

# Jurnal Kebidanan dan Keperawatan

Hubungan antara Stres Psikososial dengan Perilaku Merokok pada Remaja  
Gani Apriningtyas B, Sumarni DW, Akhmadi

Pengaruh Home Visit terhadap Kemampuan Pasien dan Keluarga dalam  
Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa  
Mamnu'ah

Penerapan Budaya Keselamatan Pasien sebagai Upaya Pencegahan Kejadian  
Tidak Diinginkan (KTD)  
Ag. Sri Oktri Hastuti

Efektivitas Metode Perawatan Luka Moisture Balance Terhadap  
Penyembuhan Luka pada Pasien Ulkus Diabetikum  
Salia Marvinia, Widaryat

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif  
Risa Devita

Pemanfaatan Metadon pada Injecting Drug Users  
di Puskesmas Gedong Tengen Yogyakarta  
Herlin Fitriana Kurniawati, Antono Suryoputro

Gambaran Faktor-Faktor Kepatuhan Diet Lanjut Usia Penderita Hipertensi  
Kurnianto Priambodo, Lutfi Nurdian Asnindari

Pengaruh Status Kepegawaian Terhadap Kinerja Perawat  
di Ruang Rawat Inap  
Muhammad Saefulloh

Pengalaman Orang dengan HIV/AIDS Mendapatkan Perawatan Keluarga:  
Studi Fenomenologi  
Suratini, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari

Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu  
dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita  
Rahmi Nur Fitri Handayani, Tenti Kurniawati

Diterbitkan oleh STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

# Jurnal

---

## Kebidanan dan Keperawatan

---

Vol. 9 No. 1, Juni 2013

ISSN 1858-0610

Terbit 2 kali setahun pada bulan Juni dan Desember. Berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian dan kajian analisis-kritis di bidang kebidanan dan keperawatan.

### **Ketua Penyunting**

Mammu'ah

### **Wakil Ketua Penyunting**

Ery Khusnal

### **Penyunting Pelaksana**

Warsiti

Mufdlilah

Umu Hani EN

Hikmah

Sulistyaningsih

Yuli Isnaeni

### **Pelaksana Tata Usaha**

Dinik Rusinani

Irkhamiyati

Sri Rejeki

Agung Suyudi

**Alamat Penyunting dan Tata Usaha:** STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta, Jl. Ring Road Barat No. 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292. Telp (0274) 4469199 pesawat 166, Fax. (0274) 4469204. E-mail: bp3m\_stikesayo@yahoo.com.

---

Penyunting menerima sumbangan tulisan yang belum pernah diterbitkan dalam media lain. Naskah di ketik di atas kertas HVS kuarto spasi ganda sepanjang lebih kurang 20 halaman, dengan format seperti tercantum pada petunjuk bagi penulis JKK di bagian belakang jurnal ini. Naskah yang masuk dievaluasi dan disunting untuk keseragaman format, istilah dan tata cara lainnya.

---

**JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN** diterbitkan sejak bulan Juni 2005 oleh STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

# Jurnal

---

## Kebidanan dan Keperawatan

---

Vol. 9 No. 1, Juni 2013

ISSN 1858-0610

<b>Hubungan antara Stres Psikososial dengan Perilaku Merokok pada Remaja</b> Gani Apriningtyas B, Sumarni DW, Akhmadi	1-9
<b>Pengaruh <i>Home Visit</i> terhadap Kemampuan Pasien dan Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa</b> Mamnu'ah	10-18
<b>Penerapan Budaya Keselamatan Pasien sebagai Upaya Pencegahan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)</b> Ag. Sri Oktri Hastuti	19-28
<b>Efektivitas Metode Perawatan Luka Moisture Balance Terhadap Penyembuhan Luka pada Pasien Ulkus Diabetikum</b> Salia Marvinia, Widaryati	29-36
<b>Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif</b> Risa Devita	37-46
<b>Pemanfaatan Metadon pada Injecting Drug Users di Puskesmas Gedong Tengen Yogyakarta</b> Herlin Fitriana Kurniawati, Antono Suryoputro	47-56
<b>Gambaran Faktor-Faktor Kepatuhan Diet Lanjut Usia Penderita Hipertensi</b> Kurnianto Priambodo, Lutfi Nurdian Asnindari	57-64
<b>Pengaruh Status Kepegawaian Terhadap Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap</b> Muhammad Saefulloh	65-73
<b>Pengalaman Orang dengan HIV/AIDS Mendapatkan Perawatan Keluarga: Studi Fenomenologi</b> Suratini, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari	74-83
<b>Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita</b> Rahmi Nur Fitri Handayani, Tenti Kurniawati	84-92

## HUBUNGAN ANTARA STRES PSIKOSOSIAL DENGAN PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA

**Gani Apriningtyas B, Sumarni DW, Akhmadi**

PSIK-FK UGM, Bagian Jiwa RSUP dr. Sardjito

E-mail: gani64171@gmail.com

**Abstract:** This research aims at determining the relationship between psychosocial stress and smoking behavior in teenagers. This research is a descriptive research with quantitative design (correlation analytic) and cross sectional approach. The population was teenagers who were identified as smokers. The samples were a number of 56 respondents who were taken by using quota sampling technique. The instruments of this research were a psychosocial stress questionnaire and smoking behavior questionnaire. The result of the statistic test showed the significance value on  $p$  0.021 ( $p < 0.05$ ) in the positive correlation. Spearman-Rank test showed the correlation value ( $r$ ) on 0,308. The conclusion was an association between psychosocial stress and smoking behavior in teenagers but the correlation was not strong enough.

**Keywords:** smoking behavior, teenagers, psychosocial stress.

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan analitik korelasi dan pendekatan waktu *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 65 siswa yang teridentifikasi berperilaku merokok dan diperoleh sampel sebanyak 56 orang dengan *quota sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner stres psikososial dan angket perilaku merokok. Hasil uji statistik menunjukkan nilai *significancy* ( $p$ ) 0,021 ( $p < 0,05$ ), arah korelasi positif, nilai korelasi ( $r$ ) *Spearman-Rank* sebesar 0,308. Terdapat korelasi antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja dengan kekuatan korelasi lemah.

**Kata kunci:** perilaku merokok, remaja, stres psikososial.

## PENDAHULUAN

Di Indonesia, usia rata-rata bersentuhan dengan rokok adalah pada saat usia 14-15 tahun. Dinyatakan bahwa 3 dari 10 pelajar (30,9%) merokok sebelum berumur 10 tahun. Hasil survei menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga (37,3%) pelajar SMP Indonesia pernah merokok (Hidayati, 2011). Hasil survei yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DIY tahun 2006 dan 2008 menunjukkan 18,7% remaja di DIY adalah perokok aktif (Dinas Kesehatan Provinsi DIY, 2010). Alasan merokok yang dikemukakan antara lain untuk meringankan ketegangan dan stres sebanyak 54,59% dan 29,36% lainnya menyatakan untuk bersantai (Tempo Interaktif, 2011).

Individu dalam tiap tahap perkembangan remaja akan mengalami stres (Ibung, 2008). Stres yang terjadi pada usia remaja bermanifestasi dalam bentuk lari dari tanggung jawab dan melakukan perilaku berisiko tinggi (Dwiyathitami, 2011). Salah satu perilaku berisiko pada remaja yang dilakukan adalah penggunaan rokok (Sadock & Saddock, 2003). Hal ini ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan pada siswa di Malang mengenai hubungan stres dengan perilaku merokok menunjukkan terdapat hubungan antara tingkat stres dan tingkat perilaku merokok (Rohman, 2009).

Berdasarkan hasil wawancara dengan guru di SMP PGRI, sekolah belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai rokok ataupun bahaya merokok. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, diketahui bahwa dari 15 orang yang diduga merokok, 10 diantaranya adalah perokok dan 5 diantaranya mengalami stres psikososial. Perawat mempunyai peran serta tanggung jawab dalam penanganan serta pencegahan perilaku merokok pada remaja. Dalam hal ini, perawat dapat berperan sebagai edukator dimana perawat dapat memberikan infor-

masi serta sosialisasi mengenai dampak merokok dan cara pencegahan yang dapat dilakukan remaja. Melihat fenomena perilaku merokok remaja yang semakin meningkat, dan salah satu faktor penyebabnya adalah stres, maka peneliti tertarik untuk meneliti adakah hubungan antara stres psikososial yang dialami remaja dengan perilaku merokok.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan analitik korelasi dan menggunakan rancangan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2011 di SMP PGRI Kasihan Bantul. Populasi penelitian adalah siswa kelas VII dan VIII yang teridentifikasi berperilaku merokok yang berjumlah 65 orang. Penentuan sampel secara *Quota Sampling*. Sampel ditentukan dengan menggunakan tabel penentuan jumlah sampel yang menggunakan tabel *Krejcie*, dengan tingkat kesalahan sebesar 5% (Sudiyanto, 1998). Berdasarkan pedoman tersebut, sampel yang diperlukan dalam penelitian ini berjumlah 56 orang. Kriteria inklusi penelitian ini adalah siswa yang kooperatif, aktif mengikuti kegiatan belajar mengajar, dan siswa yang teridentifikasi berperilaku merokok.

Instrumen penelitian berupa kuesioner Instrumen Penilaian Stres Psikososial (IPSP) dan angket perilaku merokok. Kuesioner IPSP berisi 35 butir keadaan yang berlaku sebagai stresor dan 1 butir (butir ke 36) yang masih kosong untuk tambahan apabila ada peristiwa lain yang belum disebutkan. Cara penilaian kuesioner ini adalah dengan memberikan bobot 0 jika tidak terganggu, 1 jika terganggu, serta 2 jika sangat terganggu oleh peristiwa tersebut. Untuk objektivitas penilaian derajat beratnya stresor, maka diberikan bobot yang berbeda pada tiap peristiwa (Tabel 1). (Sudiyanto, 1998).

Penghitungan skor masing-masing

butir adalah dengan mengalikan bobot butir dengan bobot perasaan responden terhadap peristiwa, kemudian taraf beratnya stresor ditentukan dengan menjumlah semua butir peristiwa yang ada. Stres psikososial kemudian dikategorikan menjadi 0 tidak mengalami stres, (1-8) mengalami sedikit stres, (9-16) stres ringan, (17-24) stres sedang, (25-33) stres berat, (34-40) stres sangat berat dan (>41) malapetaka (Asmara, 2004). Sedangkan perilaku merokok dikategorikan menjadi perokok ringan bila menghisap 10 batang rokok atau kurang per hari, perokok sedang bila menghisap antara 11 hingga 20 batang rokok per hari, dan perokok berat bila menghisap lebih dari 20 batang rokok per hari.

**Tabel 1. Butir dan Bobot Peristiwa Stresor Psikososial**

Butir	Bobot
1-5	1
6-10	2
11-15	3
16-20	4
21-30	5
31-35	6

Sumber: Sudiyanto (1998)

Instrumen ini telah diuji dan dapat digunakan sebagai instrumen penelitian selanjutnya. Nilai *Cronbach-Alpha* adalah 0,9139 yang berarti instrumen (>0,6) ini dinyatakan valid dan reliabel sehingga dapat dilakukan untuk pengambilan data (instrumen) pada penelitian ini (Sudiyanto, 1998).

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan cara mengambil data langsung dari subjek penelitian. Dalam pengumpulan data ini, peneliti dibantu oleh seorang asisten. Data yang telah dikumpulkan ditabulasi terlebih dahulu, dikelompokkan, dan kemudian dianalisis dengan uji korelasi

*Spearman-Rank*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini terdiri dari 56 siswa perokok. Berdasarkan data karakteristik responden diketahui bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki yaitu sebesar 83,93% (Tabel 2). Hasil ini sesuai dengan data WHO (2010), bahwa prevalensi merokok pada pria lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Pria sebesar 40%, sedangkan wanita (9%) dan jumlah pria yang merokok untuk persentase 80% mendekati satu juta orang.

Pada tabel 2 terlihat bahwa responden yang berperilaku merokok sebagian besar (58,93%) berusia kurang dari atau sama dengan 14 tahun. Sesuai dengan data survei pada anak sekolah yang berusia 13-15 tahun di Jakarta yang menunjukkan bahwa lebih dari 20% anak adalah perokok tetap. Alasannya karena remaja ingin mencoba hal baru maupun pengaruh dari teman sebaya (Astuti, Kustanti, & Hartini, 2009).

**Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia**

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	47	83,93
Perempuan	9	16,07
<b>Total</b>	56	100
<b>Usia</b>		
≤14 tahun	33	58,93
>14 tahun	23	16,07
<b>Total</b>	56	100

Sumber: Data Primer

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ayah diperoleh bahwa 50% ayah

responden bekerja sebagai wiraswasta. Sedangkan berdasarkan pekerjaan ibu, diperoleh bahwa sebagian besar ibu responden merupakan ibu rumah tangga yaitu sebesar 58,93% (Tabel 3).

**Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah dan Ibu**

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
<b>Pekerjaan Ayah</b>		
Wiraswasta	28	50,0
PNS/Polri/TNI	2	3,57
Buruh Tani	18	32,14
Lainnya	3	5,36
Tidak Bekerja	5	8,93
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
<b>Pekerjaan Ibu</b>		
Wiraswasta	13	23,21
PNS/Polri/TNI	0	0
Buruh Tani	8	14,29
Lainnya	2	3,57
Tidak Bekerja	33	58,93
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer

Berdasarkan pendidikan ayah dan ibu menunjukkan bahwa keduanya sebagian besar mempunyai pendidikan terakhir pada jenjang SMA yaitu ayah sebesar 48,21% dan ibu sebesar 42,86% (tabel 4).

Status sosial ekonomi dapat dilihat antara lain dari tingkat pendidikan dan pekerjaan (Rohman, 2009). Dari data didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki orang tua dengan pekerjaan sebagai wiraswasta (pedagang kecil/pedagang asongan) dan buruh/tani dengan tingkat pendidikan terakhirnya adalah SMA. Dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden berasal

dari kalangan sosial ekonomi rendah. Data

**Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Ayah dan Pendidikan Ibu**

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
<b>Pendidikan Ayah</b>		
SD	15	26,79
SMP	10	17,86
SMA	27	48,21
Akademi/Perguruan Tinggi	4	7,14
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
<b>Pendidikan Ibu</b>		
SD	15	26,79
SMP	15	26,79
SMA	24	42,86
Akademi/Perguruan Tinggi	2	3,57
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer

*World Health Organization* (WHO) yang menunjukkan bahwa persentase perokok lebih besar terjadi pada kelas sosial ekonomi rendah (28% wanita dan 32% pria) dibandingkan dengan yang terjadi pada kelas sosial ekonomi tinggi (14% wanita dan 17% pria) (WHO, 2010).

Berdasarkan tingkat pendidikannya, diketahui bahwa orangtua responden sebagian besar berpendidikan SMA. Hal ini mempengaruhi tingkat pengetahuan orangtua terhadap bahaya merokok. Pengetahuan individu terhadap bahaya merokok mempengaruhi perilaku merokok seseorang. Semakin rendah tingkat pengetahuannya terhadap bahaya rokok, maka akan semakin besar risiko untuk melanjutkan perilaku merokoknya (Ding dalam Putri, Dasuki, & Hasanbasri, 2005).

**Gambaran Stres Psikososial Responden****Tabel 5. Tingkat Stres Psikososial Responden di SMP PGRI Kasihan Bantul Tahun Ajaran 2010/2011 Kelas VII dan VIII**

Stres Psikososial	Jumlah
Tidak Stres	6
Sedikit	19
Ringan	7
Sedang	3
Berat	9
Sangat Berat	9
Malapetaka	3
<b>Total</b>	<b>56</b>

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada tingkat sedikit stres (33,93%). Sebagai pembandingan, hasil dari penelitian Kusuma dan Prabandari (2007) yang menunjukkan bahwa remaja berada pada tahap tidak stres. Perbedaan hasil yang ada dapat disebabkan oleh perbedaan karakteristik responden, yang merupakan siswa yang mempunyai latar belakang tingkat perekonomian menengah ke atas. Pada penelitian ini ditemukan stresor yang paling banyak dialami dan dirasakan mengganggu responden adalah adanya keinginan yang belum terpenuhi, karena responden berada pada tingkat ekonomi menengah ke bawah.

**Gambaran Perilaku Merokok Responden**

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah perokok ringan yaitu sebesar 92,86%. Hasil yang berbeda ditunjukkan dalam penelitian Sari, Ramdhani dan Eliza (2003) bahwa sebagian besar responden 51,33% merokok antara 11-22 batang.

**Tabel 6. Klasifikasi Tingkat Perilaku Merokok Responden di SMP PGRI Kasihan Bantul Tahun Ajaran 2010/2011 Kelas VII dan VIII**

Klasifikasi Perilaku Merokok	Jumlah
Perokok Ringan ( $\leq 10$ )	52
Perokok Sedang (11-20)	4
Perokok Berat ( $> 20$ )	0
<b>Total</b>	<b>56</b>

Sumber: Data Primer

Perbedaan hasil penelitian tersebut dapat terjadi karena perbedaan usia responden, dimana responden pada penelitian Sari, Ramdhani dan Eliza (2003) berusia antara 15 hingga 22 tahun. Sebagai pembandingan, hasil yang sama ditunjukkan pada penelitian Radityasari (2010) yang mengungkapkan bahwa responden mengkonsumsi antara 1 hingga 10 batang rokok setiap hari.

**Pola Perilaku Merokok Responden**

Pola perilaku merokok responden meliputi usia pertama kali merokok, alasan pertama kali merokok, alasan merokok saat ini, cara mendapatkan rokok, tempat biasa merokok, lingkungan yang merokok, sumber informasi tentang rokok, informasi mengenai bahaya merokok, mengetahui bahaya merokok dan jumlah uang untuk merokok (tabel 7).

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 37,50% responden menghisap rokok pertama kali saat berusia 12 tahun. Sesuai dengan penelitian lain bahwa subjek merokok sejak usia 12-16 sebanyak 56% (Radityasari, 2010). Diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan alasan pertama kali menghisap rokok karena ajakan teman (36%) diikuti dengan menghilangkan stres. Perkembangan penggunaan rokok dipengaruhi oleh beberapa hal yang

**Tabel 7. Pola Perilaku Merokok Responden di SMP PGRI Kasihan, Bantul Tahun Ajaran 2010/2011**

Pola Perilaku Merokok	Kategori dengan Persentase Tertinggi	Jumlah
Usia Pertama Kali Merokok	Usia 12 tahun	21
Alasan Pertama Kali Merokok	Ajakan teman	27
Alasan Merokok Saat Ini	Menghilangkan jenuh	24
Cara Mendapatkan Rokok	Penjual asongan	31
Tempat Biasa Merokok	Tempat umum	32
Lingkungan yang Merokok		
a. Keluarga	Ayah	36
b. Teman Dekat	>10 orang	24
c. Guru	1- 5 orang	30
Sumber Informasi	Orangtua	22
Pernah Mendapat Informasi Mengenai Bahaya Rokok	Ya	48
Jumlah Uang yang Dhabiskan Untuk Merokok	<10 ribu	31a

Sumber: Data Primer

kompleks seperti personal, sosial dan kebudayaan yang dapat bervariasi sepanjang waktu dalam tiap tahap perkembangan yang dapat berdampak pada laki-laki dan perempuan (WHO, 2010).

Sebagian besar responden merokok untuk menghilangkan kejenuhan (33,80%) disertai alasan lain yaitu menghilangkan stres. Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian, diantaranya adalah penelitian Prabandari (1994) bahwa alasan seorang remaja merokok antara lain adalah coba-coba, terlihat *macho*, ditawarkan oleh teman, mempererat persahabatan, tidak ketinggalan jaman, menyenangkan dan mengurangi stres. Komalasari dan Helmi (2000) mengungkapkan bahwa remaja mempunyai suatu pandangan bahwa rokok dapat membantu mengurangi beban masalah, namun jika remaja tidak menemukan pemecahan atas masalah yang terjadi maka akan semakin meningkatkan perilaku merokoknya.

Sebagian besar responden memperoleh rokok atau membeli rokok dari penjual asongan atau warung kecil yaitu sebesar 31%. Hal ini terkait dengan banyaknya warung di sekitar lingkungan sekolah, sehingga responden dapat dengan leluasa membeli rokok secara eceran. Beberapa penelitian menunjukkan hasil yang serupa yaitu pada penelitian Radityasari (2010) di mana sebagian besar subyek membeli rokok secara ecer di warung pinggir jalan.

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa responden paling banyak menghisap rokok di tempat umum (pinggir jalan, mall, warung/kafe/restoran dan angkutan umum) yaitu sebesar 53,33%. Hasil yang sama ditunjukkan pada penelitian Astuti, Kustanti, dan Hartini (2009) bahwa sebanyak 37,5 % remaja dengan persentase terbesar merokok di tempat umum, karena bebas dari pengawasan guru dan orangtua, sehingga merasa aman.

Diketahui bahwa ayah merupakan anggota keluarga dengan persentase berperilaku merokok terbesar dalam anggota keluarga (43,93%). Sesuai dengan penelitian Harjanto, Purwanta dan Rahmat (2004) bahwa 91,7% orangtua remaja yang merokok juga merupakan perokok. Remaja dengan orangtua yang merokok mempunyai kecenderungan 0,96 kali untuk merokok (Nurkania, dkk, 2007).

Responden mendapatkan informasi tentang rokok sebagian besar dari orangtua (29,33%) dan televisi (26,67%). Ini menunjukkan bahwa remaja mempunyai akses yang tinggi terhadap media baik media cetak maupun elektronik, karena media dapat dijadikan sebagai sumber informasi, hiburan maupun sarana interaksi dengan teman (Nurkania, Hakimi & Prabandari, 2007).

Sebagian besar responden menghabiskan kurang dari sepuluh ribu untuk membeli rokok (55,36%). Beberapa studi mengindikasikan remaja yang banyak menghabiskan uang sakunya mempunyai tingkat yang tinggi dalam penggunaan rokok. Di beberapa negara remaja lebih sensitif terhadap harga rokok, semakin tinggi harga rokok akan berpengaruh pada seberapa uang yang diperlukan untuk merokok dan mempunyai dampak substansial pada penggunaan rokok (WHO, 2010).

### **Hubungan Antara Stres Psikososial dengan Perilaku Merokok Responden**

Hasil uji statistik menunjukkan nilai *significancy* ( $p$ ) 0,021 ( $p < 0,05$ ), arah korelasi positif, nilai korelasi ( $r$ ) *Spearman-Rank* sebesar 0,308. Hasil korelasi tersebut dapat diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan bermakna antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja di SMP PGRI Kasihan Bantul. Arah korelasi positif menunjukkan hubungan yang searah, yang artinya semakin besar tingkat stres

psikososial semakin besar pula tingkat perilaku merokok yang dilakukan (jumlah rokok yang dihisap bertambah). Kekuatan korelasi antara kedua variabel dalam penelitian ini lemah yang berarti bahwa remaja mempunyai kecenderungan untuk merokok saat stres.

Finkelstein dan Booker (dalam Rohman, 2009) menjelaskan bahwa tingkat stres yang tinggi berakibat terhadap meningkatnya risiko seseorang untuk merokok. Hal ini terkait dengan harapan agar dapat teralihkan rasa tegang atau keadaan yang menyebabkan stres tersebut dengan merokok. Harjanto (2004) menjelaskan bahwa keadaan stres yang termasuk dalam faktor kepribadian yaitu faktor yang berasal dari dalam diri seseorang berpengaruh dalam perilaku/konsumsi terhadap rokok (Harjanto, dkk, 2004).

Pada penelitian ini meskipun terdapat korelasi yang bermakna, namun kekuatannya lemah. Hal ini didukung oleh penelitian Koval, dkk, (2004) menyatakan bahwa merokok pada siswa tingkat SMP tidak selalu terkait dengan masalah stres yang dialami, namun hal ini berbeda pada tingkat SMA awal di mana stres sangat mempengaruhi keinginan remaja untuk merokok. Selain itu juga didukung oleh data-data penelitian lain bahwa alasan remaja merokok menunjukkan persentase terbesar yaitu karena menghilangkan kejenuhan.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Pada tingkat stres psikososial, sebagian besar responden berada pada tingkat sedikit stres. Pada tingkat perilaku merokok, sebagian besar responden berada pada tingkat perokok ringan. Terdapat hubungan bermakna antara stres psikososial dengan perilaku merokok pada remaja di SMP

PGRI Kasihan, Bantul dengan arah positif namun mempunyai kekuatan korelasi yang lemah.

### Saran

Bagi SMP PGRI Kasihan, Bantul diharapkan dapat lebih meningkatkan pendidikan kesehatan tentang perilaku merokok pada siswa-siswa terkait perilaku merokok siswa, agar menghentikan kebiasaan merokok sedini mungkin.

### DAFTAR RUJUKAN

- Astuti, F., Kustanti, A., & Hartini, S. 2009. *Gambaran Persepsi, Sikap, dan Perilaku Merokok pada Siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) di Urban Kabupaten Sleman*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Byrne, D. G., & Mazanov, L. 2003. Adolescent Stress and Future Smoking Behavior A Prospective Investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 313-321.
- Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. 2010. *Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Dinas Kesehatan.
- Dwiyathitami, Ni. M. 2011. *Mengenal Stres Pada Anak*, (Online), (<http://www.balipost.co.id/mediadetail.php?module=detailberita&kid=24&id=48084>), diakses 15 Februari 2011.
- Hidayati, N. 2011. *Tiga dari 10 Pelajar di RI Merokok Sebelum Umur 10 Tahun*, (Online), (<http://m.detik.com> dari browser ponsel anda! [detik news.com](http://news.com)), diakses 15 Februari 2011.
- Harjanto, T., Purwanta., & Rahmat, I. 2004. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok di Kalangan Pelajar SMU Negeri 1 Kartasura Jawa Tengah*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Komalasari, D., & Helmi, A. F. 2000. *Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok pada Remaja*, (Online), ([http://avin.staff.ugm.ac.id/data/jurnal/perilakumerokok\\_avin.pdf.2000](http://avin.staff.ugm.ac.id/data/jurnal/perilakumerokok_avin.pdf.2000)), diakses 3 Juni 2011.
- Koval, J. J., Linda, L. P., Stella, S. H., & Chan. 2004. Psychosocial Variables In A Cohort of Students In Grades 8 and 11: A Comparison of Current and Never Smokers. *Preventive Medicine*, 39: 1017-1025.
- Kusuma, M. T., & Prabandari, L. 2007. *Hubungan Antara Status Stres Psikososial dengan Status Gizi Siswi SMP Stella Duce 1 Yogyakarta*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Nurkania, N., Hakimi, M., Prabandari, Y. S. 2007. *Pengaruh Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah Terhadap Sikap dan Perilaku Berhenti Merokok di Kalangan Siswa SMA di Kota Bogor*. Tesis. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Prabandari, Y. S. 1994. *Pendidikan Kesehatan Melalui Seminar dan Diskusi sebagai Alternatif Penanggulangan Perilaku Merokok pada Remaja Pelajar SLTA di Kodya Yogyakarta*. Tesis. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

- Putri, I., Dasuki, D., Hasanbasri, M. 2005. *Struktur Keluarga dan Perilaku Merokok Pada Remaja Analisis Data sakerti 3 Tahun 2000*. Tesis. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Radityasari, A. 2010. *Gambaran Perilaku Merokok Siswa sekolah Menengah Atas/ Sederajat di Kota Semarang Tahun 2010*. Skripsi. Tidak Diterbitkan. Universitas Diponegoro: Semarang, (Online), (<http://eprints.undip.ac.id/17277/>), diakses 3 Juni 2011.
- Rohman, A. 2009. *Hubungan Antara Tingkat Stres dan Status Sosial Ekonomi Orang Tua dengan Perilaku Merokok Pada Remaja*. Skripsi. Jurusan Bimbingan dan Konseling dan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Malang, (Online), (<http://karya-ilmiah.um.ac.id/index.php/BK-Psikologi/article/view/2685>), diakses 27 Februari 2011.
- Sari, A. T. O., Ramdhani, N., & Eliza, M. 2003. Empati dan Perilaku Merokok di Tempat Umum. *Jurnal Psikologi*, XXX (2): 81-90, (Online), (<http://neila.staff.ugm.ac.id/wordpress/wpcontent/uploads/2008/02/empatijurnal1.pdf>. 2003), diakses 9 April 2011.
- Sadock, V. A., & Saddock, B. J. 2003. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Sudiyanto, A. 1998. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Jiwa Keluarga Terhadap Kekambuhan Penderita Gangguan Afektif Berat*. Disertasi. Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Tempo Interaktif. 2011. *Perokok Muda Makin Menggila*, (Online), (<http://majalah.tempointeraktif.com/id/arsip/2008/01/28/KSH/mbm.20080128.KSH126188.id.html>), diakses 15 Februari 2011.
- World Health Organization. 2010. *Gender, Women, and the Tobacco Epidemic: 3. Prevalence of Tobacco Use and Factors Influencing Initiation and Maintenance Among Women* (Online), ([http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women\\_tob\\_epidemic/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/)), diakses 15 Februari 2011.

# PENGARUH *HOME VISIT* TERHADAP KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA YANG MENGALAMI GANGGUAN JIWA

**Mamnu'ah**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: nutriatma@yahoo.co.id

**Abstract:** The purpose of this quasi-experiment study was to determine the effect of home visit on the abilities of clients and their families in taking care of the family member with mental problem in Banaran village, Galur, Kulon Progo. The sample of this research were patients who had mental problem and their families. The sampling technique used in this research was a random sampling technique taken from 11 clients who were given four home visits in a month. The data were analyzed using paired t-test. After the patients were given the home visit, the researchers measured the respondents' abilities. The result showed that there was an effect of home visits on the client's ability ( $p=0.000$ ) and there was no effect of home visit on the family ability in taking care the patients ( $p=0.480$ ).

**Keywords:** effect, home visit, family and patients ability

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis Pengaruh *Home Visit* Terhadap Kemampuan Pasien dan Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Desa Banaran Galur Kulonprogo. Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Experiment*. Responden penelitian ini adalah pasien dan keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Teknik sampel yang digunakan adalah acak pada sejumlah 11 responden yang diberikan intervensi *home visit* sebanyak empat kali selama sebulan, kemudian diukur tingkat kemampuan pasien dan keluarga. Analisis data yang digunakan adalah *Paired T Test*. Diperoleh hasil adanya pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien ( $p=0,000$ ) dan tidak ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga ( $p=0,480$ ).

**Kata kunci:** pengaruh, *home visit*, kemampuan keluarga, pasien

## PENDAHULUAN

Menurut Departemen Kesehatan RI (2000) kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan yang optimal baik secara fisik, intelektual dan emosi dari seseorang yang selaras dengan orang lain. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Definisi tersebut menekankan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera yang positif, bukan sekedar keadaan tanpa penyakit. Orang yang memiliki kesejahteraan emosional, fisik dan sosial dapat memenuhi tanggung jawab kehidupan, berfungsi dengan afektif dalam kehidupan sehari-hari dan puas dengan hubungan interpersonal dan diri mereka sendiri (Videbeck, 2008).

Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial (Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan).

Kesehatan jiwa merupakan suatu rentang meliputi sehat jiwa, risiko dan gangguan jiwa. Setiap orang berisiko apakah akan sehat jiwa, mengalami masalah psikososial maupun gangguan jiwa. Hasil Riskesdas (2007) menunjukkan angka gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 0,46%, di Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai 0,38%. Angka ini masih di bawah angka nasional akan tetapi beban akibat gangguan jiwa sangat berat apalagi bagi keluarga yang merawat pasien dengan gangguan jiwa.

Adanya gangguan jiwa di keluarga mempengaruhi fungsi keluarga. Keluarga yang berfungsi dengan baik akan dapat memberikan perawatan pada anggota

keluarganya dengan baik namun sebaliknya pada keluarga yang tidak menjalankan fungsi keluarga dengan baik maka akan mempengaruhi klien. Darwis (2007) mengatakan banyak keluarga tidak membawa pulang klien karena malu, merasa terganggu, tidak mampu merawat dan sebagainya. Akibatnya, kapasitas rumah sakit menjadi tidak mencukupi. Keluarga yang keberatan menerima kembali klien di lingkungan keluarga akan menambah beban klien akibatnya klien tidak betah di keluarga dan merasa nyaman di rumah sakit. Penerimaan keluarga ini sangat penting bagi kesembuhan klien karena apabila klien sembuh akan mempengaruhi fungsi keluarga.

Masalah lain yang dirasakan keluarga dengan adanya gangguan jiwa di keluarga dapat mempengaruhi kemampuan ekonomi keluarga dalam membayar biaya rumah sakit. Biaya yang harus dikeluarkan keluarga cukup tinggi. Keluarga diharuskan mengunjungi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa di rumah sakit secara rutin, padahal belum tentu jarak rumah sakit dengan tempat tinggal klien dekat sehingga membutuhkan biaya untuk transportasi dan akomodasi.

Berbagai macam cara dipilih keluarga untuk mencapai fungsi keluarga. Penelitian terkait pernah dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga dengan gangguan jiwa di rumah di Botswana. Hasilnya bahwa merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa membuat keluarga bingung, sedih dan merupakan penderitaan tiada habisnya. Pemberi perawatan dituntut untuk melakukan koping setiap hari, menjadi tidak jujur dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan, manipulatif, akomodatif, menerima dan negosiasi terhadap situasi yang terjadi.

Besarnya dampak yang ditimbulkan gangguan jiwa terhadap keluarga khususnya yang merawat perlu diantisipasi dengan cara

salah satunya adalah melakukan berbagai macam penelitian yang dibutuhkan untuk menentukan kebijakan pelaksanaan terapi keluarga yang dibutuhkan keluarga ketika merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Melalui penelitian ini, diharapkan *home visit* yang dilakukan oleh perawat puskesmas akan membantu meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Berdasarkan wawancara dengan perawat penanggung jawab program jiwa di Puskesmas Galur II didapatkan data bahwa jumlah pasien gangguan jiwa di Desa Banaran sebanyak 75 pasien, angka ini tertinggi dibandingkan dua desa lainnya yaitu di Desa Nomporejo 30 pasien dan di Desa Kranggan sebanyak 34 pasien. Petugas juga menjelaskan adanya 15 pasien yang tidak kontrol lagi ke puskesmas padahal sebelumnya rutin kontrol, kondisi ini menggambarkan salah satu indikator kemampuan pasien dan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan, maka dapat diasumsikan bahwa *home visit* mampu meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sehingga rumusan masalah dari penelitian ini adalah "Bagaimana pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?" Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Experiment* untuk menilai pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien keluarga dalam merawat anggota keluarga

yang mengalami gangguan jiwa. Penelitian ini merupakan penelitian *Pre-post Experiment* dengan mengukur sebelum dan sesudah diintervensi lalu diukur hasilnya (Notoatmodjo, 2010). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini yaitu semua pasien dan keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang berjumlah 75 orang. Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampelnya adalah pasien dan keluarga yang bertanggungjawab merawat pasien yang mengalami gangguan jiwa di rumahnya. Teknik sampel yang digunakan adalah random sampling sebanyak 11 orang pasien dan keluarga yang akan dilakukan intervensi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertutup dan ceklist. Instrumen yang digunakan untuk intervensi *home visit* menggunakan standar prosedur operasional yang telah disusun oleh peneliti.

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan memberikan kuesioner dan ceklist untuk mendapatkan data kemampuan keluarga dalam merawat. Kemampuan pasien diukur menggunakan ceklist. *Home visit* dilakukan empat kali pertemuan, pertemuan pertama membicarakan tentang cara mengatasi gejala, pertemuan kedua cara memenuhi kebutuhan ADL, pertemuan ketiga cara bersosialisasi dan pertemuan keempat manajemen obat. Kegiatan ini dilakukan selama satu bulan, tiap pertemuan dilakukan selama 60 menit. Pengukuran kemampuan keluarga dilaksanakan satu jam sebelum intervensi dan satu jam setelah dilakukan intervensi pada pertemuan keempat. Dalam proses pengumpulan data, peneliti dibantu oleh dua orang asisten. Data yang diperoleh dilakukan uji normalitas data. Hasilnya diperoleh data

terdistribusi normal sehingga dilakukan uji parametrik menggunakan *paired t Test* (Sugiyono, 2010).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Desa Banaran merupakan desa binaan Puskesmas Galur II Kabupaten Kulon Progo. Desa ini mempunyai angka gangguan jiwa lebih tinggi dibandingkan dua desa lainnya. Pelayanan kesehatan jiwa sudah dilakukan di puskesmas ini. Kunjungan ke rumah pasien dan keluarga dilakukan tetapi tidak terjadwal secara rutin dan materi kunjungan juga tidak terstruktur. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 1.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien adalah 39 tahun (95% CI: 28,96-49,03), dengan standar deviasi 14,93 tahun. Umur termuda responden adalah 22 tahun dan umur tertua 78 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur

responden adalah diantara 28,96-49,03. Sedangkan umur keluarga yang merawat didapatkan rata-rata 52 tahun (95% CI: 44,38-59,80), dengan standar deviasi 11,47. Umur termuda 35 tahun dan umur tertua 72 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur responden adalah diantara 44,38-59,80.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden pasien paling banyak perempuan sebanyak 6 (54,5%) sedangkan responden keluarga paling banyak laki-laki sebanyak 54,5%.

### Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 3 menunjukkan bahwa pendidikan responden pasien paling banyak SMA sebanyak 5 (45,5%) sedangkan responden keluarga paling banyak SD dan SMA sebanyak 4 (36,4%).

**Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur**

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Umur Pasien	39	14,93	22-78	28,96-49,03
Umur Keluarga	52	11,47	35-72	44,38-59,80

Sumber: Data Primer, 2013

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin	Pasien		Keluarga	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Laki-laki	5	45,5	6	54,5
Perempuan	6	54,5	5	45,5
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, 2013

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Pendidikan	Pasien		Keluarga	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Tidak sekolah	1	9,1	0	0
SD	2	18,2	4	36,4
SMP	3	27,2	3	27,2
SMA	5	45,5	4	36,4
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, 2013

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan**

Pekerjaan	Pasien		Keluarga	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Tidak bekerja	6	54,5	0	0
IRT	3	27,2	3	27,2
Buruh	0	0	3	27,2
Swasta	1	9,1	4	36,5
Tani	0	0	1	9,1
Pensiunan	1	9,1	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, 2013

#### Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden pasien sebagian besar tidak bekerja sebanyak 6 (54,5%) sedangkan responden keluarga sebagian besar bekerja swasta sebanyak 4 (36,5%).

**Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan dengan Pasien**

Hubungan	Frekuensi	Persentase
Kakak/adik	3	27,3
Anak	1	9,1
Orang tua	4	36,3
Suami	2	18,2
Tante	1	9,1
<b>Jumlah</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, 2013

#### Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga

Tabel 5 menunjukkan hubungan keluarga dengan pasien, sebagian besar sebagai orang tua, ada 4 orang (36,3%).

#### Analisis Bivariat

Hasil uji statistik pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diuji menggunakan *T Test Paired Test* dan didapatkan hasil seperti pada tabel 6.

Pada tabel 6 tersebut ditunjukkan bahwa rata-rata kemampuan pasien sebelum dilakukan *home visit* adalah 43,63 dengan standar deviasi 7,80. Setelah dilakukan *home visit* didapatkan rata-rata 51,63 dengan standar deviasi 7,01. Terlihat nilai *mean* perbedaan sebelum dan sesudah

**Tabel 6. Distribusi Rata-Rata Skor Kemampuan Pasien Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Home Visit***

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Kemampuan					
Sebelum	43,63	7,80	2,35	0,000	11
Sesudah	51,63	7,01	2,11		

Sumber: Data Primer diolah, 2013

**Tabel 7. Distribusi Rata-Rata Skor Kemampuan Keluarga Sebelum dan Sesudah Dilakukan *Home Visit***

Variabel	Mean	SD	SE	P Value	N
Kemampuan					
Sebelum	11,18	6,20	1,87	0,480	11
Sesudah	12,09	3,36	1,01		

Sumber: Data Primer diolah, 2013

intervensi adalah 8 dengan standar deviasi 4,242. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan *home visit*.

### Kemampuan Keluarga

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat dilihat pada tabel 7.

Pada tabel 7 menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan keluarga sebelum dilakukan *home visit* adalah 11,18 dengan standar deviasi 6,20. Setelah dilakukan *home visit* didapatkan rata-rata 12,09 dengan standar deviasi 3,36. Terlihat nilai mean perbedaan sebelum dan sesudah intervensi adalah 0,909 dengan standar deviasi 4,109. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,480 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan *home visit*.

Kemampuan pasien sebelum dilakukan *home visit* pada skor 43,63 dan meningkat menjadi 51,63 setelah dilakukan

*home visit*, terjadi kenaikan sebanyak 8 poin. Hal ini menunjukkan bahwa *home visit* yang dilakukan tenaga puskesmas selaku penanggung jawab program kesehatan jiwa di masyarakat memberikan dampak positif untuk meningkatkan kemampuan pasien. Hal ini sesuai dengan teorinya Keliat (2012) bahwa adanya perawat *Community Mental Health Nursing* (CMHN) di puskesmas mempunyai tugas salah satunya adalah melakukan kunjungan kepada pasien akan mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi, berdandan, interaksi sosial dan berobat secara teratur.

Kemampuan pasien mengalami peningkatan hal ini didukung oleh pendidikan pasien yang sebagian besar SMA sehingga memudahkan dalam memberikan pendidikan kesehatan. Notoatmodjo (2003) memberikan gambaran bahwa kemampuan meliputi kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam *home visit* ini diberikan ketiga hal tersebut kepada pasien. Kemampuan mengatasi gejala gangguan jiwa yang dialami,

interaksi sosial, kepatuhan minum obat dan penggunaan fasilitas kesehatan yang diberikan pemerintah. Usia pasien yang rata-rata berusia 39 tahun memudahkan transfer kemampuan. Umur menjadi salah satu pendukung terjadinya peningkatan kemampuan pasien dalam menerima materi yang diberikan.

*Home visit* yang dilakukan perawat puskesmas kepada pasien merupakan bagian dari peran, fungsi dan tugas perawat. Apalagi jika dilakukan secara teratur dan terstruktur seperti dalam penelitian ini. Dalam pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), peran perawat jiwa sebagai manajer pelayanan kesehatan jiwa di komunitas dapat memberi kewenangan membentuk kader-kader kesehatan jiwa yang bertugas sebagai kepanjangan tangan perawat puskesmas (Keliat, 2010). Tugas *home visit* bisa berkoordinasi dengan para kader kesehatan jiwa sehingga pasien senantiasa merasa diperhatikan oleh petugas.

Kemampuan keluarga sebelum dilakukan *home visit* rata-rata 11,18 dan meningkat menjadi 12,09, terjadi peningkatan sebanyak 0,909. Peningkatan ini sangat sedikit. Hasil uji statistik memperlihatkan tidak ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga. Hal ini berkaitan dengan beban yang dirasakan keluarga dengan adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan hal sangat berat dan banyak sumber stresor di keluarga yang mempengaruhi keberfungsian keluarga. Menurut Torrey (1988 dalam Arif, 2006) bahwa adanya klien gangguan jiwa dalam keluarga merupakan stresor yang sangat berat yang harus ditanggung keluarga. Keluarga sebagai matriks relasi maka seluruh anggotanya terhubung satu sama lain akan terkena dampak yang besar. Keseimbangan keluarga sebagai suatu sistem mendapatkan tantangan yang besar.

Penelitian terkait pernah dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga dengan gangguan jiwa di rumah di Botswana. Hasilnya bahwa merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa membuat keluarga bingung, sedih dan merupakan penderitaan tiada habisnya. Pemberi perawatan dituntut untuk melakukan koping setiap hari, menjadi tidak jujur dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan, manipulatif, akomodatif, menerima dan negosiasi terhadap situasi yang terjadi. Kondisi inilah yang dialami keluarga dalam penelitian ini. Keluarga mengatakan sangat berat mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Adanya sikap positif akan memudahkan keluarga melakukan perawatan. Psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan (Craven, 2006). Kemampuan psikomotor akan ditunjukkan keluarga dalam keseharian ketika merawat pasien. Aspek tersebut penting dalam perawatan pasien.

Pada penelitian ini tidak semua keluarga mempunyai sikap positif, ada yang mengatakan sama saja begitu-begitu terus. Ini merupakan tantangan besar bagi perawat CMHN untuk membuat metode baru yang mampu membangun sikap positif keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Stuart dan Laraia (2005) juga menjelaskan bahwa keyakinan positif terhadap suatu pengobatan akan mempercepat kesembuhan pasien. Untuk itulah diperlukan sikap positif keluarga dalam melakukan perawatan kepada pasien.

Tidak adanya pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga juga didukung usia keluarga yang merawat pasien

rata-rata berusia 52 tahun. Sehingga kemampuan menangkap informasi dan kemampuan untuk meningkatkan kemampuan pasien kurang mendukung. Sehingga dibutuhkan peran serta masyarakat melalui kader kesehatan jiwa untuk membantu mendampingi keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien gangguan jiwa. Adanya kader kesehatan jiwa sangat membantu keluarga memonitor dan mengevaluasi perkembangan kemampuan pasien sekaligus melaporkan segera ke perawat jiwa puskesmas apabila terjadi kekambuhan pasien gangguan jiwa (Keliat, 2010).

Beard dan Gillespie, (2001 dalam Fortinash dan Worret, 2004) mengemukakan bahwa tidak semua keluarga cukup kuat untuk mengatasi tuntutan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Anggota keluarga mungkin akan mengalami kesulitan untuk membicarakan masalah yang mereka temukan selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya rahasia dalam keluarga tentang anggota keluarga yang mengalami gangguan adalah hal yang umum sehingga tidak mudah mendapatkan informasi dari pemberi perawatan keluarga maupun anggota keluarga lainnya.

Pada beberapa kasus, keluarga juga mengalami disfungsi dan tidak mampu memberi *support* yang penting bagi klien. Kadang-kadang anggota keluarga tidak mampu berperan atau menyelesaikan tugasnya dengan berbagai alasan. Ketidakmampuan sering terjadi selama waktu stres dan transisi terutama jika keluarga mengalami kecaman/ejekan.

Pada penelitian ini juga tidak semua keluarga terbuka menerima kunjungan dari petugas kesehatan. Ada hal-hal yang tidak bisa mereka ceritakan secara terbuka dan menganggap sebagai aib keluarga yang tidak perlu diceritakan. Padahal kondisi ini akan menambah beban keluarga selama merawat pasien. *Home visit* dengan memberikan

psikoedukasi bagi keluarga diharapkan mampu mengatasi permasalahan keluarga. Sesuai teori Stuart (2009) bahwa psikoedukasi keluarga, *triangle therapy* mampu memberikan solusi bagi keluarga dalam memberikan perawatan pasien gangguan jiwa.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan pembahasan dapat disimpulkan bahwa kemampuan pasien sebelum dilakukan *home visit* rata-rata 43,63 dan meningkat menjadi 51,63 setelah dilakukan *home visit*. Kemampuan keluarga sebelum dilakukan *home visit* rata-rata 11,18 dan meningkat menjadi 12,09 setelah dilakukan *home visit*. Ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari di Desa Banaran dan tidak ada pengaruh *home visit* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Banaran.

### Saran

Diharapkan kepala desa Banaran bekerjasama dengan Puskesmas Galur II memberikan dukungan dengan melakukan pendampingan secara terstruktur kepada keluarga dan pasien untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Diharapkan penanggung jawab program keperawatan jiwa di Puskesmas Galur II melakukan *home visit* secara terjadual untuk pasien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Bagi pasien diharapkan dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang diberikan saat *home visit* dalam kehidupan sehari-hari. Peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian menggunakan metode lain yang dilakukan saat *home visit* untuk meningkatkan kemampuan keluarga dan dilakukan dalam jumlah sampel yang lebih besar.

## DAFTAR RUJUKAN

- Arif, I. S. 2006. *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Cetakan Pertama. PT Refina Aditama: Bandung.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi VI. Rineka Cipta: Jakarta.
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. 2006. *Fundamental of Nursing Human Health and Function*. Fifth edition. Williams & Wilkins: Lippincott.
- Darwis, Y. 2007. *50 Persen Orang Gila Terlantar di RSJ*, (Online), (<http://www.banjarmasin.post.co.id/content/view/4131/297/>), diakses 31 Januari 2008.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007*. Laporan Nasional 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Fortinash & Worret. 2004. *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Mosby: St. Louis.
- Hidayat, A. A. A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Salemba Medika: Jakarta.
- Keliat, B.A. & Akemat. 2012. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC: Jakarta.
- Keliat, B.A. 2010. *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga (CMHN Intermediate Course)*. EGC: Jakarta.
- Notoatmojo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (Edisi Revisi). Rineka Cipta: Jakarta.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Hukum dan HAM.
- Seloilwe, E.S. 2006. Experineces and Demands of Families with Mentally Ill People at Home in Botswana, *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3): 262-268.
- Stuart, G. W. 2009. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th edition). Mosby Elsevier: Canada.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7<sup>th</sup> edition). Mosby: St Louis.
- Sugiyono. 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Cetakan ke-16. Alfabeta: Bandung.
- Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC: Jakarta.

# **PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN KEJADIAN TIDAK DIINGINKAN (KTD)**

**Ag. Sri Oktri Hastuti**

Akper Panti Rapih Yogyakarta

E-mail: Oktri\_07@yahoo.com

**Abstract:** This research aims at giving an overview on the patient safety behavior application to prevent unwanted circumstances in Panti Rapih Hospital Yogyakarta. The approach used in this research was a cross-sectional approach. The population was the employee of Panti Rapih Yogyakarta Hospital. The number of the respondents was 373 respondents selected by using simple random sampling. The result showed that the highest positive response of the patient safety behavior was the development of organization learning aspect (81.67%). Meanwhile, the number of incident reports (21.09%) needed more attention from the management. In conclusion, this research on patient safety behavior was not optimally achieved.

**Keywords:** adverse event, patient safety behavior, incident report.

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran penerapan budaya Keselamatan Pasien (KP) untuk mencegah Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) di RS Panti Rapih Yogyakarta. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *cross-sectional*. Populasi adalah karyawan RS Panti Rapih Yogyakarta. Responden sejumlah 373 dipilih dengan metode *simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya KP yang memiliki respon positif tertinggi adalah aspek pengembangan belajar organisasi (81,67%), sedangkan yang paling membutuhkan perhatian manajemen adalah banyaknya pelaporan insiden (21,09%). Kesimpulan dari penelitian ini adalah budaya KP untuk pembelajaran belum tercapai secara optimal.

**Kata kunci:** kejadian tidak diinginkan (KTD), budaya keselamatan pasien, pelaporan insiden.

## PENDAHULUAN

Keselamatan Pasien/KP (*Patient Safety*) merupakan isu global dan merupakan komponen penting dari mutu pelayanan kesehatan serta sebagai komponen kritis dalam manajemen mutu RS (WHO, 2005). Fokus terhadap Keselamatan Pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* (AE) di rumah sakit. Data menunjukkan bahwa angka kejadian KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 3–16% (WHO, 2005) dan hampir 50% diantaranya adalah kejadian yang dapat dicegah (Cahyono, 2008, Yahya, 2011).

KTD selain berdampak pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan dapat pula membawa rumah sakit ke area *blaming*. Kondisi tersebut dapat menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan lain dengan pasien, dan tidak jarang yang berakhir dengan tuntutan hukum yang sangat merugikan rumah sakit (Depkes RI, 2006). Data KTD di Indonesia masih sulit diperoleh secara lengkap dan akurat, tetapi dapat diasumsikan bahwa angka kejadiannya tidaklah kecil (PERSI-KKP-RS, 2011).

Reason (1998) berpendapat bahwa sistem pelaporan yang mengutamakan pembelajaran dari kesalahan ke perbaikan sistem pelayanan merupakan dasar dari budaya keselamatan. Upaya menciptakan budaya keselamatan merupakan langkah pertama sebagaimana tercantum dalam konsep “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit” di Indonesia. Hambatan terbesar dalam memperbaiki pelayanan kesehatan yang lebih aman adalah budaya organisasi kesehatan (Cooper, 2008). Budaya organisasi merupakan sistem nilai-nilai, keyakinan dan kebiasaan bersama dalam organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan norma perilaku (Cahyono, 2008).

Beberapa contoh upaya membangun budaya KP adalah JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) di Amerika, sejak tahun 2007 telah menetapkan penilaian tahunan terhadap budaya keselamatan sebagai target KP, sedangkan NPSA (*National Patient Safety Agency*) di Inggris mencantumkan budaya keselamatan pasien sebagai langkah pertama dari *Seven Step to Patient safety*.

Instrumen untuk survei budaya keselamatan pasien yang dirancang untuk seluruh pekerja di RS adalah HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) yang dilakukan oleh Soora dan Nieva (2004), terdiri atas 12 dimensi budaya keselamatan dan 2 dimensi *outcome*. Pengukuran budaya KP di RS penting dilakukan untuk menilai bagaimana sikap, persepsi, kompetensi individu dan perilaku orang/kelompok menentukan komitmen dalam meminimalkan insiden di rumah sakit.

Rumah Sakit Panti Rapih (RSPR) adalah rumah sakit swasta tipe B yang berada di wilayah Yogyakarta, dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan menempatkan pasien menjadi fokus utama. Gerakan keselamatan pasien telah dimulai pada tahun 2006 dengan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien RS. Dengan 370 kapasitas tempat tidur dan tingginya kompleksitas pelayanan kesehatan yang ada sangat dimungkinkan terjadinya cedera/insiden yang merugikan pasien dan rumah sakit.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini difokuskan pada permasalahan budaya kerja, yaitu sejauh mana budaya kerja dapat membentuk budaya keselamatan (yang tercermin dalam 12 dimensi keselamatan pasien) dalam melakukan tugas profesinya masing-masing. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh data tentang penerapan budaya keselamatan pasien untuk mencegah KTD dan untuk mendapatkan gambaran tentang

karakteristik responden, gambaran budaya keselamatan, gambaran persepsi karyawan tentang level budaya keselamatan serta gambaran persepsi responden terhadap angka pelaporan insiden.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah seluruh karyawan dalam berbagai profesi yang bekerja di seluruh unit RSPR sejumlah 1.200 orang. Jenis sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*, sejumlah 35% dari total populasi yaitu 420 karyawan.

Menurut AHRQ bila menghendaki respon *rate* (angka formulir dijawab lengkap) lebih dari 60% (>60), maka dibutuhkan formulir survei 30-50% dari jumlah total responden. Dari 420 kuesioner yang disebarkan, yang kembali dan memenuhi kriteria untuk dilakukan tabulasi sejumlah 373 kuesioner.

Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 1 Juni sampai dengan 6 Agustus 2012 dengan menggunakan instrumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

(Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang disusun oleh AHRQ (*American Hospital Research and Quality*). Instrumen ini dirancang untuk mengukur opini karyawan rumah sakit terhadap isu keselamatan pasien, *medical errors*, dan pelaporan insiden yang terdiri atas 42 item pertanyaan dalam 12 dimensi keselamatan pasien yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya serta sudah digunakan di beberapa negara untuk mengukur tingkat budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

Karena keterbatasan, penulis tidak melakukan uji validitas dan uji reliabilitas ulang sebelum digunakan. Data yang diperoleh diolah dengan program SPSS versi 15, dianalisis dengan menghitung frekuensi respon setiap item setelah data dikelompokkan dalam 12 dimensi keselamatan dan analisis univariat dalam bentuk distribusi frekuensi.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Karakteristik Responden Berdasarkan Profesi di Rumah Sakit**

Data tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berprofesi seba-

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Profesi/Jabatan di RS Panti Rapih Yogyakarta tahun 2012**

No.	Jabatan	Frekuensi	Persentase
1	Dokter	7	1, 88
2	Asisten Apoteker	16	4, 29
3	Teknisi	3	0, 80
4	Perawat	179	47, 99
5	Ahli Gizi	2	0, 54
6	Analisis Lab	12	3, 22
7	Radiografer	5	1, 34
8	Apoteker	3	0, 80
9	Administrasi	57	15, 28
10	Sanitarian	3	0, 80
11	Satpam	4	1, 07
12	Lain-lain ( <i>cleaning service, asisten perawat, )</i>	80	21, 45
<b>Jumlah</b>		<b>373</b>	<b>100,00</b>

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Unit Kerja di RS Pant Rapih Yogyakarta tahun 2012**

No.	Unit Kerja	Frekuensi	Persentase
1	Rawat Inap	123	32,97
2	Rawat Jalan	46	12,33
3	Farmasi	19	5,09
4	Fisioterapi	3	0,80
5	IGD dan Ruang Operasi	19	5,09
6	Laboratorium	40	10,72
7	Non Medis (LHK, keu, tenik, RM)	61	16,35
8	Maternal	15	4,04
9	PGPM (gizi)	18	4,83
10	Pelayanan Medis	5	1,34
11	Lain-lain	24	6,44
<b>Jumlah</b>		<b>373</b>	<b>100,00</b>

gai perawat (47,99%), tenaga administrasi sebesar 15,28%, analisis laboratorium sebanyak 3,22%, radiografer 1,34%, satpam sejumlah 1,07% dan apoteker sejumlah 0,8%. Melihat data tersebut dapat diketahui bahwa profesi perawat merupakan jenis profesi yang terbanyak jika dibandingkan dengan jenis profesi lain. Menurut Yahya (2011) semua profesi yang bekerja di suatu rumah sakit memiliki risiko untuk melakukan suatu kesalahan (*error*).

Perawat bekerja dan bersama pasien selama 24 jam, sekitar 60% dari keterampilan yang ada di rumah sakit adalah keterampilan keperawatan. Untuk mengantisipasi terjadinya KTD, seluruh perawat bekerja dengan menggunakan SOP (standar operasional prosedur) yang ada di rumah sakit.

#### **Karakteristik Responden Berdasarkan Unit Kerja**

Seluruh karyawan yang berkarya di RS Pant Rapih terbagi dalam 44 unit kerja (Tabel 2). Responden yang paling besar adalah yang berkarya di unit rawat inap yaitu sebanyak 32,97%. Karyawan yang bekerja di seluruh unit di RS Pant Rapih berisiko untuk terjadi kesalahan/KTD. Untuk itulah

semua profesi di seluruh unit harus memahami tentang budaya keselamatan pasien, bekerja sesuai SOP yang ada dan mengupayakan keselamatan pasien sebagai fokus dalam pelayanan di unit kerjanya masing-masing. Hal ini sesuai dengan pendapat Cahyono (2008) yang menyatakan bahwa KTD dapat terjadi dimana-mana dan kapan saja di seluruh unit pelayanan di rumah sakit yang sangat kompleks dan beragam.

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Bekerja di RS Pant Rapih Yogyakarta tahun 2012**

Lama Bekerja di RSPR	Frekuensi	Persentase
Kurang dari 1 tahun	30	8,09
1 – 5 tahun	88	23,72
6 – 10 tahun	38	10,24
11 – 15 tahun	63	16,98
16 – 20 tahun	78	21,02
21 tahun atau lebih	74	19,95

Dari hasil pengumpulan data diketahui bahwa sebagian besar responden (23,72%) berada pada rentang 1-5 tahun bekerja di

rumah sakit, sedangkan yang bekerja selama kurang dari 1 tahun merupakan jumlah yang terkecil, yaitu 8,09%. Robbins (2003) berpendapat bahwa ada hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas kerja. Jika dikaitkan dengan sistem jenjang karier profesi perawat yang disusun oleh Depkes RI (2006) rentang pengalaman kerja antara 1–5 tahun di rumah sakit setara dengan tingkatan perawat antara perawat klinik I (*novice*) dan perawat klinik II (*advance beginners*). Kondisi ini kurang aman dan perlu diwaspadai oleh pihak manajemen karena perawat dengan masa kerja tersebut rata-rata berusia sekitar 21–25 tahun yang merupakan usia rentan untuk mencari pengalaman baru atau pun usia (menjelang pernikahan) sehingga memungkinkan untuk pindah bekerja karena mengikuti suami ataupun alasan lain.

**Budaya Keselamatan Dalam 12 Dimensi Keselamatan**

Dari hasil pengumpulan data (Tabel 4) dapat diketahui area budaya keselamatan yang mempunyai respon positif tinggi

(>75%) dan area budaya yang membutuhkan pengembangan (respon positif <50%).

Area kekuatan budaya keselamatan pasien yang mempunyai respon kekuatan tinggi adalah aspek pengembangan budaya belajar berkelanjutan (81,67%), aspek kerja tim antar unit dengan respon positif sebesar 79,30% dan aspek dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien (respon positif 75,68%). Dari survei ini dapat diketahui area budaya keselamatan yang masih membutuhkan pengembangan yaitu aspek banyaknya pelaporan insiden dengan respon positif sebesar 21,09%, aspek ketenagaan/SDM (Sumber Daya Manusia) memiliki respon positif sebesar 43,12%, aspek respon tanpa hukuman dengan respon positif sebesar 41,81%.

Budaya organisasi berunsurkan nilai-nilai atau keyakinan (*core value*) yang berfungsi sebagai perekat organisasi, yang dijadikan dasar dalam membentuk perilaku setiap individu dalam organisasi dalam rangka mencapai visi organisasi. Nilai-nilai yang dimaksud diantaranya adalah

**Tabel 4. Gambaran Budaya Keselamatan dalam 12 Dimensi Keselamatan di RS Panti Rapih Yogyakarta 2012**

No.	Aspek Budaya KP	Persentase Respon Positif
1	Belajar berkelanjutan organisasi	81, 67
2	Kerja tim dalam unit kerja	79, 30
3	Upaya atasan dalam meningkatkan KP	61, 18
4	Dukungan manajemen terhadap KP	75, 68
5	Persepsi keseluruhan mengenai KP	61,01
6	Komunikasi dan Umpan balik mengenai KP	57, 40
7	Keterbukaan komunikasi	53, 36
8	Banyaknya pelaporan insiden	21, 09
9	Kerja tim antar unit	64, 83
10	Sumber daya manusia	43, 12
11	Pergantian shift dan transfer pasien antar unit	63, 48
12	Respon tanpa hukuman untuk kesalahan	41, 81

melaporkan dan membahas kesalahan/KTD tanpa bersikap menyalahkan, bekerja secara *teamwork* dan memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem. Jika dikaitkan dengan teori Reiling (2006) dalam Setyawati (2010), budaya keselamatan terdiri atas *informed culture*, *reporting cultur*, *just culture* dan *learning culture*.

### ***Informed Culture***

Keselamatan pasien telah diinformasikan ke seluruh karyawan. Di RS Panti Rapih telah dibentuk tim keselamatan pasien rumah sakit dan telah dideklarasikan sejak bulan Desember 2010. Sampai saat ini tim keselamatan pasien ini tetap eksis dan berhasil mengadakan berbagai macam kegiatan dan pelatihan-pelatihan baik internal maupun eksternal dalam upaya menurunkan KTD. Dukungan manajemen dirasakan baik oleh seluruh karyawan yang ditunjukkan dengan hasil pengumpulan data pada aspek dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien mendapatkan respon positif sebesar 75,68%.

Data lain yang terkait dengan aspek budaya dalam kerja tim dalam unit juga menunjukkan respon positif yang cukup tinggi yaitu mencapai 79,30%. Hal ini menggambarkan bahwa semangat bekerja sama dan saling mendukung untuk terlaksananya program keselamatan pasien telah terbangun dengan baik. Kondisi ini terjadi karena budaya kerja yang selama ini terbentuk di RS Panti Rapih sudah baik. Melihat kesadaran seluruh karyawan dan dukungan manajemen yang baik, menumbuhkan harapan bahwa program keselamatan pasien yang dicanangkan akan berjalan dengan baik sehingga mampu meminimalkan adanya KTD.

### ***Reporting Culture***

NPSA (*The National Patient Safety Agency*) menempatkan pelaporan sebagai satu dari tujuh langkah keselamatan pasien,

pelaporan dianggap sebagai bagian yang sangat penting dalam upaya membangun keselamatan pasien. Dengan berjalannya proses pelaporan yang baik (non punitif/tidak menghukum, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem), hasilnya dapat dimanfaatkan sebagai pembelajaran dan berguna untuk menentukan prioritas pemecahan masalah, serta untuk monitoring dan evaluasi keberhasilan dalam penerapan program.

Menurut Cahyono (2008) budaya yang dapat menghambat program keselamatan pasien diantaranya adalah ketakutan terhadap hukuman, cara memandang suatu kesalahan/KTD dimana penyebab KTD dipandang sebagai kesalahan personal dan bukan sistem, respon terhadap kesalahan/KTD dimana masih terdapat *naming* (mencari siapa yang salah), *blaming* (menyalahkan) dan mencari “kambing hitam” pada saat terjadi kesalahan, serta menutupi kejadian KTD, sistem pelaporan yang tidak praktis dan pelaporan yang berujung sanksi. Hasil sebuah penelitian yang dilakukan oleh Tucker dalam Cahyono (2008), para perawat cenderung melakukan penyesuaian diri dengan lingkungan yang tidak aman dan nyaman daripada harus membicarakan ataupun melaporkan suatu kesalahan yang mengakibatkan cedera.

Keterbukaan komunikasi yang dirasakan oleh karyawan masih perlu mendapat perhatian. Hal ini dibuktikan dengan penilaian aspek komunikasi dan umpan balik mengenai insiden keselamatan mendapatkan penilaian respon positif sebesar 57,40%. Pelaporan insiden mendapatkan respon positif yang paling rendah, yaitu sebesar 21,09%. Keadaan ini membuktikan bahwa manfaat pelaporan insiden belum sepenuhnya dipahami oleh karyawan, sehingga mereka belum terbiasa melaporkan kejadian kesalahan di unitnya masing-masing.

Menurut Hopskin (2002) budaya pelaporan sangat tergantung pada cara organisasi mengatasi *blaming* dan penegakkan disiplin, sedangkan menurut Arjaty Daud (2011) masalah yang sering muncul dalam pelaporan insiden diantaranya adalah bahwa laporan masih dipersepsikan sebagai “pekerjaan tambahan” perawat dan laporan sering disembunyikan/*under report* karena takut disalahkan, terlambat dalam pelaporan dan laporan miskin data karena ada *blame culture*.

Data lain terkait dengan budaya keselamatan khususnya aspek Sumber Daya Manusia (SDM)/ketenagaan, masih mendapatkan respon positif sebesar 43,12%. Hal ini menunjukkan bahwa karyawan merasa bekerja dengan beban kerja yang tinggi sehingga mudah lelah dan masih enggan untuk melaporkan jika melakukan kesalahan. Beban kerja yang terlalu tinggi dapat sebagai penyebab kegagalan aktif (*active failure*) yang ikut berkontribusi terhadap terjadinya insiden di rumah sakit (NPSA, 2004). Ilyas (2011) menyatakan bahwa SDM merupakan kunci yang sangat penting untuk kemajuan dan keberhasilan organisasi, maka kualitas dan kuantitas SDM rumah sakit harus direncanakan dengan baik. Jika kekurangan ketenagaan ini tidak segera diatasi maka kemungkinan KTD akan mudah terjadi.

### **Just Culture**

Herkutanto (2009) menyampaikan bahwa keselamatan pasien sebenarnya tidak terletak dalam diri seseorang, alat/departemen secara individual, tetapi muncul dari interaksi komponen-komponen sebuah sistem dan berada dalam konteks pelayanan yang berkualitas.

Penilaian responden terhadap respon tanpa hukuman untuk kesalahan mendapatkan penilaian respon positif sebesar 41,81%. Dengan demikian dapat dipahami

bahwa sebagian karyawan merasakan bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka, dan bila melaporkan suatu insiden yang utama dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya, selain itu karyawan masih merasa khawatir bahwa kesalahan yang mereka buat akan dicatat dalam penilaian kinerja mereka. Keterbukaan komunikasi mendapatkan respon positif sebesar 53,36%. Hal ini menunjukkan bahwa karyawan belum merasa bebas membicarakan tentang segala sesuatu yang berdampak negatif pada pasien dan belum merasa bebas menanyakan hal tersebut kepada atasan.

### **Learning Culture**

Hasil pengumpulan data memperoleh gambaran bahwa aspek belajar berkelanjutan pada organisasi mendapatkan respon positif paling tinggi, yaitu 81,67%. Kondisi ini menunjukkan bahwa seluruh karyawan memiliki semangat belajar yang tinggi dan mudah menyerap informasi baru. Menurut Yahya (2006) bahwa nafas dari *Patient Safety* adalah belajar (*learning*) dari KTD yang terjadi pada masa lalu dan untuk selanjutnya akan disusun langkah-langkah agar kejadian serupa tidak akan terulang kembali.

Jika pelaporan insiden belum menjadi budaya di seluruh unit, maka proses pembelajaran belum berjalan dengan baik karena budaya pembelajaran dalam keselamatan pasien dimulai dari proses pelaporan insiden dan selanjutnya dianalisis sampai dengan ditemukannya akar masalah yang dapat digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki sistem kerja yang berguna dalam menurunkan statistik KTD.

Budaya pelaporan insiden yang dilaporkan dalam satu tahun terakhir ini menurut persepsi responden (tabel 5) adalah sebagian besar (46,92%) menyatakan tidak

**Tabel 5. Gambaran Persepsi Responden terhadap Angka Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS Panti Rapih Yogyakarta tahun 2012**

Banyaknya Pelaporan IKP dalam 12 Bulan Terakhir	Frekuensi	Persentase
Tidak ada laporan	175	46,92
1—2 laporan	101	27,05
3—5 laporan	38	10,19
6—10 laporan	22	5,90
11—20 laporan	14	3,75
21/lebih laporan	23	6,17
<b>Jumlah</b>	<b>373</b>	<b>100</b>

ada pelaporan, sebesar 27,05% menyatakan terdapat 1-2 pelaporan, dan hanya 6,17% responden yang menyatakan melaporkan 21 atau lebih kejadian. Dari data tersebut diketahui bahwa sebagian karyawan telah memahami bahwa penting untuk melaporkan insiden kepada tim keselamatan pasien jika terjadi KTD di unit kerjanya, namun sebagian responden belum melaporkan adanya insiden.

Salah satu program utama dalam penerapan keselamatan pasien rumah sakit adalah pelaporan insiden keselamatan pasien. Melalui sistem pelaporan dan investigasi yang baik dapat diungkap jenis kesalahan, jenis cedera, kegagalan petugas, kondisi lingkungan yang memudahkan terjadinya kesalahan. Data yang diperoleh melalui sistem pelaporan dapat dianalisis dan digunakan untuk membuat rekomendasi untuk memperbaiki sistem yang ada.

Dari tabel 6 dapat diketahui bahwa persepsi responden tentang pentingnya keselamatan pasien di seluruh unit RSPR sudah tumbuh baik. Hal ini ditunjukkan dengan penilaian (persepsi) tingkat budaya keselamatan oleh sejumlah 216 responden (57,91%) menyatakan baik, dan sejumlah 107 responden (28,69%) menyatakan bisa diterima, dan hanya 1 responden (0,27%) yang

**Tabel 6. Gambaran Persepsi Responden tentang Tingkat Budaya KP di RS Panti Rapih Yogyakarta 2012**

Aspek	Frekuensi	Persentase
Sempurna	26	6,97
Baik	216	57,91
Bisa diterima	107	28,69
Sedang	23	6,17
Buruk	1	0,27
<b>Jumlah</b>	<b>373</b>	<b>100,00</b>

menyatakan buruk. Data tersebut memberikan gambaran bahwa program keselamatan pasien sudah diterima dengan baik oleh sebagian besar karyawan, dan telah terlibat aktif dalam pelaksanaan program keselamatan pasien yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien rumah sakit. Perlu ditekankan juga bahwa persepsi baik belum cukup karena masih sebatas kognitif dan belum menunjukkan perilaku yang sesungguhnya.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Budaya keselamatan yang ada di RS Panti Rapih dilihat dari 12 dimensi keselamatan adalah area kekuatan yang memiliki

respon positif paling tinggi adalah aspek pengembangan belajar organisasi (81,67%), sedangkan area budaya keselamatan yang masih membutuhkan perhatian dari manajemen secara khusus dan membutuhkan perhatian pengembangan adalah banyaknya pelaporan insiden yaitu 21,09%.

Gambaran persepsi responden terhadap angka pelaporan insiden adalah sebesar 46,92% responden menyatakan tidak ada pelaporan di unitnya, sedangkan persepsi responden terkait dengan tingkat budaya keselamatan pasien adalah sebesar 216 responden (57,91%) menyatakan baik, sejumlah 107 responden (28,69%) menyatakan bisa diterima, dan hanya 1 responden (0,27%) yang menyatakan buruk.

#### Saran

Saran kepada manajer/pimpinan supaya dapat menciptakan budaya melaporkan KTD dengan cara melakukan sosialisasi secara terus menerus tentang pentingnya melaporkan insiden keselamatan pasien kepada tim KP-RSPR misalnya dengan menyelenggarakan pelatihan khusus tentang pelaporan insiden, mengidentifikasi penyebab rendahnya pelaporan insiden, jika dimungkinkan bisa memberikan hadiah/*reward* bagi karyawan yang melaporkan insiden, sedangkan untuk menciptakan keterbukaan berkomunikasi baik antar staf ataupun dengan pihak manajemen perlu dihidupkan kembali kegiatan informal seperti rekreasi bersama ataupun arisan.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Busroni, Wahid. 2007. *Analisis Penentuan Tarif Rawat Inap: Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman*. Tesis. Diterbitkan. Yogyakarta: MM-UGM.
- Cahyono, Suharjo, J.B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*, cetakan ke-5. Kanisius: Yogyakarta.
- Daud, Arjaty. 2011. *Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis. Materi Workshop: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
- Depkes RI. 2006. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta.
- Herkutanto. 2009. Profil Komite Medis dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerjanya dalam Menjamin Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12 (1).
- Hopskin A, 2002, *Safety Culture, Minfulness and Safe Behavior: Converging Idea*. The Australian National University.
- Ilyas, Y. 2011. *Perencanaan SDM Rumah Sakit, Teori, Metoda dan Formula*. FKM-UI: Jakarta.
- Joann Soora, Veronica Nieva, Ph.D. 2004. Hospital Survey on Patient Safety Culture. *AHRQ Publication*, 04-0041.
- Joint Commission International. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Edisi ke-4. PT Gramedia: Jakarta.
- PERSI-KKP-RS. 2011. *Kumpulan Materi Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis*: Jakarta.
- Raleigh, V.S., Cooper, J., Bremmer, S.a., et.al. 2008. Patient Safety Indicators for England from Hospital Administrative Data: Case-control Analysis and Comparison with US Data. *British Medical Journal*, 337 (a1702).
- Reason, James. 1998. Achiving A Safe Culture: Theory And Practice. *Work & Stress*, 12 (3).

Robbins, Stephen P. 2003. *Perilaku Organisasi*. Edisi ke-10. PT Index Kelompok Gramedia: Jakarta.

Yahya, Adib. 2006. *Konsep dan Program "Patient Safety"*. Makalah disampaikan dalam Proceedings of National Convention VI of The Hospital Quality Hotel Permata Bidakara, Bandung.

\_\_\_\_\_. 2011. *Kumpulan Materi Workshop Keselamatan Pasien & Manajemen Risiko Klinis di RS Panti Rapih*. Yogyakarta.

JKK 9.1.2013 SAY