yang penting dalam mengalami dampak sebuah ketegangan, dan hal ini akan menyebabkan penyakit jantung dan hipertensi yang dikaitkan dengan penimbunan stress. (Klinic Community Health Centre, 2010).

Berdasarkan survey pendahuluan yang peneliti lakukan pada Puskesmas Muliorejo Kabupaten Deli Serdang, didapat dari tenaga kesehatan bahwa kasus hipertensi merupakan 10 kasus penyakit terbesar dan menggunakan obat antihipertensi. Oleh karena itu, perlu menganalisis kondisi hubungan ini pada pasien yang didiagnosa mengalami peningkatan tekanan darah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini berjenis kuantitatif, menggunakan desain korelasi. Lokasi studi berada pada wilayah kerja Puskesmas Muliorejo Kabupaten Deli Serdang bulan Mei sampai dari Juli 2017, dengan populasi yaitu seluruh pasien hipertensi yang menjalani rawat jalan ditempat tersebut. Sampel berjumlah 53 responden, diukur dengan rumus besar sampel tunggal minimal pada uji hipotesis menggunakan koefisien korelasi (r) .

$$n = \left(\frac{z + z\beta}{0.5 \ln (1+r) / (1-r)} \right)^2 + 3$$

Tingkat kemaknaan atau tingkat kepercayaan ( ) dan power penelitian (zβ) ditetapkan oleh peneliti Tingkat kepercayaan yang dikehendaki sebesar 99% dengan = 0,05 sehingga z = 1,960. Power penelitian ditetapkan sebesar 90%, sehingga zβ = 1,282.

Nilai r adalah perkiraan koefisien korelasi yang telah ada yang didapatkan dari studi kepustakaan. Pada studi kepustakaan didapatkan koefisien korelasi stress dengan kualitas hidup hipertensi sebesar 0,535 (Rohmatul dan Rita,2016), sehingga nilai r inilah yang digunakan dalam menghitung rumus besar sampel.

$$n = \left(\frac{1,960+1,28}{0.5\ln(1+0,535)/(1-0,535)} \right)^2 + 3$$

n = 53 sampel

Sampel diambil dengan cara consecutive sampling, dimana yang menjadi syarat sampel yaitu responden hipertensi dengan peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg, penggunaan minimal 1 jenis obat hipertensi, memiliki kesadaran penuh dan tidak mengalami disorientasi tempat, waktu dan orang, memiliki kemampuan untuk diwawancarai dengan bahasa Indonesia, bersedia menjadi responden.

Variabel penelitian adalah stress dengan 10 pertanyaan memuat 5 interval jawaban 0-4, terdiri dari 0 = tidak pernah, 1 = hampir tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, 4 = sangat sering, yang merupakan kuesioner Perceived Stress Scale (Cohen,1984). Kualitas Hidup Pasien Hipertensi diukur dengan menggunakan WHOQOLBREF dengan rentang nilai 1 – 5 meliputi domain 1 (fisik) terdiri dari 7 item pertanyaan, domain 2 (psikologis) terdiri enam item pertanyaan, domain 3 (sosial) terdiri dari tiga item pertanyaan, domain 4 (lingkungam) terdiri dari delapan item pertanyaan (WHO,2004).

Data dilolah secara statistik dengan menggunakan software SPSS. Uji yang digunakan adalah uji pearson jika data berdistribusi normal dengan tingkat kemaknaan ( ) = 0,05 dimana dikatakan bermakna bila p < 0,05, jika tidak data berdistribusi normal dengan uji spearman's rho. (Dahlan,2009).

HASIL PENELITIAN

GAMBARAN RESPONDEN

Pada tabel 1 dapat dilihat gambaran responden.

Tabel 1. Gambaran Responden

No	Gambaran	Frek	%
1	Sex		
	Laki-laki	8	15,1 %
	Perempuan	45	84,9 %
	Total	53	100,0 %
2	Umur		
	35 – 44 tahun	3	5,7 %
	45 – 59 tahun	24	45,3 %
	60 – 74 tahun	22	41,5 %
	75 - 90 tahun	4	7,5 %
	Total	53	100,0 %
3	Status Perkawinan		
	Menikah	31	58,5 %
	Duda/Janda	22	41,5 %
	Total	53	100,0 %
4	Pekerjaan		
	Ibu Rumah Tangga	35	66,0 %
	Pegawai Swasta	5	9,4 %
	Wiraswasta	12	22,6 %
	Pensiunan	1	1,9 %
	Total	53	100,0 %
5	Pendapatan		
	>2.271.500–4.500.000	9	17,0 %
	2.271.500	44	83,0 %
	Total	53	100,0 %
6	Lama Menderita Hipertensi		
	< 1 Tahun	7	13,2 %
	1 – < 5 Tahun	38	71,7 %
	5 – < 10 Tahun	6	11,3 %
	10 – < 15 Tahun	2	3,8 %
	Total	**53**	**100,0 %**

Tabel 1 menunjukkan distribusi karakteristik responden paling banyak berjenis kelamin perempuan sebanyak 45 orang (84,9%), berumur 45 – 59 tahun sebanyak 24 orang (45,3 %), status perkawinan menikah sebanyak 31 orang (58,5%), pekerjaan ibu rumah tangga sebanyak 35 orang (66,0%), pendapatan 2.271.500 sebanyak 44 orang (83,0%), lama menderita hipertensi 1 – < 5 tahun sebanyak 38 orang (71,7%).

STRESS DAN KUALITAS HIDUP

Pada tabel 2 dapat dilihat gambaran stress dan kualitas hidup.

Tabel 2. Gambaran Stress, Kualitas Hidup Pasien Hipertensi

Skor	Min	Max	Mean	SD
Stress	14	31	20,5472	2,91921
Qol Domain Fisik	31	75	52,2453	9,13974
Qol Domain Psikologik	38	81	57,0943	9,95232
Qol Domain Sosial	25	100	52,4151	11,39236
Qol Domain Lingkungan	38	70	54,1132	6,41411

Tabel 2 menunjukkan skor stress memiliki nilai minimum 14, nilai maximum 31 dan mean 20,5472, skor kualitas hidup domain fisik memiliki nilai minimum 31, nilai maximum 75 dan mean 52,2453, skor kualitas hidup domain psikologik memiliki nilai minimum 38, nilai maximum 81 dan mean 57,0943, skor kualitas hidup domain sosial memiliki nilai minimum 25, nilai maximum 100 dan mean 52,4151, skor kualitas hidup domain lingkungan memiliki nilai minimum 38, nilai maximum 70 dan mean 54,1132.

ANALISA BIVARIAT

Analisa bivariat dilakukan dengan uji korelasi. Setelah dilakukan uji normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov karena n>50, didapat skor stress berada pada distribusi normal, sedangkan skor kualitas hidup setiap domain berada pada distribusi tidak normal. Oleh karena itu statistik yang digunakan adalah statistik korelasi non parametrik dengan uji spearman's rho.

Tabel 3. Korelasi Stress Dengan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi

Korelasi	*P*	*R*
Korelasi stress dengan kualitas hidup domain fisik	0,003	-0,396
Korelasi stress dengan kualitas hidup domain psikologis	0,001	-0,435
Korelasi stress dengan kualitas hidup domain social	0,028	-0,301
Korelasi stress dengan kualitas hidup domain lingkungan	0,054	-0,266

Tabel 3 menunjukkan adanya korelasi stress dan domain fisik dengan *p* 0,003 dengan r 0,396 bersifat negatif, domain psikologis dengan *p* 0,001 dengan r 0,435 bersifat negatif, domain sosial dengan *p* 0,028 dengan r 0,301 bersifat negatif, tidak adanya korelasi stress dan domain lingkungan dengan *p* 0,054 dengan r 0,266 bersifat negatif.

Pembahasan

Gambaran responden mengenai sex, mayoritas adalah perempuan berjumlah 45 orang (84,9%), berumur 45 – 59 tahun sebanyak 24 orang (45,3 %), status perkawinan menikah sebanyak 31 orang (58,5%), pekerjaan ibu rumah tangga sebanyak 35 orang (66,0%), pendapatan 2.271.500 sebanyak 44 orang (83,0%), lama menderita hipertensi 1 – < 5 tahun sebanyak 38 orang (71,7%). Hasil studi yang dinyatakan Hazwan dan Pinatih (2015), menunjukkan dari 50 responden yang diteliti, penyakit hipertensi lebih besar pada perempuan, lebih banyak tidak bekerja dan sebagai pedagang, lebih banyak penghasilan rendah.

Skor stress memiliki nilai minimum 14, nilai maximum 31 dan mean 20,5472. Dari gambaran ini, pasien yang mengalami hipertensi ada sebagian yang mengalami stress dan ada sebagian yang tidak mengalami stress. Skor kualitas hidup domain fisik memiliki nilai minimum 31, nilai maximum 75 dan mean 52,2453. Dari rentang nilai minimum dan maximum skor kualitas hidup domain fisik menunjukkan sebagian pasien hipertensi mengalami kualitas hidup domain fisik yang kurang baik atau buruk dan sebagian lagi baik. Skor kualitas hidup domain psikologik memiliki nilai minimum 38, nilai maximum 81 dan mean 57,0943. Dari rentang ini dapat disimpulkan juga bahwa pasien hipertensi sebagian mengalami kualitas hidup domain psikologis yang kurang baik atau buruk dan sebagian lagi baik. Skor kualitas hidup domain sosial memiliki nilai minimum 25, nilai maximum 100 dan mean 52,4151. Hal yang senada dapat dilihat pada rentang skor kualitas hidup domain sosial, dimana pasien hipertensi sebagian mengalami kualitas hidup domain sosial yang kurang

baik atau buruk dan sebagian lagi baik. Skor kualitas hidup domain lingkungan memiliki nilai minimum 38, nilai maximum 70 dan mean 54,1132. Pada bagian skor kualitas hidup domain lingkungan, juga mengalami hal yang serupa yaitu sebagian pasien hipertensi mengalami kualitas hidup domain lingkungan yang kurang baik atau buruk dan sebagian lagi baik. Skor yang paling minimum dapat dilihat pada skor kualitas hidup domain sosial dan skor yang paling maximum dapat dilihat pada skor kualitas hidup domain sosial. Hal ini menunjukkan kualitas hidup domain sosial pada pasien hipertensi bisa kurang baik atau buruk atau sangat baik karena memiliki skor maximal yaitu skor 100.

Berdasarkan uji normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov karena n>50, disimpulkan bahwa uji yang digunakan adalah non parametrik dengan uji spearman's rho. Hal ini disebabkan karena skor kualitas hidup setiap domain berada pada distribusi yang tidak normal.

Berdasarkan hasil uji spearman's rho menunjukkan adanya hubungan stress dengan kualitas hidup domain fisik dengan *p* 0,003 bersifat negatif dengan r 0,396, artinya bahwa semakin besar derajat stress maka akan mengakibatkan semakin menurunnya derajat kualitas hidup domain fisik pada pasien hipertensi dengan kekuatan hubungan atau korelasi lemah. Mengenai stress dan domain psikologis memiliki nilai *p* 0,001 yang menunjukkan adanya hubungan dimana sifatnya negatif dengan r 0,435. Hal ini dapat disimpulkan bahwa semakin besar derajat stress maka akan menimbulkan semakin rendahnya derajat kualitas hidup domain psikologis pada pasien hipertensi dengan kekuatan hubungan atau korelasi sedang. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya hubungan stress dengan kualitas hidup domain sosial dengan *p* 0,028 bersifat negatif dengan r 0,301. Peneliti berargumen bahwa level stress yang semakin tinggi akan mengakibatkan semakin menurunnya derajat kualitas hidup domain sosial pada pasien hipertensi dengan kekuatan hubungan atau korelasi lemah. Sedangkan disisi lain juga menunjukkan tidak adanya hubungan stress dengan kualitas hidup domain lingkungan dengan *p* 0,054 bersifat negatif dengan r 0,266. Artinya peningkatan derajat stress tidak mengalami perubahan signifikan terhadap penurunan derajat kualitas hidup domain lingkungan pada pasien hipertensi dengan kekuatan hubungan atau korelasi yang sangat lemah. Dari ketiga domain yang mendapatkan hubungan dari stress, domain kualitas hidup psikologis mendapatkan hubungan dari stress yang lebih besar yang ditandai dengan kekuatan hubungan atau korelasi sedang dibanding domain fisik dan sosial dengan kekuatan hubungan atau korelasi yang lemah. Baune dan Aljeesh (2006) berargumen stress psikologis memiliki keterkaitan yang bermakna dengan semua domain yang ada.

Secara umum dapat ditetapkan ada keterkaitan yang bermakna stress dan ketiga domain tersebut yaitu domain psikologis, domain fisik dan domain sosial. Dengan demikian perlu dipertimbangkan manajemen atau pengendalian stress pada pasien hipertensi untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien hipertensi dimulai dari kualitas hidup pada domain psikologis, diikuti kualitas hidup pada domain-domain lainnya dalam kehidupan sehari-hari, sehingga kualitas hidup pasien hipertensi secara keseluruhan akan meningkat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian menunjukkan ada korelasi stress dengan domain fisik, psikologis dan sosial. Untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien hipertensi terkhusus pada domain fisik, psikologis dan sosial perlu dilakukan manajemen atau pengendalian stress sehari-hari dengan berbagai upaya.

DAFTAR PUSTAKA

Amir, M; Bar-on, D. (1996). Hypertension and Quality of Life: The Disease, The Treatment or A Combination of Both, Journal Psychology & Health (pp. 685–695). Taylor & France Online. Retrieved from https://doi.org/10.1080/08870449608404997

Baune,B,T., Aljeesh, Y. (2006). The Association

of Psychological Stress And Health Related Quality of Life Among Patients With Stroke and Hypertension in GazaStrip, Annalof General Psychiatry 2006. https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1744-859X-5-6

Carvalho, M.V.; Siquera, L, B.; Sousa, A, L.; Jardim, P, C. (2013). The Influence of Hypertension on Quality of Life, Arg Bras Caardiol. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130030

Cohen, S. (1984). Perceived Stress Scale. Newbury Park : Mind Garden.

Dahlan, M, S. (2009). Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta : Salemba Medika.

Hazwan,A.,Pinatih,G,N, I. (2015). Gambaran Karakteristik Penderita Hipertensi Dan Tingkat Kepatuhan Minum Obat DiWilayah Kerja Puskesmas Kintamani I. *Intisari Sains Medis 2017*, *Volume 8*.

Kemenkes RI. (2013). Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. In *Riset Kesehatan Dasar*.

Klinic Community Health Centre. (2010). *Stress & Stress Management*.

Santos,L,C., Chaves,C,B., Andrade,A,I., Duarte,J, C. (2013). The Influence of Stress on the Quality of Life of Hypertensive Patients. *The European Journal of Counselling Psychology*, *vol 2 (2)*,.

Sitepu,N.,Harahap,U., Nasution,S, R. (2014). Evaluasi Asuhan Kefarmasian Terhadap Hasil Terapi dan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit. *Jurnal Farmasi Indonesia*, *Vol.7*(No.1), pp.42-49.

WHO. (2004). The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)-BREF.

WHO. (2013). A global Brief On Hypertension. In *Silent killer, global public health crisis*. Switzerland: WHO Press.

WHO. (2014). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. In *"Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility."* Switzerland: WHO Press.

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)
Vol. 3 No 2 – November 2018
ISSN 2541-0644 (Print)
ISSN 2599-3275 (Online)
Dapat di akses di http://journal.ugm.ac.id/jkesvo

Pengaruh Pelatihan Konselor Sebaya pada Remaja Desa Purwobinangun Sleman Terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Memberikan Konseling HIV/AIDS

Nisaatul Maharanita Fitrianingrum[1], Supiyati[2], Sumarni[3]
Kebidanan Sekolah Voaksi Universitas Gadjah Mada[1]
Poltekes Kemenkes Yogyakarta[2]
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada[3]
nisaatul.maharanita@mail.ugm.ac.id[1], upik_bu@gmail.com[2], bu_sumarni@yahoo.co.id[3]

ABSTRAK

Latar Belakang: HIV merupakan virus penyebab AIDS yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia dan menjadi target *Sustainable Development Goals* (SDGs) untuk dieradikasi pada tahun 2030. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui pemberian pelatihan konselor sebaya tentang HIV/AIDS pada remaja desa.
Tujuan: Mengetahui pengaruh pelatihan konselor sebaya terhadap pengetahuan dan keterampilan remaja dalam memberikan konseling HIV/AIDS.
Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *quasy experimental* dengan rancangan *one group pre test and post test design*. Subyek penelitian ini adalah remaja karang taruna di Desa Purwobinangun, Sleman sebanyak 38 orang. Penelitian dilaksanakan pada bulan November hingga Desember 2017. Pengumpulan data dilakukan secara *cluster sampling* dengan menggunakan kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS dan observasi keterampilan konseling HIV/AIDS sebelum dan sesudah pelatihan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *dependent t-test* dan regresi linier ganda.
Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan secara signifikan antara sebelum dan sesudah diberi pelatihan dengan p = 0,000; nilai *t* hitung sebesar 8,72 dan terdapat perbedaan keterampilan secara signifikan sebelum dan sesudah diberi pelatihan dengan selisih rata-rata p = 0,000; nilai *t* hitung sebesar 13,79. Hasil uji regresi linier ganda menunjukkan bahwa faktor luar berupa jenis kelamin, pendidikan, dan paparan informasi secara simultan memiliki pengaruh sebesar 9,5% terhadap peningkatan pengetahuan dan 6,3% terhadap peningkatan keterampilan remaja.
Kesimpulan: Terdapat perbedaan pengetahuan dan keterampilan remaja setelah diberikan pelatihan konselor sebaya tentang HIV/AIDS.
Kata kunci: HIV/AIDS, pelatihan konselor sebaya, remaja.

ABSTRACT

Background: *HIV is a virus that caused AIDS as destroyer of the human immune system which become the target of Sustainable Development Goals* (SDGs) *program to be eradicated in year 2030. An effort which is able to be done is holding a community empowerment activity through peer counselor training about HIV/AIDS to adolescent in village.*
Objective: *This research was aimed to know the effect of peer-counselor training for adolescent in Purwobinangun village, Sleman, about knowledge and skill in giving HIV/AIDS counseling.*
Methods: *It was a quasy-experimental research using one group pre-test and post-test design which followed by 38 member of youth organization (karang taruna) in Purwobinangun Village, Sleman. The data collection was conducted by using knowledge questionnaires about HIV/AIDS and skill observation form about HIV/AIDS counseling for pre-test and post-test from November to December 2017. The sample was conducted by cluster sampling method. The statistical method that used were dependent t-test and multiplied linear regression.*
Results: *The result of this research shown that there were differences among knowledge and counseling skill before and after being given the counseling training. The enhancement of knowledge's was p=0,000; t=8,72 and the enhancement of skill's was p=0,000; t=13,79. The result of multiplied linear regression analysis shown that other factors such as sex, education, and information sources simultaneously influeced 9,5% to knowledge's enhancement and 6,3% to skill's enhancement.*
Conclusion: *There were differences among adolescents' knowledge and counseling skill after being given a HIV/AIDS peer counselor training.*
Keywords: A*dolescent, HIV/AIDS, and peer counselor training.*

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan adalah usaha yang dilakukan oleh seluruh elemen kehidupan dalam rangka peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang mana kontribusi produktif dalam pembangunan masyarakat dapat diberikan oleh individu yang sehat dan memiliki kemampuan fisik serta daya pikir yang lebih kuat. Kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. (Kemenkes RI, 2015).

Sustainable Development Goals (SDGs), sebagai kelanjutan dari program *Millenium Development Goals* (MDGs), merupakan tujuan global untuk mengakhiri kemiskinan, melindungi dunia, dan meyakinkan penduduk dunia untuk menikmati kedamaian dan kemakmuran. Pada bidang kesehatan, tujuan SDGs adalah terciptanya kondisi kesehatan masyarakat dunia yang baik dan sejahtera (UNDP, 2017). Salah satu agenda SDGs dalam pencapaian tujuan kesehatan yang spesifik adalah berakhirnya epidemi penyakit AIDS pada tahun 2030 (WHO, 2016).

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan virus penyebab AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrom*). HIV, retrovirus yang mengandung enzim, mengubah RNA menjadi salinan DNA dan kemudian masuk ke dalam susunan DNA pada sel manusia ketika telah terinfeksi ditularkan melalui kontak seksual, paparan darah, dan penularan melalui plasenta dari ibu ke janin, maupun menyusui. Infeksi HIV dapat menyebabkan kerusakan yang progresif pada sistem imun. Akibatnya, orang yang terinfeksi HIV rentan terhadap berbagai penyakit. Infeksi ini merupakan infeksi pandemis yang tidak dapat disembukan dengan segera bahkan dengan vaksin pencegah sekalipun (Gallant, 2008).

Masa remaja merupakan masa transisi dari kanak-kanak ke dewasa dimulai dari usia 10-13 tahun dan berakhir pada tahun 18-22 tahun yang meliputi perubahan biologis, perubahan psikologis, serta perubahan sosial (Notoadmodjo, 2011).

Pada tahun 2013 terdapat 35 juta orang hidup dengan HIV di seluruh dunia yang terdiri dari 3,2 juta anak berusia kurang dari 15 tahun. Sedangkan jumlah kematian akibat AIDS sebanyak 190.000 pada anak yang berusia kurang dari 15 tahun. Kasus HIV AIDS di Indonesia pertama kali ditemukan di provinsi Bali dan meluas di 386 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia (Kemenkes, 2014). Di Kabupaten Sleman, Yogyakarta, merupakan provinsi dengan rawan bencana yang memiliki angka kejadian HIV/AIDS sebanyak 173 kasus pada tahun 2015 serta mengalami peningkatan setiap tahunnya (PKBI Jogja, 2015).

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan Mei 2017 adalah, bahwasannya masih terdapat angka kejadian HIV/AIDS sebanyak 12 orang sejak tahun 2012 di Desa Purwobinangun. Informasi ini diyakinkan oleh bidan bidang HIV/AIDS Puskesmas Pakem bahwa angka kejadian HIV/AIDS tersebut terjadi pada laki-laki berusia 25 – 45 tahun dan seorang ibu hamil. Hal ini terjadi akibat pengetahuan masyarakat mengenai HIV/AIDS masih kurang sehingga dapat memberikan dampak terhadap peningkatan kejadian HIV/AIDS yang disebabkan oleh seks bebas yang dimulai dari usia remaja di desa tersebut. Meningkatnya kenakalan remaja, kehamilan di luar nikah, pernikahan usia dini, dan putus sekolah pada remaja sebagai risiko terjadinya HIV/AIDS di Desa Purwobinangun memerlukan penanganan yang tepat, segera, dan berkelanjutan.

Menurut Cahyono (2008), upaya penanggulangan HIV/AIDS yang dapat dilakukan pada remaja salah satunya adalah memberdayakan mereka dengan memberikan pelatihan konselor sebaya, yang diarahkan sebagai upaya pencegahan HIV pada remaja di Desa Purwobinangun.

Pencegahan HIV/AIDS merupakan bagian dari promosi kesehatan. Promosi kesehatan yang dilakukan melalui pemberian pendidikan kesehatan efektif dilakukan untuk

menunda aktivitas seksual. Salah satu komponen program yang dapat digunakan sebagai pencegahan primer permasalahan remaja yang komplek adalah program konseling sebaya (Allender, 2014).

Orang dewasa memiliki permasalahan yang berbeda dengan para remaja. Remaja mungkin tidak dapat mendiskusikan topik permasalahan yang sensitif seperti pubertas dengan orang tua mereka. Bahkan, mereka tidak ingin orang tua mereka mengetahui permasalahan yang mereka hadapi mengenai kesehatan dengan alasan privasi. Sehingga, perlu adanya kegiatan yang melibatkan remaja untuk mendampingi sebayanya dalam pemberian informasi tentang HIV/AIDS (Nies, 2011).

Dengan demikian, perlu dilakukan penelitian tentang pengetahuan dan keterampilan oleh remaja sebagai konselor sebaya dalam memberikan informasi atau konseling tentang HIV/AIDS melalui pelatihan konselor sebaya. Dalam penelitian ini, materi pelatihan yang diberikan adalah pengertian, penyebab, tanda gejala, faktor risiko, cara penularan, dan pencegahan, serta pengobatan HIV/AIDS dengan rumusan masalah "Apakah terdapat pengaruh pelatihan konselor sebaya pada remaja di Desa Purwobinangun, Kecamatan Pakem, Kabupaten Sleman terhadap pengetahuan dan keterampilan memberikan konseling mengenai HIV/AIDS?"

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan konselor sebaya pada remaja desa terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang HIV/AIDS di Desa Purbowinangun, Kecamatan Pakem, Kabupaten Sleman.

METODE

Penelitian *quasy experimental* ini dilakukan dengan rancangan *one group pre test and post test design*. Adapun subyek yang terlibat dalam penelitian ini adalah remaja karang taruna di Desa Purwobinangun, Sleman sebanyak 38 orang. Penelitian dilaksanakan pada bulan November hingga Desember 2017. Pengumpulan data dilakukan secara *cluster sampling* dengan menggunakan kuesioner pengetahuan tentang HIV/AIDS dan observasi keterampilan konseling HIV/AIDS sebelum dan sesudah pelatihan.

Hasil *pre-test* dan *post-test* diasumsikan bahwa peningkatan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang HIV/AIDS merupakan efek dari pelatihan yang diberikan. *Dependent t-test* dan regresi linier ganda dipilih sebagai teknik analisis data dalam penelitian ini.

Modul yang digunakan dalam pelatihan konselor sebaya ini diadopsi dari modul pelatihan konseling kesehatan reproduksi remaja bagi calon konselor sebaya dan dicetak untuk membekali kader remaja agar dapat melakukan konseling kepada teman sebaya BKKBN (2008).

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan keterampilan subyek penelitian.

Pengetahuan remaja sebelum dan sesudah pelatihan konselor sebaya

Tabel 4.2 Analisis *pre-test* dan *post-test* pengetahuan remaja

Variabel	*Mean*	*Median*	Nilai Min.	Nilai Maks.
Pengetahuan				
Pre test	25,97	27,00	17	35
Post test	30,61	30,50	24	38

Sumber: Data primer 2017

Pengetahuan remaja berdasarkan hasil *pre test* dan *post test* dengan jumlah sampel 38 orang menunjukkan rata-rata nilai *pre test* adalah 25,97 dan rata-rata nilai *post test* adalah 30,61. Sebelum diberi pelatihan, skor minimal *pre test* pengetahuan sebesar 17. Setelah diberi pelatihan, skor minimal pengetahuan remaja mengalami peningkatan hingga 24.

Keterampilan remaja sebelum dan sesudah pelatihan konselor sebaya

Tabel 4.3 Analisis *pre-test* dan *post-test* keterampilan remaja

Variabel	*Mean*	*Median*	Nilai Min.	Nilai Maks.
Keterampilan				
Pre test	16,47	17,00	10	22
Post test	24,11	24,00	14	29

Sumber: Data primer 2017

Keterampilan remaja berdasarkan hasil *pre test* dan *post test* dengan jumlah sampel 38 orang menunjukkan rata-rata nilai *pre test* adalah 16,47 dan rata-rata nilai *post test* adalah 24,11. Sebelum diberi pelatihan, skor minimal *pre test* keterampilan sebesar 10. Setelah diberi pelatihan, skor minimal keterampilan remaja mengalami peningkatan hingga 14.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan HIV/AIDS dan keterampilan konseling HIV/AIDS. Setelah diketahui bahwa data-data yang dianalisis terdistribusi normal, uji statistika yang digunakan pada analisis bivariat adalah *dependent t-test.* Uji statistika ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan skor pengetahuan dan keterampilan sebelum diberikan pelatihan dan sesudah diberikan pelatihan. Rentang skor yang digunakan pada variabel pengetahuan adalah 0 sampai dengan 40 dan pada variabel keterampilan adalah 0 sampai 30. Tingkat kemaknaan $p < 0,05$ digunakan sebagai tolok ukur perbedaan variabel yang diukur.

Perbedaan pengetahuan remaja sebelum dan sesudah pelatihan konselor sebaya

Tabel 4.4 Analisis perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan

Variabel	*Mean*	t-hit	CI 95%	*P*
Pre test	25,97	8,72	3,56 – 5,71	0,000
Post test	30,61			
Selisih rerata	4,6			

Sumber: Data primer 2017

Tabel di atas menunjukkan bahwa terdapat peningkatan antara *pre test* dan *post test* skor pengetahuan sebesar 4,6. Analisis yang dilakukan dengan menggunakan uji *dependent t-test* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dengan nilai *t* hitung sebesar 8,72 (lebih dari *t* tabel; 2,02). Hal ini berarti bahwa, secara statistik terdapat perbedaan yang signifikan antara pelatihan konselor sebaya terhadap pengetahuan remaja sebelum dan sesudah pelatihan.

Perbedaan keterampilan remaja sebelum dan sesudah pelatihan konselor sebaya

Tabel 4.5 Analisis perbedaan keterampilan sebelum dan sesudah pelatihan

Variabel	*Mean*	t-hit	CI 95%	*p*
Pre test	16,47	13,79	6,51 – 8,75	0,000
Post test	24,11			
Selisih rerata	7,63			

Sumber: Data primer 2017

Tabel di atas menunjukkan bahwa terdapat peningkatan antara *pre test* dan *post test* skor keterampilan sebesar 7,63. Analisis dilakukan dengan menggunakan uji *dependent t-test* diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dengan nilai *t* hitung sebesar 13,79 (lebih dari *t* tabel; 2,02). Hal ini berarti bahwa secara statistik terdapat perbedaan secara signifikan antara pelatihan konselor sebaya terhadap keterampilan remaja sebelum dan sesudah pelatihan.

Analisis Multivariat

Dalam penelitian ini, analisis multivariat ditujukan untuk melihat hubungan antara variabel luar dan variabel terikat dengan mengontrol variabel luar. Variabel terikat pada penelitian ini adalah pengetahuan dan keterampilan, sedangkan variabel luar berupa jenis kelamin, pendidikan, dan paparan informasi. Pada tabel 4.6 dan 4.7 di bawah ini diperlihatkan hubungan variabel luar seperti jenis kelamin, pendidikan, dan paparan informasi dengan pengetahuan serta keterampilan subyek penelitian sebelum dan sesudah pelatihan. Dalam penelitian ini, analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan analisis regresi linear berganda.

Pengaruh variabel luar terhadap pengetahuan remaja

Tabel 4.6. Analisis variabel luar terhadap pengetahuan remaja

Variabel	CI 95%	*p*	t-hit	R^2
Jenis kelamin	-4,75 – 2,81	0,60	-0,52	0,095
Jenjang pendidikan	-5,85 – 1,84	0,30	-1,06	
Paparan Informasi	-4,23 – 0,31	0,09	-1,75	

Sumber: Data primer, 2017

Pada tabel 4.6 signifikasi variabel jenis kelamin (0,60), jenjang pendidikan (0,30), dan paparan informasi (0,09) dengan tingkat kepercayaan 95% adalah lebih dari 0,05. Hal ini berarti, masing-masing variabel luar tersebut tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan subyek penelitian sebelum dan sesudah pelatihan. Nilai R^2 pada ketiga variabel luar tersebut sebesar 0,095 yang berarti bahwa variabel jenis kelamin, jenjang pendidikan, dan paparan informasi memberikan pengaruh sebesar 9,5% secara simultan terhadap perbedaan pengetahuan subyek penelitian sebelum dan sesudah pelatihan.

Pengaruh variabel luar terhadap keterampilan remaja

Tabel 4.7 Analisis variabel luar terhadap keterampilan remaja

Variabel	CI 95%	*p*	t-hit	R^2
Jenis kelamin	-2,63 – 5,39	0,49	-0,70	0,063
Jenjang pendidikan	-1,12 – 7,04	0,15	-1,48	
Paparan Informasi	-1,72 – 3,09	0,57	-0,58	

Sumber: Data primer, 2017

Pada tabel 4.7 signifikasi variabel jenis kelamin (0,49), jenjang pendidikan (0,15), dan paparan informasi (0,57) dengan tingkat kepercayaan 95% adalah lebih dari 0,05. Hal ini berarti, masing-masing variabel luar tersebut tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap keterampilan subyek penelitian sebelum dan sesudah pelatihan. Nilai R^2 pada ketiga variabel luar tersebut sebesar 0,063 yang berarti bahwa variabel jenis kelamin, jenjang pendidikan, dan paparan informasi secara simultan memberikan pengaruh sebesar 6,3 % terhadap perbedaan keterampilan subyek penelitian sebelum dan sesudah pelatihan.

PEMBAHASAN

Karakteristik Subyek Penelitian

Menurut Bloom (1964) *cit.* Zulfitri (2016), pengetahuan berarti ingatan mengenai sesuatu yang diketahui melalui pengalaman belajar atau informasi dari orang lain dan keterampilan *(skill)* merupakan kemampuan untuk mengaplikasikan pengetahuan yang telah didapat ke dalam praktik dengan tujuan tertentu. Hal ini berarti bahwa pengetahuan dan keterampilan merupakan sesuatu yang didapat dari informasi (Suprapto, 2009).

Berdasarkan tabel 4.1, karakteristik subyek penelitian yang dipaparkan adalah jenis kelamin, pendidikan, dan paparan informasi. Menurut Simons-Morton (2012), informasi dan sikap mempengaruhi keterampilan. Informasi yang dimaksud adalah pelaksanaan pelatihan. Sedangkan sikap terbentuk melalui faktor predisposisi berupa faktor sosio-demografi usia dan jenis kelamin, serta faktor pendukung berupa sumber informasi (Maulana, 2007). Disamping itu, tingkat pendidikan yang ditempuh oleh remaja adalah minimal SMA dan perguruan tinggi. Hal ini didasarkan pada teori Azam (2016) yang menyatakan bahwa sebagai seorang konselor, setidaknya diutamakan memiliki pendidikan minimal setingkat SMA.

Subyek penelitian yang mengikuti pelatihan tersebut diberikan intervensi sebanyak dua kali pertemuan setelah pelaksanaan *pre-test.* Kemudian, pengetahuan dan keterampilan mereka setelah pelatihan diukur sebagai bentuk evaluasi dengan pemberian *post-test.* Kondisi ini sesuai dengan teori Kirkpatrick (2007) yang menyatakan bahwa setelah pelatihan perlu diadakan evaluasi untuk mengetahui efektivitas program pelatihan yang telah dilaksanakan dengan cara mengevaluasi pengetahuan, sikap, dan keterampilan pra dan pasca pelaksanaan program.

Perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan konselor sebaya

Hasil analisis data pada tabel 4.4 adalah terdapat perbedaan yang bermakna pada skor pengetahuan sebelum dan setelah intervensi. Peningkatan skor pengetahuan sebesar 4,4 poin menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor rerata pengetahuan sebelum dan sesudah diberi pelatihan berupa peningkatan skor pengetahuan subyek penelitian. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Triyanto (2013) yang menyatakan bahwa pelatihan konselor sebaya dapat meningkatkan pengetahuan sebanyak 80% berdasarkan hasil *pre test* dan *post test.* Penelitian lain dari Mevsim, dkk. (2008) menyatakan bahwa pelatihan konselor sebaya mampu meningkatkan pengetahuan selama sesi pelatihan sebesar 21,6%.

Keberhasilan peningkatan pengetahuan ini didukung oleh teori Piaget *cit.* Suparno (2012) yang menyatakan bahwa unsur pendidikan yang berupa pengalaman dan pelatihan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap pengetahuan seseorang. Pengetahuan tersebut diperoleh dan dibentuk oleh murid dan difasilitasi oleh guru atau fasilitator dengan menciptakan suasana agar proses pengetahuan tersebut terbentuk. Hal ini juga didukung dengan keberadaan kurikulum berupa penyusunan bahan ajar serta metode pendidikan yang sesuai dengan karakter peserta didik.

Dalam penelitian ini, peningkatan pengetahuan diasumsikan berasal dari pemberian pelatihan yang didasari kemauan peserta didik untuk terlibat aktif dalam kegiatan pelatihan, fasilitator ahli dalam bidang pelatihan konselor sebaya yang mampu menciptakan suasana pelatihan menjadi menyenangkan sehingga informasi dapat disampaikan dengan baik, kurikulum dan bahan ajar yang diberikan sesuai dengan topik materi, dan metode pembelajaran dapat diterima sesuai dengan karakter remaja desa.

Perbedaan keterampilan sebelum dan sesudah pelatihan konselor sebaya

Uji *dependent t-test* pada tabel 4.5 menunjukkan rata-rata peningkatan keterampilan subyek penelitian sebesar 8,63 poin. Analisis tersebut berarti bahwa terdapat perbedaan skor rerata keterampilan sebelum dan sesudah diberi pelatihan berupa peningkatan skor keterampilan subyek penelitian dalam memberikan konseling tentang HIV/AIDS. Hasil yang tak berbeda didapat dari studi yang dilaksanakan oleh Harini (2014) yaitu peningkatan keterampilan (*post test*) mahasiswa pengurus PIK-KRM sebesar 19,1% dipengaruhi secara bermakna oleh pelaksanaan program pelatihan konselor sebaya. Dalam hal ini, metode yang digunakan pada penelitian ini sudah sesuai dengan teori yang direkomendasikan.

Keberhasilan peningkatan keterampilan dalam penelitian ini didukung oleh teori Simons-Morton (1995) yang menyatakan bahwa tujuan dari pelaksanaan pelatihan adalah adanya peningkatan keterampilan mengenai topik pelatihan dari para peserta pelatihan dan pelatihan membuka kesempatan untuk menggali informasi, ide, metode, maupun keterampilan yang telah didapat saat pelatihan.

Berdasarkan hasil analisis pada variabel pengetahuan dan keterampilan di atas, menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan dan keterampilan remaja sebelum dan sesudah diberikan pelatihan konselor sebaya. Perbedaan tersebut berupa peningkatan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam memberikan konseling HIV/AIDS. Hal ini sesuai dengan pendapat Rozalena (2016) yang menyatakan bahwasannya program pelatihan merupakan solusi terbaik untuk mengembangkan kemampuan seseorang selama prinsip-prinsip pelatihan dilakukan, seperti partisipasi aktif dari pelatih maupun peserta, peserta mampu mengaplikasikan ilmu yang telah didapat setelah pelatihan berakhir, dan adanya konsistensi pelatihan dengan materi pelatihan yang diberikan dapat memberikan umpan balik positif bagi peserta maupun pelaksana. Penelitian ini tidak sesuai dengan riset yang pernah

dilangsungkan oleh Michielsen (2012) yang menyatakan bahwa pendidikan konselor sebaya tidak berhasil untuk mencapai tujuan utamanya, yaitu mengurangi kebiasaan perilaku berisiko dan hanya meningkatkan sedikit pengetahuan subyek penelitian.

Asumsi peningkatan pengetahuan dan keterampilan ini disebabkan karena sasaran pelatihan berupa remaja yang secara sukarela bersedia untuk diberi pelatihan dan dari fasilitator yang berpengalaman dalam memberikan pelatihan. Pemberian pelatihan disertai dengan sarana dan prasarana yang mendukung, seperti alat peraga dan modul pelatihan yang sesuai dengan topik pelatihan. Hal ini didukung oleh pendapat As'ad (1995) *cit.* Zulfitri (2016) yang menyatakan bahwa keberhasilan pelatihan tergantung pada sasaran pelatihan yang jelas, pelatih yang cakap, bahan-bahan pelatihan yang disusun berdasarkan sasaran pelatihan, metode-metode latihan beserta alat bantu yang digunakan, dan peserta latihan.

Pengaruh variabel luar terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan remaja dalam memberikan konseling HIV/AIDS

Pada hasil analisis variabel luar jenis kelamin membuktikan bahwa jenis kelamin tidak memberikan efek secara signifikan terhadap perbedaan pengetahuan dan keterampilan subyek penelitian pra dan pasca kegiatan pelatihan. Hal ini serupa dengan hasil studi Arfan (2009) yang menyatakan bahwa variabel jenis kelamin tidak memberikan pengaruh secara signifikan pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan subyek penelitian mengenai kesehatan reproduksi remaja.

Hasil analisis untuk variabel pendidikan mengindikasikan bahwa tidak terdapat hubungan yang berarti antara pendidikan dengan perbedaan pengetahuan dan keterampilan subyek penelitian sebelum dan sesudah diberikan pelatihan. Hal ini sesuai dengan riset yang telah dilakukan oleh Zulfitri (2016) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan orang tua dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan subyek penelitian.

Paparan informasi yang bersumber dari media massa maupun non media massa tidak memberikan pengaruh terhadap perbedaan pengetahuan maupun keterampilan subyek penelitian sebelum dan sesudah pelatihan yang ditunjukkan dari nilai signifikansi lebih besar dari 0,05. Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Benita (2012) untuk mengontrol variabel perancu yang menunjukkan bahwa paparan informasi tidak berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan remaja sebelum dan sesudah pemberian pelatihan konselor sebaya. Penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Harini (2014) yang menyatakan bahwa paparan informasi dapat meningkatkan keterampilan subyek penelitian karena sebelumnya subyek penelitian telah mendapatkan stimulus yang bersumber dari paparan informasi dan diperkuat oleh informasi dari pelatihan dan modul pelatihan.

Pendidikan kesehatan tentang HIV/AIDS yang berbasis pemberdayaan pada remaja melalui pelatihan konselor sebaya untuk menambah pengetahuan dan keterampilan pada remaja perlu terus diterapkan pada remaja anggota karang taruna di tingkat desa. Pembelajaran ini sangat penting sebagai bentuk preventif untuk mengatasi masalah tingginya angka kejadian HIV/AIDS sejak dini. Pelatihan merupakan segmen dari pendidikan kesehatan yang melibatkan proses belajar untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan di luar sistem pendidikan formal dalam jangka waktu yang relatif singkat berbasis praktik.

Keterbatasan penelitian ini adalah dari 16 padukuhan yang berada di Desa Purwobinangun, hanya tiga padukuhan yang bersedia diberikan intervensi sehingga tidak terdapat perwakilan konselor sebaya di masing-masing padukuhan.

Sedangkan kelemahan dari penelitian ini adalah intervensi yang diberikan pada subyek penelitian di masing-masing padukuhan dilakukan dalam waktu yang berbeda dikarenakan

perbedaan kesediaan waktu antar padukuhan dan setelah selesai pelatihan hingga waktu *posttest,* peneliti tidak dapat mengontrol subyek penelitian yang melakukan praktik mandiri pemberian konseling pada teman sebayanya.

PENUTUP

Kesimpulan penelitian ini adalah bahwa pelatihan konselor sebaya mengenai HIV/AIDS berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan remaja sebelum dan sesudah pelatihan.

Berdasarkan hasil, pembahasan, dan kesimpulan mengenai pengaruh pelatihan konselor sebaya terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan remaja desa, rekomendasi yang dapat diberikan sebagai bahan pertimbangan adalah pelaksanaan pelatihan konselor sebaya perlu dikembangkan di lokasi lain dengan analisis yang lebih mendalam, penambahan jumlah variabel, dan jumlah sampel yang lebih besar, serta cakupan wilayah yang lebih luas disertai dengan dukungan penuh dari instansi pemerintahan, pendidikan, maupun kesehatan setempat.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih diberikan kepada kedua orang tua, Bapak Rakidi dan Ibu Ganewati, saudara kandung maupun ipar yang telah memberikan dukungan bagi penulis, serta teman-teman D4 Kebidanan SV UGM yang bersedia membantu proses pengambilan data saat penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

Allender, J. E. al. (2014). *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health. Wolters Kluwer Health*. China.

Arfan, M., Wilopo, S.A., Wahyuni, B. (2010). Efektivitas Pendidikan Kesehatan Melalui E-file Multimedia Materi KRR dan Tatap Muka di Kelas Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja. *Berita Kedokteran Masyarakat*, *26*(3).

Azam, U. (2016). *Bimbingan dan Konseling Perkembangan di Sekolah (Teori dan Praktik)*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.

Benita, N. R. (2012). Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja Siswa SMP Kristen Gergaji. *Skripsi Universitas Diponegoro*.

Cahyono, J. B. S. B. (2008). *Gaya Hidup dan Penyakit Modern*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Gallant, J. (2008). *100 Questions & Answers about HIV and AIDS*. Massachusetts: Jones Bartlett Publishers.

Harini, R. (2014). Upaya Peningkatan Keterampilan Konseling Kesehatan Reproduksi Mahasiswa Melalui Pelatihan Konselor Sebaya. *Jurnal Ners*, *9*(2), 173–182.

Jogja, P. (2015). *Angka Kejadian HIV/AIDS*.

Kemenkes RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kirkpatrick, D. L. (2007). *The Four Levels of Evaluation*. Amerika: American Society For Training and Development Press.

Maulana, H. D. . (2007). *Promosi Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran EGC*. Jakarta.

Mevsim, V. E. al. (2008). What was retained? The assessment of the training for the peer trainers' course on short and long term basis. *BMC Public Health 2008*, *8*(24).

Michielsen, K. E. al. (2012). Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *12*(1), 729.

Nies, Mary A., McEwen, M. (2011). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Population*. United States of America: Elsevier Saunders.

Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni Edisi Revisi*. Jakarta: Penerbit PT Rineka Cipta.

Rozalena, et al. (2016). *Panduan Praktis Menyusun Pengembangan Karier dan Pelatihan Karyawan*. Jakarta: Penerbit Raih Asa Sukses.

Simons-Morton, Bruce G., et al. (1995). *Introduction to Health Education and Health Promotion Second Edition*. USA: Waveland Press, Inc.

Simons-Morton, Bruce G., et al. (2012). *Behavior Theory in Health Promotion Practice and Research*. USA: Library of Congress Cataloging-in Publication Data.

Suparno, P. (2012). *Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Suprapto, T. (2009). *Pengantar Teori dan Manajemen Komunikasi*. Yogyakarta: Medpress.

Triyanto, E., Rahayu, E., dan Puspita, D. R. (2013). Pengembangan Pusat Konseling Mahasiswa Unsoed Melalui Pendidikan dan Pelatihan Mahasiswa sebagai Peer Counselor. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, *8*(3), 127–142.

UNDP. (2017). *Sustainable Development Goals*. Retrieved from http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html

WHO. (2016). *World Health Organization*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/

Zulfitri, R. (2016). *Pengaruh Pelatihan Konselor Sebaya pada Siswa SMK terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Memberikan Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.