

PENGARUH STATUS KEPEGAWAIAN TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP

Muhammad Saefulloh
STIKes Indramayu
E-mail: mumet_plumbon@yahoo.co.id

Abstract: This research aims at obtaining the differences between civil servant and non-civil servant performance in Indramayu Regional Hospital. This research is a comparative research study. The sampling technique used in this research was total population sampling technique. A number of 119 respondents were taken as the sample of this research. The statistics showed that there were 63.03% civil servant nurses while the others (36,97%) were not civil servants. The data on this research were taken by using nurse self-assessment performance in giving their service. The result of independent t-test showed value at 0.05. The result of the statistics test showed $p\text{-value} = 0.520$ (α 0.05). In conclusion, there was no meaningful different performance between civil servant nurses and non-civil servant nurses in Indramayu Regional Hospital in 2012.

Keywords: nurses performance, personnel status.

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kinerja perawat PNS dengan Non PNS di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu. Desain penelitian menggunakan studi komparasi. Teknik sampling menggunakan total populasi dengan jumlah responden sebanyak 119 orang. Data diambil menggunakan kuesioner *self assesment* kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Analisis statistik menggunakan *independent t-test* dengan tingkat kemaknaan 0,05. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 63,03% perawat berstatus PNS dan 36,97% berstatus non PNS. Hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value}=0,520$ (α 0,05) artinya tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat PNS dengan non PNS di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu. Hal ini dapat disebabkan perawat yang berstatus non PNS memiliki tanggung jawab yang sama dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Kesimpulan penelitian adalah tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang berstatus PNS dengan non PNS di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu Tahun 2012.

Kata Kunci: kinerja perawat, status kepegawaian.

PENDAHULUAN

Jumlah sumber daya manusia bidang keperawatan di berbagai rumah sakit pada umumnya mencapai 40–60% dari jumlah sumber daya manusia secara keseluruhan di rumah sakit tersebut (Gillies, 2000). Kondisi tersebut menyebabkan pelayanan yang diberikan oleh perawat selama 24 jam akan berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit secara keseluruhan pula. Hal tersebut akan nampak pada kinerja rumah sakit yang dapat diukur dengan pencapaian tujuan rumah sakit.

Kinerja adalah apa yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh karyawan yang mempengaruhi seberapa banyak mereka memberikan kontribusi kepada organisasi, seperti kuantitas *output*, kualitas *output*, jangka waktu *output*, kehadiran di tempat kerja dan sikap kooperatif (Mathis & Jackson, 2002). Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen, dan memberikan kontribusi pada ekonomi (Wibowo, 2009). Dengan demikian kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan oleh seseorang dalam suatu organisasi dan bagaimana cara mengerjakannya, serta hasil yang dicapai dari pekerjaan tersebut sehingga tercapai tujuan organisasi.

Kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan (As'ad, 2003). Kinerja suatu organisasi, misalnya rumah sakit, bukan hasil penampilan satu individu namun merupakan hasil penampilan seluruh individu yang ada di organisasi tersebut. Kinerja perawat adalah tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat dalam suatu institusi pelayanan kesehatan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing-masing, standar praktek serta memperhatikan aspek etik legal. Kinerja perawat pada hakekatnya

adalah terlaksananya asuhan keperawatan terhadap pasien melalui proses keperawatan yaitu berupa aktivitas yang dilakukan secara sistematis melalui lima tahap yakni pengkajian, diagnosis, perencanaan tindakan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Perawat di rumah sakit memiliki peran sebagai perawat klinik (PK), perawat manajer (PM), perawat pendidik (PP) dan perawat riset (PR) (PPNI, 2002). Di rumah sakit, perawat dominan berperan sebagai perawat klinik yaitu pemberi asuhan keperawatan sehingga apabila kita akan melihat kinerja perawat maka yang dilihat adalah hasil yang dicapai oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hasil kinerja perawat di rumah sakit dapat dilakukan melalui pengamatan langsung yaitu proses pemberian asuhan keperawatan (proses asuhan keperawatan) atau laporan dan catatan pasien (dokumentasi) asuhan keperawatan yang telah diberikan (hasil asuhan keperawatan).

Oleh karena itu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2000 telah menetapkan standar praktik keperawatan yang mengacu pada proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien di ruang rawat inap merupakan kegiatan pokok yang sering menjadi barometer tentang baik atau buruknya suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini disebabkan di ruang rawat inap merupakan tempat kontak antara perawat dengan pasien paling sering atau terlalu lama terjadi.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Indramayu dan merupakan rumah sakit pemerintah yang menjadi pusat rujukan kesehatan di tingkat kabupaten. RSUD Kabupaten Indramayu sudah terakreditasi tipe B dengan lima pelayanan

(bidang Administrasi, Pelayanan, Keperawatan, Unit Gawat Darurat dan *Medical Record*) dan masuk kategori BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) sejak tahun 2011.

Visi RSUD Kabupaten Indramayu adalah terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu kepada seluruh lapisan masyarakat Kabupaten Indramayu menuju ke arah kesehatan yang lebih baik. Misinya adalah memberikan pelayanan kesehatan spesialisik yang optimal, menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan untuk wilayah Indramayu, meningkatkan sumber daya manusia, meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit, dan meningkatkan kesejahteraan pegawai (Profil RSUD Kabupaten Indramayu, 2012).

Tabel 1. Indikator Kinerja Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu

Indikator	2010	2011	2012 (s.d. Juli)
BOR (<i>Bed Occupancy Rate</i>)	75,19	86,75	84,6
LOS (<i>Length of Stay</i>)	3	3	3
BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	85	98	58
TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	1	0	1

Sumber: Bid. PPL RSUD Kab. Indramayu Sep. 2012

Tabel 1 menggambarkan sampai dengan bulan Juli tahun 2012 nilai BOR (*Bed Occupancy Rate*) atau tingkat pemanfaatan tempat tidur rata-rata sebesar 84,6%, LOS (*Length of Stay*) atau lamanya hari perawatan di rumah sakit rata-rata selama 3 hari, BTO (*Bed Turn Over*) atau rata-rata satu tempat tidur terpakai dalam satu tahun sebanyak 58 kali per tahun dan angka TOI (*Turn Over Interval*) atau interval waktu tempat tidur tidak ditempati selama 1 hari.

Instalasi rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu memiliki jumlah perawat 149 orang dan kapasitas tempat tidur 177 buah, terdiri dari 9 ruang perawatan yang masing-masing ruangan dipimpin oleh kepala ruangan. Ruang rawat inap tersebut adalah Ruang VIP A (Paviliun Kidang Kencana), Ruang VIP B, Ruang Kelas Satu, Ruang Penyakit Dalam, Ruang Penyakit Bedah, Ruang Penyakit Anak, Ruang ICU (*Intensive Care Unit*), Ruang Bersalin (nifas) dan Ruang Perinatologi.

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu ditemukan data bahwa seluruh perawat RSUD Kabupaten Indramayu baik yang Pegawai Negeri Sipil (PNS) maupun Non PNS (Bukan Pegawai Negeri Sipil) mencatat hasil kegiatan harian pada buku catatan pelaksanaan kegiatan, namun pencatatannya belum rutin dilakukan setiap hari. Secara rutin diadakan penilaian kinerja perawat, khusus untuk perawat yang berstatus PNS penilaian kinerja ditambah menggunakan format Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3) meliputi kesetiaan, prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran, kerjasama, prakarsa dan kepemimpinan. Nilai rata-rata DP3 perawat di RSUD Kabupaten Indramayu adalah 80,00% (kategori baik). Sedangkan untuk perawat yang Non PNS tiak ada penilaian DP3.

Hasil observasi peneliti terhadap sepuluh dokumentasi asuhan keperawatan dari tanggal 28 September–3 Oktober 2012 pada salah satu ruang rawat inap, delapan dokumen sudah diisi tetapi ada dua dokumen diisi setelah tiga hari perawatan. Wawancara peneliti kepada perawat di ruang tersebut menyatakan bahwa penundaan pencatatan dokumen asuhan keperawatan ini disebabkan perawat menerima lebih dari satu pasien baru dalam satu shift.

Perawat mendahulukan pelaksanaan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien atau menghindari keluhan pasien dan keluarga pasien. Dari hasil wawancara didapatkan data ada anggapan bahwa perawat dengan status PNS memiliki tanggungjawab lebih besar daripada non PNS sehingga dalam bekerja harus lebih baik. Hal ini akan terlihat dari cara kerja perawat tersebut.

Menurut Kopelmen (1981) dalam Ilyas (2002) terdapat dua faktor yang mempengaruhi kinerja pegawai yaitu motivasi dan kemampuan. Semakin tinggi motivasi kerja dan kemampuan staf maka semakin tinggi pula kinerja yang dihasilkan, sebaliknya semakin rendah motivasi dan kemampuan staf maka semakin rendah pula kinerjanya. Berkaitan dengan perawat yang bekerja di rumah sakit, motivasi kerja seorang perawat dapat mempengaruhi pelaksanaan pelayanan keperawatan kepada pasien.

Motivasi kerja perawat timbul dari dalam diri perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan. Apabila motivasi kerja perawat baik maka kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan akan baik pula. Sebaliknya apabila motivasi kerja perawat menurun maka akan menimbulkan permasalahan dalam pelayanan keperawatan seperti menurunnya kinerja perawat yang berdampak pada menurunnya kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Teori motivasi menurut Frederick Herzberg (1950) dalam Robbins (1998), Hasibuan (2001), Munandar (2004) yang dikenal dengan teori dua faktor menjelaskan bahwa ada dua faktor yang akan mempengaruhi motivasi seseorang dalam melaksanakan pekerjaannya yaitu faktor motivator dan faktor *hygiene*. Kedua faktor tersebut tidak berdiri sendiri namun akan selalu berkaitan. Faktor motivator meliputi prestasi, pengakuan, pekerjaan itu sendiri,

tanggung jawab, kemajuan dan pertumbuhan. Faktor ini merupakan faktor yang secara konsisten berkaitan dengan kepuasan kerja. Apabila faktor-faktor tersebut terpenuhi maka seseorang akan merasakan kepuasan, sehingga akan mendorong untuk meningkatkan motivasi kerjanya.

Faktor motivator merupakan faktor intrinsik, artinya faktor yang timbul dari dalam diri individu (Robbins, 1998). Faktor *hygiene* meliputi kebijakan dan administrasi perusahaan, supervisi, hubungan dengan supervisor, gaji, hubungan dengan rekan kerja, kehidupan pribadi, hubungan dengan bawahan, status dan keamanan. Faktor ini merupakan yang berkaitan dengan ketidakpuasan. Apabila faktor-faktor tersebut terpenuhi maka seseorang merasa terpenuhi kepuasannya (tidak ada ketidakpuasan) sehingga akan mendorong untuk meningkatkan motivasi kerjanya. Faktor *hygiene* merupakan faktor ekstrinsik, artinya faktor yang timbul dari luar diri individu (Robbins, 1998).

Berdasar analisis terhadap fenomena di atas maka diperlukan informasi spesifik yang menjelaskan perbedaan kinerja perawat pelaksana antara PNS dengan non PNS, sehingga masalah penelitian yang dirumuskan adalah “Apakah ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana PNS dan Non PNS di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu?”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian komparasi. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 119 responden. Status kepegawaian dikelompokkan menjadi PNS dan non PNS. Data kinerja diambil menggunakan kuesioner *self assesment* kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Kuesioner

yang dipakai telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) M.A. Sentot di PatroI Kabupaten Indramayu terhadap 30 responden. Data dianalisis secara univariat dan bivariat (Sabri & Hastono, 1999).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data hasil penelitian dikelompokkan berdasarkan status kepegawaian PNS dan non PNS. Selanjutnya, berdasarkan status kepegawaian tersebut data karakteristik responden dikelompokkan menjadi data numerik dan kategorik.

Hasil analisis data pada tabel 2 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Indramayu berdasarkan jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin perempuan (70,59%) dan berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan DIII keperawatan (82,35%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Indramayu berdasarkan umur memiliki rata-rata umur 31 tahun dengan umur termuda 24 tahun dan umur tertua 42 tahun (95%CI, 29,93 – 32,06 tahun), sedangkan berdasarkan lama kerja memiliki lama kerja rata-rata 5,58 tahun dengan lama kerja terendah 0 tahun dan tertinggi 23 tahun (95%CI, 4,29 – 6,86 tahun)

Tabel 4 menunjukkan bahwa perawat yang berstatus PNS sebanyak 75 responden memiliki kinerja rata-rata 85,54 dengan simpang deviasi 10,27. Ini menunjukkan bahwa secara kuantitas kinerja perawat yang berstatus PNS memiliki kategori baik bila distandarkan dengan DP3 (Daftar Penilaian Prestasi Pegawai) yang selama ini diberlakukan untuk PNS. Untuk perawat yang berstatus non PNS sebanyak 44 responden memiliki kinerja rata-rata 84,32 dengan simpang deviasi 9,62. Ini menunjukkan pula bahwa secara kuantitas kinerja perawat yang berstatus non PNS memiliki kategori baik bila distandarkan dengan DP3 (Daftar Penilaian Prestasi Pegawai) yang selama ini diberlakukan untuk PNS.

Hasil uji statistik didapatkan *p value* 0,520 (α 0,05) sehingga hipotesis nol diterima yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat PNS dengan non PNS di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu. Hasil ini menunjukkan pula baik perawat yang berstatus PNS maupun non PNS memiliki kinerja dengan kategori baik.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu berusia rata-rata 31 tahun. Ini menunjukkan bahwa meskipun

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Pada Kelompok PNS dan Non PNS Di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu Tahun 2012

Variabel	Kelompok PNS		Kelompok Non PNS		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin						
Laki Laki	21	28,0	14	31,8	35	29,41
Perempuan	54	72,0	30	68,2	84	70,59
Tingkat pendidikan						
D III Keperawatan	59	78,7	39	88,6	98	82,35
Ners	16	21,3	5	11,4	21	17,65

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur dan Lama Kerja Pada Kelompok PNS dan Non PNS Di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu Tahun 2012

Variabel	Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Umur	PNS	75	34,75	34	4,92	26 – 48	33,61 – 35,87
	Non PNS	44	27,25	26,50	3,80	22 – 36	26,25 – 28,24
Total		119	31	30,25	4,10	24 – 42	29,93 – 32,06
Lama Kerja	PNS	75	8,25	9	5,63	0 – 25	6,95 – 9,55
	Non PNS	44	2,91	1,50	4,19	0 – 21	1,63 – 4,18
Total		91	5,58	5,25	4,91	0 – 23	4,29 – 6,86

Tabel 4. Analisis Perbedaan Kinerja Perawat PNS dan Non PNS Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Indramayu 2012

Status Pegawai	n	Mean	Med	SD	Min – Max	p value
PNS	75	85,54	89,00	10,27	61 – 96	0,520
Non PNS	44	84,32	87,00	9,62	61 – 96	

perawat di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu memiliki umur rata-rata yang masih muda namun sudah memiliki semangat kerja yang tinggi. Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Gordon (1993) yang menjelaskan semakin tua umur seseorang seharusnya semakin tinggi pula keinginan untuk membuktikan *existence* di tempat kerjanya.

Namun, hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Gibson (1997) dalam Ilyas (2002) bahwa umur berefek tidak langsung terhadap kinerja. Di usia muda biasanya individu ingin berprestasi dan mencari pengalaman yang sebanyak-banyaknya, hal ini dimungkinkan menjadi pendorong kinerja. Meskipun usia masih muda namun tidak menghalangi untuk memiliki kinerja yang baik.

Berdasarkan lama kerja, hasil penelitian menunjukkan bahwa lama kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu rata-rata 5,58 tahun. Robbins (1998) menjelaskan senioritas atau lama kerja seseorang menunjang kinerja pegawai. Hal ini tidak terjadi di RSUD Kabupaten

Indramayu, dimana meskipun lama kerja belum lama (masih junior) namun sudah berkinerja baik.

Berdasarkan jenis kelamin, hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 70,59% berjenis kelamin perempuan. Dengan kondisi lebih dari setengah berjenis kelamin perempuan ternyata memiliki nilai kinerja yang baik. Gibson (1997) dalam Ilyas (2002) menjelaskan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan langsung dengan kinerja. Robbins (1998) menjelaskan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara laki-laki dan perempuan dalam kinerja. Jenis kelamin bukan faktor determinan dalam kinerja. Seorang yang berjenis kelamin laki-laki dapat berkinerja baik atau kurang baik tergantung dari faktor pendorongnya. Begitu pula sebaliknya dengan seorang perempuan.

Berdasarkan tingkat pendidikan, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan perawat di ruang rawat inap RSUD Indramayu sebanyak 82,35% berpendidikan D-III Keperawatan. Dengan

pendidikan tinggi diharapkan perawat memiliki ilmu dan ketrampilan yang cukup dalam bekerja. Sehingga dimungkinkan hal ini menjadi pendorong kinerja yang baik pada diri perawat di RSUD Kabupaten Indramayu.

Berdasarkan status pegawai, hasil penelitian menunjukkan bahwa status pegawai perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu yang berstatus PNS sebanyak 63,03% dan berstatus non PNS sebanyak 36,97%. Perawat PNS memiliki kinerja rata-rata 85,54 dan perawat non PNS memiliki kinerja rata-rata 84,32. Selisih kinerja antara perawat PNS dengan non PNS adalah 1,22 poin. Berdasarkan analisis lanjutan didapatkan *p value* 0,52 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan kinerja antara perawat yang berstatus PNS dengan non PNS (α 0,05; 95% CI).

Hasil uji statistik tersebut dapat dipahami karena secara kuantitas perbedaan kinerja antara PNS dan non PNS sebesar 1,22 poin dalam rentang nilai 0 – 100 tentu saja tidak berarti karena hanya berbeda 1,22% dan secara kualitas berdasarkan nilai DP3 skor 85,54 dan 84,32 berada pada kategori yang sama yaitu kategori baik.

PNS merupakan salah satu perangkat negara yang diangkat oleh pemerintah dengan tugas memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kehidupan PNS dijamin oleh negara dalam hal pemenuhan kehidupan yang layak bagi kehidupan manusia meliputi sandang, pangan, dan papan untuk seluruh anggota keluarga inti.

Jaminan negara untuk PNS meliputi juga untuk pendidikan lanjutan dalam rangka peningkatan kompetensi yang dapat menunjang kinerjanya. Dengan jaminan tersebut diharapkan PNS dapat melayani masyarakat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. PNS merupakan abdi masyarakat sehingga tertuntut untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat sebagai konsumen. Halnya dengan pera-

wat, salah satu konsumennya adalah pasien sehingga perawat memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan yang terbaik sesuai standar praktek yang telah dikeluarkan oleh PPNI.

Perawat PNS merupakan bagian dari PNS yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan kepada masyarakat khususnya di instansi pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah rumah sakit yang diselenggarakan oleh pemerintah. Sama dengan PNS pada umumnya, perawat PNS oleh negara diberikan hak antara lain gaji pokok, tunjangan jabatan (fungsional atau struktural), tunjangan istri/suami dan anak, tunjangan kesehatan, tunjangan bantuan uang muka rumah, tunjangan pensiun, dan fasilitas-fasilitas lain yang diterima misalnya cuti sakit, cuti tahunan, dan cuti melahirkan.

Hak-hak tersebut diberikan oleh negara sebagai timbal balik atas kesediaannya menjalankan kewajiban sebagai abdi masyarakat, sehingga sudah seharusnya seorang perawat PNS memiliki kinerja yang baik yang diwujudkan saat pemberian pelayanan keperawatan. Bahkan di beberapa rumah sakit milik pemerintah, selain hak tersebut perawat mendapat tunjangan tambahan dari rumah sakit. Halnya dengan perawat non PNS, mereka mendapatkan hak dari rumah sakit yang kuantitasnya hampir sama seperti PNS namun tidak sebesar dan selengkap PNS. Di beberapa rumah sakit, baik perawat PNS maupun non PNS mendapat fasilitas tambahan yaitu bebas biaya perawatan bagi dirinya dan anggota keluarga inti bila dirawat di rumah sakit dimana yang bersangkutan bekerja.

Meskipun hak yang diterima antara perawat PNS dan non PNS tidaklah sama namun tidak menghalangi perawat non PNS untuk memberikan kinerja yang terbaik untuk rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Meskipun berdasarkan tingkat pendidikan ada perbedaan wewenang dalam

pemberian pelayanan keperawatan namun berdasarkan umur, lama kerja dan jenis kelamin seluruh perawat harus memberikan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan. Seluruh perawat wajib memberikan pelayanan yang berkualitas di unit kerjanya masing-masing, misal bagian penyakit dalam, penyakit bedah, bagian perawatan anak atau unit yang lainnya.

Adanya kesamaan kewajiban perawat dalam pemberian pelayanan kepada pasien harus dapat menjadi dorongan bagi rumah sakit agar dapat mempertahankan kondisi lingkungan yang dapat meningkatkan kinerja perawat terutama yang menjadi ujung tombak dalam pemberian pelayanan terhadap pasien karena semakin tinggi kinerja staf maka semakin tinggi pula produktivitas yang dihasilkan, sebaliknya semakin rendah kinerja maka semakin rendah pula produktivitasnya, yang pada akhirnya akan berimbas pada produktivitas rumah sakit. Upaya tersebut misalnya melalui persamaan perlakuan antara perawat PNS dan non PNS, mengembangkan modul rekrutmen perawat dengan status non PNS.

Terlepas dari hasil penelitian, dalam studi pendahuluan ditemukan fenomena penundaan pencatatan dokumen asuhan keperawatan. Penting untuk mendapatkan perhatian yang serius dan pengelolaan yang lebih baik dari rumah sakit, mengingat beberapa resiko dan dampak yang dapat timbul berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Seperti yang diungkapkan oleh Nursalam (2001) bahwa dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Melalui dokumentasi, seluruh kegiatan perawat yang diberikan kepada pasien akan terlihat dan

dapat menjadi bukti di mata hukum. Dengan demikian menjadi hal yang penting bagi suatu organisasi termasuk rumah sakit untuk dapat menciptakan suatu upaya meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan karena kualitas dokumentasi dapat menjadi gambaran hasil kinerja perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat yang berstatus PNS dengan non PNS. Hasil penelitian ini menyimpulkan pula kedua kelompok memiliki kinerja yang baik dalam pemberian asuhan keperawatan.

Saran

Peneliti menyarankan kepada rumah sakit agar tetap memberikan perlakuan yang sama dan tidak ragu-ragu apabila akan melakukan rekrutmen perawat dengan status non PNS. Bagi perawat pelaksana agar selalu mempertahankan kinerja yang sudah baik. Bagi peneliti lain disarankan melakukan penelitian lanjutan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana baik perawat yang berstatus PNS maupun non PNS. Bagi keilmuan manajemen keperawatan yaitu mengembangkan modul rekrutmen perawat sehingga dapat memperoleh perawat yang memiliki kinerja baik dalam pemberian asuhan keperawatan.

DAFTAR RUJUKAN

- As'ad, M. 2003. *Psikologi industri*. Liberty: Yogyakarta.
- Gillies, Dee Ann. 2000. *Manajemen Keperawatan sebagai Suatu Pendekatan Sistem*. Yayasan IAPKP: Bandung.

- Gordon, Judith R. 1993. *Organizational behavior: A Diagnostic Approach to Organizational Behavior*. Needham Height: Allyn and Bacon.
- Hasibuan, M. 2001. *Manajemen sumber daya manusia*. Ed revisi. Bumi Aksara: Jakarta.
- Ilyas, Y. 2002. *Kinerja teori, penilaian dan penelitian*. Cetakan Ketiga. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI: Depok.
- Mathis, R.L., Jackson, J.H. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Buku 2. Salemba Empat: Jakarta.
- Munandar, A.S. 2004. *Psikologi industri dan organisasi*. Edisi Keenam. Universitas Indonesia: Jakarta.
- Nursalam. 2001. *Proses & Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Salemba Medika: Jakarta.
- PPNI. 2000. *Standar praktek keperawatan*. PPNI: Jakarta.
- _____. 2002. *Pedoman umum penyelenggaraan pendidikan berkelanjutan bagi perawat*. PPNI: Jakarta.
- Robbins, S. 1998. *Perilaku organisasi: Konsep Kontroversi, Aplikasi. Versi Bahasa Indonesia*. PT Prenhalindo: Jakarta.
- RSUD Kabupaten Indramayu. 2012. *Profil RSUD Kabupaten Indramayu*. Indramayu.
- Sabri, L. & Hastono, S.P. 1999. *Modul Mata Ajar Biostatistik dan Statistik Kesehatan*. FKM UI: Depok.
- Wibowo. 2009. *Manajemen Kinerja*. Rajawali Pres: Jakarta.

JKK 9.1.2013

PENGALAMAN ORANG DENGAN HIV/AIDS MENDAPATKAN PERAWATAN KELUARGA: STUDI FENOMENOLOGI

Suratini, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
Email: anisa_tini@yahoo.com

Abstract: The purpose of this study is to reveal the meaningful experience of people with HIV/AIDS who had a care treatment in their family. This research is a qualitative research design with phenomenological descriptive approach. The data collected by interviewing nine respondents in Kulon Progo Regency and analyzed by using Collaizi technique. The result of the study revealed 13 themes, those who declined and those who accepted their HIV/AIDS in front of their family. Based on these inventions of the themes above, it was expected for the district nurses community to provide holistic family interpersonal skills course to the families of people living with HIV/AIDS so that they could treat the people with HIV emphatically.

Keywords: people with HIV/AIDS, care, family

Abstrak: Tujuan penelitian ini adalah memahami arti dan makna pengalaman orang dengan HIV/AIDS mendapatkan perawatan keluarga. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara pada sembilan partisipan di wilayah Kabupaten Kulon Progo. Analisis data menggunakan tehnik *Collaizi*. Hasil penelitian ditemukan 13 tema yaitu orang dengan HIV memiliki respon menolak saat terkena HIV/AIDS dan respon menerima terhadap penyakit HIV/AIDS. Berdasarkan tema tersebut disarankan agar perawat komunitas dapat memberikan pelatihan ketrampilan asuhan keperawatan secara holistik kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan HIV/AIDS sehingga mampu merawat dengan empati.

Kata kunci: orang dengan HIV/AIDS, perawatan, keluarga

PENDAHULUAN

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Penyakit infeksi HIV/AIDS hingga saat ini merupakan masalah kesehatan darurat global karena angka kejadian dan kematian yang masih tinggi (Nasronudin, 2007). Perjalanan penyakit HIV sangat progresif merusak kekebalan tubuh. Kebanyakan orang dengan HIV akan meninggal dalam beberapa tahun setelah tanda pertama AIDS muncul dan tidak mendapatkan pelayanan serta terapi yang tepat (Departemen Kesehatan RI, 2010).

Menurut Judarwanto (2008) di seluruh dunia lebih dari 20 juta orang meninggal sementara 40 juta orang telah terinfeksi. Fakta yang lebih memprihatinkan adalah di seluruh dunia setiap hari virus HIV menular kepada sekitar 2.000 anak di bawah 15 tahun, terutama berasal dari penularan ibu-bayi, menewaskan 1.400 anak di bawah 15 tahun dan menginfeksi lebih dari 6.000 orang muda dalam usia produktif antara 15 sampai dengan 24 tahun yang juga merupakan mayoritas dari orang-orang yang hidup dengan HIV dan AIDS.

AIDS menduduki peringkat ke-4 penyebab kematian pada orang dewasa di seluruh dunia. AIDS juga menyebabkan usia harapan hidup turun lebih dari 10 tahun di beberapa negara (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2009). Menurut UNAIDS (2001) dan Departemen Kesehatan RI (2010) upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dilakukan dengan *prevention of mother to child transmission* (PMTCT). Program pencegahan HIV/AIDS di masyarakat saat ini adalah *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) yang terbukti efektif bagi pencegahan HIV dan memudahkan orang mengakses berbagai pelayanan kesehatan yang dibutuh-

kan. Menurut Judarwanto (2008) tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lambat dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang dan membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan dan biaya yang dibutuhkan semakin besar.

ODHA mengalami masalah sosial antara lain dianggap sebagai benda asing tetapi menarik bagi kebanyakan masyarakat. Menurut Dermatoto (2008) ODHA diperlakukan berbeda dengan orang lain, dalam pergaulan dikucilkan oleh teman bahkan oleh keluarganya sendiri. Ketakutan diperlakukan berbeda membuat ODHA membatasi diri dengan orang lain. ODHA takut membagi pengalamannya, takut menyatakan bahwa dirinya sakit dan membutuhkan pertolongan orang lain.

Abdullah (2008) mengemukakan bahwa keyakinan diri yang rendah pada penderita HIV/AIDS akan menyebabkan penderita mengalami *hipochondria*, penderita seringkali memikirkan kehilangan, kesepian dan perasaan berdosa atas segala yang dilakukannya sehingga menyebabkan mereka kurang menitik beratkan langkah-langkah penjaagaan kesehatan dan kerohanian mereka.

Hasil penelitian Nasution (2000) memaparkan begitu individu terinfeksi AIDS, penderita mengalami *shock*. Penderita mengalami depresi berat, sehingga menyebabkan penyakit makin lama makin berat, timbul berbagai infeksi oportunistik, penderita makin tersiksa. Biaya pengobatan tambah besar, jenis penyakit bertambah banyak, obat yang dikonsumsi harus tambah banyak, dengan berbagai efek samping, yang memperparah keadaan penderita.

Ollich (2007) mengidentifikasi infeksi HIV saat ini belum ditemukan pengo-

batannya, sehingga sangat memungkinkan bagi pasien yang tidak mempunyai koping individu efektif akan mengalami kecemasan dan depresi. Dari 15 orang penderita HIV/AIDS yang di rawat inap, yang tidak depresi ada 2 orang (13,33%), depresi ringan 6 orang (40,00%), depresi sedang 5 orang (33,34%) dan depresi berat 2 orang (13,33%).

Peran keluarga sangat besar dalam memberikan dukungan terhadap upaya meningkatkan kualitas hidup klien HIV/AIDS, terutama dalam memenuhi kebutuhan akan perawatan hidup sehari-hari. Fungsi perawatan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga memberikan arti penting terhadap kehidupan penderita HIV/AIDS dalam mengatasi keluhan-keluhan akibat penyakit yang dideritanya. Keluarga sangat berpengaruh besar terhadap kesehatan fisik anggota keluarganya (Campbell, 2000 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010).

METODE PENELITIAN

Menurut Streubert dan Carpenter (2003), metode fenomenologi deskriptif dapat menggali, menganalisa dan menjelaskan fenomena dari pengalaman yang nyata secara rinci, luas dan mendalam. Siegelberg (1975) dalam Streubert & Carpenter (2003) menyatakan ada tiga langkah dalam fenomenologi deskriptif yaitu *intuiting, analyzing and describing*.

Realitas perawatan orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan keluarga di Kabupaten Kulon Progo merupakan suatu hal yang sangat subyektif dan interpretatif sehingga pendekatan fenomenologi deskriptif dapat digunakan dalam penelitian ini. Penelitian ini melibatkan sembilan partisipan, menggunakan wawancara tidak terstruktur (wawancara mendalam) dan observasi dengan menggunakan *field note* sebagai alat pengumpulan data. Analisis data dalam studi kualitatif didasarkan pada penafsiran data.

Peneliti menafsirkan setiap informasi yang didapatkan dari partisipan dan mencoba menyimpulkan beberapa informasi yang sesuai dengan tujuan dari penelitian. Peneliti mengumpulkan sejumlah data yang sangat besar yang kemudian dikurangi menjadi suatu pola tertentu, kategori atau tema (Creswell, 1998).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah sembilan orang dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak lima orang dan perempuan sebanyak empat orang. Usia partisipan bervariasi, yaitu antara usia 32 sampai dengan 47 tahun.

Tingkat pendidikan partisipan sangat bervariasi mulai dari Sekolah Dasar empat orang, Sekolah Menengah Pertama dua orang, Sekolah Menengah Atas atau Kejuruan dua orang dan satu orang lulusan Perguruan Tinggi. Pekerjaan partisipan adalah buruh satu orang, petani empat orang, wiraswasta tiga orang dan ibu rumah tangga yang tidak bekerja satu orang. Partisipan berasal dari suku Jawa delapan orang dan suku Melayu satu orang.

Lamanya partisipan terdeteksi HIV/AIDS mulai dari tiga bulan sampai dengan lima tahun. Seluruh partisipan tinggal dan hidup bersama keluarga dan yang berpartisipasi merawat adalah istri, suami, anak, orang tua, mertua. ODHA yang tinggal bersama keluarga besar (*extended family*) ada tujuh orang sedangkan yang tinggal dengan keluarga inti (*nuclear family*) ada dua orang. Adapun hasil penelitian dapat dilihat dari hasil analisis tematik sebagai berikut.

Analisis Tematis

Pada penelitian ini ditemukan 13 tema yang terkait dengan arti dan makna pengalaman orang dengan HIV/AIDS menda-

patkan perawatan keluarga sebagai berikut.

Respon partisipan terdiagnosis HIV/AIDS akan memberikan gambaran tentang situasi yang berhubungan dengan perilaku pada saat pertama kali partisipan didiagnosis menderita HIV/AIDS. Respon ini menunjukkan bagaimana seorang individu yang awalnya sehat, akhirnya didiagnosis menderita HIV/AIDS. Respon saat didiagnosis HIV/AIDS menolak ataupun menerima tergantung dari kondisi partisipan saat itu.

Tema 1. Respon Menolak Pasien (Menyangkal, Depresi dan Tawar Menawar)

Respon menolak dapat diungkapkan partisipan dengan respon terkejut dan tidak percaya ketika terkena HIV/AIDS sebagai berikut:

“saya benar tidak menyangka saya kan tidak pernah selingkuh dan berbuat seks selain dengan suami-ku kok bisa ya kena HIV?” (P.5)

Partisipan ketika tahu terkena HIV/AIDS mengalami depresi berupa putus asa, kekhawatiran dan kesedihan yang mendalam. Ungkapan partisipan dapat dilihat sebagai berikut:

“kayaknya tidak ada harapan di masa depan” (P.7)

“saya merasa berat dunia ini terasa berat kayak mau kiamat” (P.2)

Tema 2. Respon Menerima Terhadap HIV/AIDS

Adapun respon penerimaan tersebut terungkap dari ungkapan partisipan melalui kepasrahan dan ketegaran. Hal tersebut dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“saya benar-benar ingin memperbaiki diri saya ke jalan Tuhan” (P.7)

“setelah diketahui saya menjadi membuka diri ya berubah hidupnya menjadi lebih baik” (P.3)

Tema 3. Masalah Fisik

Masalah fisik yang sering dialami oleh orang dengan HIV/AIDS antara lain penyakit sistem gastrointestinal, sistem integumen, sistem pernafasan dan penyakit kelamin. Partisipan yang menderita sistem gastro intestinal biasanya terkena sariawan melalui ungkapan sebagai berikut.

“bibir dalam itu kering ada banyak luka kekuning kuningan sakit banget tuk makan dan banyak banget tidak kunjung sembuh” (P.6)

Selain itu partisipan juga ada yang mengalami diare yang terungkap sebagai berikut.

“diare terus dan tidak pernah sembuh padahal lebih dari satu bulan” (P.4)

Pada sistem pernafasan mengalami TBC dan depresi pernafasan. Hal tersebut dapat dilihat dari ungkapan sebagai berikut.

“batuk-batuk berdahak kental selama lebih satu bulan minum obat batuk tidak sembuh-sembuh juga, lama banget” (P.6)

Sedangkan untuk penyakit kelamin yang dialami ODHA adalah herpes dan gonorrhoe, hal tersebut dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

“kencingnya banyak nanahnya sakit dan badannya demam tinggi” (P.7)

Tema 4. Masalah Psikososial

Masalah psikososial yang dialami ODHA antara lain menarik diri, harga diri rendah dan menyalahkan diri. Ungkapan partisipan yang menarik diri adalah sebagai berikut.

“saya banyak menyendiri gak mau bergaul ama teman-teman dan tetangga juga saudara” (P.5)

Sedangkan ungkapan partisipan yang merasa harga dirinya rendah (minder) dapat diungkapkan sebagai berikut.

“saya tu merasa gak percaya diri saat bergaul dengan tetangga sejak kena sakit B 20” (P.8)

Tema 5. Masalah Sosial

Masalah sosial yang dialami ODHA berasal dari sikap lingkungan dan keluarga yang kurang mendukung antara lain tidak bersahabat, curiga, dan mengisolasi. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

“menyindiri kalau aku ketemu di jalan... dia bilang ke orang-orang jangan dekat dekat entar ketularan” (P.8)

“waktu sakit itu mereka juga bertanya saya diet apa dan minum obat apa kenapa kok jadi hitam dan kurus badanmu” (P.4)

Sikap keluarga yang tidak mendukung meliputi sedih, marah, dan malu. Hal tersebut terlihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

“Istri saya marah dia ngomelin saya setiap hari kenapa saya pakai tato sambil menangis” (P.3)

Tema 6. Masalah Ekonomi

Masalah ekonomi yang dialami ODHA antara lain tidak memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan, sumber keuangan dan kecukupannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ungkapan partisipan yang berkaitan dengan keberatan biaya sebagai berikut.

“untuk biaya pengobatan ya akhirnya jual tanah bagian saya” (P.6)

Sedangkan ungkapan partisipan yang berkaitan dengan sumber keuangan yang berasal dari keluarga sebagai berikut.

“saya gak punya duit, saudara-saudara saya yang kasih duit tuk berobat ke RS dr Sardjito” (P.1)

Tema 7. Spiritual Orang dengan HIV/AIDS

Spiritualitas teridentifikasi dari menjalankan ibadah dan tidak menjalankan ibadah. ODHA menjalankan ibadah dengan baik selama sakit yang meliputi menjalankan

sholat, puasa, zakat, sholat sunah, banyak berdoa. ODHA yang beragama Islam lebih taat dalam menjalankan sholat wajib hal ini terungkap dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

“saya sekarang sholatnya lebih taat dan selalu menjalankan sholat lima waktu” (P.8)

“setiap hari hanya berdoa dan berdoa dan menangis tobat semuanya” (P.5)

Akan tetapi ada ODHA yang selama sakit tidak pernah menjalankan ibadah baik sholat maupun puasa. Hal tersebut terlihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

“saya selama ini tidak pernah menjalankan sholat lima waktu” (P.6)

Tema 8. Kepatuhan ARV

ODHA dalam penelitian ini secara rutin menjalani pengobatan HIV/AIDS dengan mendapatkan obat ARV (*Anti Retro Viral*). Pemberian ARV diberikan pada setiap bulan dan bisa diakses di rumah sakit dengan *Care Support Treatment* di masing-masing daerah.

Dalam menjalani pengobatan ODHA patuh minum obat walaupun terkadang efek sampingnya sangat banyak dalam kehidupan sehari-harinya. Partisipan patuh dalam minum obat baik waktu maupun pengambilannya. Hal ini terungkap melalui pernyataan partisipan berikut.

“harus tertib obatnya ya kalau jam 6 pagi maka yang sore harus diminum jam 6 sore tepat” (P.1, P.2, P.4 dan P.9).

“sekarang setiap bulan sekali harus mengambil obat ARV ke rumah sakit Sardjito” (P.1, P.2, P.3, P.4, P.5).

Tema 9. Stigma Masyarakat

Stigma ODHA sangat mengganggu aktivitas partisipan dalam kehidupan sehari-

harinya yang berupa perlakuan tidak baik akibat takut tertular dan membuang pakaian.

“Masyarakat bersikap seperti ini tanggung ada yang hajatan akan tetapi saya tidak diundang, pas seribu hari kematian suami saya tetangga tidak ada yang mau datang karena takut tertular melalui makanan” (P.2)

Masyarakat juga takut tertular melalui pakaian ODHA sehingga partisipan disuruh membuang semua pakaian suaminya. Hal tersebut terungkap dari ungkapan partisipan sebagai berikut.

“Sadis-sadis yang orang sekitar rumahku ini katanya penyakit menular ada yang menyuruh buang pakainnya buang kasurnya disuruh buang ya saya buang di sungai, semua yang dipakai suamiku saya buang” (P.5)

Tema 10. Diskriminasi Pelayanan Kesehatan

Partisipan merasakan adanya diskriminasi dalam pelayanan kesehatan antara lain perlakuan yang berbeda, tidak mau merawat dan mencemooh partisipan. Perlakuan berbeda dirasakan partisipan berdampak ketidakpuasaan dan sakit hati, seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut.

“sewaktu saya sakit, saya tidak dapat kamar; katanya semua bangsal penuh dan disuruh pulang. Padahal saya sudah ambruk di depan poliklinik tidak bisa berdiri tetapi petugas kesehatan tidak ada yang peduli” (P.2)

Tema 11. Perawatan yang Dilakukan Keluarga Sesuai Dengan Tugas Kesehatan Keluarga

Pada tema ini ditemukan keluarga mengenali masalah kesehatan, mengambil

keputusan, merawat klien dengan HIV/AIDS, melakukan modifikasi lingkungan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Keluarga juga dapat melakukan perawatan kepada ODHA dengan optimal. Kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan memberikan dampak psikologis yang besar terhadap ODHA selama sakit. Hal tersebut terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut.

“Mandi di mandiin dengan dilap ditempat tidur” (P.6)

“mereka ingatkan minum obat jika saatnya minum obat belum minum obat” (P.4)

Tema 12. Bersikap Empati

ODHA sangat menginginkan tindakan perawatan yang dilakukan oleh keluarga penuh ketanggapan, kesabaran, perhatian dan tidak membeda-bedakan. Ini terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut.

“ya otomatis kalau kakak saya sakit kakakku dah ribut ayo tak anter periksa ya, kalau sakit ya langsung dianter ke rumah sakit” (P.1)

“orang tua saya merawat dengan penuh kesabaran dan kasih sayang” (P.4)

ODHA mengharapkan mendapatkan motivasi untuk memberikan semangat agar dapat menjalani hidup walaupun sudah terkena HIV/AIDS. Hal tersebut terungkap melalui ungkapan partisipan sebagai berikut.

“keluarga saya sesudah sakit justru memberikan semangat tuk bekerja lebih keras, menabung untuk hari tua, berobat rutin, menghindari seks bebas dan segera untuk menikah” (P.4)

Tema 13. Dukungan Keluarga

Makna pengalaman orang dengan HIV/AIDS mendapatkan perawatan keluarga di wilayah Kabupaten Kulon Progo

teridentifikasi melalui dukungan yang diberikan oleh keluarga. Bentuk dukungan keluarga berupa dukungan instrumental, penghargaan dan emosi. Dukungan keluarga sangat membantu partisipan dalam menjalankan fungsi dan perannya dalam kehidupan bermasyarakat. Hal tersebut terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut.

“keluargaku dah tahu betul kebutuhanku jadi semua dah disiapkan ya uang dan kebutuhan lainnya” (P.1)

“trus keluarga yang lain bisa kasih saya bantuan uang sekedarnya untuk berobat karena saat ini saya dah tidak punya uang” (P.8)

Dukungan emosi sangat dibutuhkan ODHA berupa perhatian dan semangat. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut

“Perhatian dan kesabaran waktu merawat sehingga saya termotivasi untuk bertahan dengan keadaan sakit HIV” (P.9)

Kubler-Ross (1969) dalam Suliswati (2005) menyatakan bahwa reaksi pertama individu terhadap kehilangan adalah terkejut, tidak percaya, merasa terpukul dan menyangkal. Secara sadar maupun tidak sadar seseorang yang berada dalam tahap ini menolak semua fakta, informasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan hal yang dialaminya. Individu merasa hidupnya tidak berarti lagi.

Dalam penelitian ini ditemukan masalah fisik yang dialami meliputi masalah pada sistem gastrointestinal, masalah pada sistem pernafasan, masalah pada sistem integumen, masalah pada sistem penglihatan dan penyakit kelamin. ODHA mengalami infeksi oportunistik sesuai dengan stadium/ fase penyakit.

Hasil penelitian Agustriadi dan Suta (2008) di Rumah Sakit Sanglah Bali didapatkan infeksi pada sistem pernafasan

yang tersering adalah 65% penderita AIDS mengalami komplikasi *pulmonal* dimana *Pneumonia Caranii* merupakan infeksi oportunistik tersering, diikuti infeksi *Mycobacterium Tuberculosis*, pneumonia bakterial dan jamur, sedangkan pneumonia viral lebih jarang terjadi.

Hasil penelitian Sasanti, Irmagita dan Indriasti (2006) terdapat sekitar 30-50% *candida albican* pada rongga mulut orang dewasa sehat, 45% pada neonatus, 45-65% pada anak-anak sehat, 50-65% pada pasien yang memakai gigi palsu lepasan, 65-88% pada orang yang mengkonsumsi obat-obatan jangka panjang, 90% pada pasien leukemia akut yang menjalani kemoterapi dan 95% pada pasien HIV/AIDS.

Pada penelitian ini ditemukan masalah psikososial antara lain adalah harga diri rendah pada ODHA. ODHA mengalami berbagai bentuk beban yang dialami diantaranya adalah dikucilkan keluarga, diberhentikan dari pekerjaan, tidak mendapat layanan medis yang dibutuhkan, tidak mendapat ganti rugi asuransi sampai menjadi bahan pemberitaan di media massa.

Hasil penelitian Kodja (2010) menunjukkan bahwa sebagian besar klien di BPRS Dadi Makassar yang mengalami gangguan konsep diri adalah harga diri rendah 60% dan yang mengalami kerusakan interaksi sosial dengan menarik diri 70%. Ada hubungan yang bermakna antara gangguan konsep diri (harga diri rendah) dengan kerusakan interaksi sosial (menarik diri) pada klien di BPRS Dadi Makassar. Stuart dan Sundeen (1998) menyatakan menarik diri adalah suatu keadaan pasien yang mengalami ketidakmampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain atau dengan lingkungan di sekitarnya secara wajar.

Respon sosial dan emosional yang maladaptif sering sekali terjadi dalam kehidupan sehari-hari, khususnya sering dialami pada ODHA menarik diri. Sikap

lingkungan dalam penelitian ini setelah terkena HIV/AIDS adalah tidak bersahabat, ada yang berkata-kata menyakitkan, ada yang mendiamkan dengan tidak menegur dan menyapa, curiga dan mengisolasi ODHA. Adanya stigma-stigma itu memunculkan sikap-sikap diskriminatif. Akibatnya, hak-hak orang dengan HIV/AIDS menjadi tidak terpenuhi. Banyak yang tidak mau bergaul dengan mereka. Enggan berdekatan, tidak mau berjabat tangan, tidak mau memeluk mereka, semua dengan alasan takut tertular.

Masalah spiritualitas pada orang dengan HIV/AIDS meliputi peningkatan ibadah yang dilakukan oleh ODHA dengan menjalankan sholat lima waktu, puasa, zakat, puasa sunah dan banyak berdoa. Spiritualitas adalah sebuah konsep pribadi sikap dan keyakinan yang terkait dengan Allah (O'Brien, 2003).

Pada penelitian ini ditemukan makna perawatan orang dengan HIV/AIDS adalah dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap ODHA. Bentuk dukungan yang didapat dalam keluarga berupa dukungan instrumental, penghargaan dan dukungan emosional. Saronson (1991) menerangkan bahwa dukungan sosial dapat dianggap sebagai sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya.

Menurut Heardman (1990) keluarga merupakan sumber dukungan sosial, karena didalam keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai diantara anggota keluarga. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan bilamana individu sedang mengalami permasalahan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Kehidupan ODHA merupakan suatu penderitaan baginya. Penderitaan tersebut disebabkan karena tidak menginginkan penyakit HIV/AIDS ada dalam dirinya. Respon yang dominan adalah menolak. Penyakit HIV/AIDS menyebabkan banyak masalah kesehatan baik fisik, sosial, ekonomi, psikososial dan spiritual pada diri ODHA. Masalah kesehatan pada ODHA menyebabkan berbagai keterbatasan, sehingga membutuhkan orang lain yang membantu untuk mengatasi masalahnya. ODHA memaknai pengobatan ARV harus dijalankan dengan penuh kepatuhan terutama waktu minum obat walaupun banyak menimbulkan efek samping pada ODHA.

Penyakit HIV/AIDS menyebabkan penderitanya mengalami masalah stigma dan diskriminasi. Stigma dan diskriminasi yang dirasakan ODHA membuat dirinya menutup diri terhadap orang lain. ODHA mengalami gangguan dalam berinteraksi sosial yang berasal dari dirinya sendiri maupun dari orang lain disekitar dirinya. ODHA yang tinggal bersama keluarga dilakukan perawatan secara maksimal oleh keluarga. Kemampuan keluarga merawat ODHA sangat tergantung dari keluarga dapat mengenal masalah kesehatan dalam keluarga, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Saran

Harapan orang dengan HIV/AIDS pada penelitian ini adalah mendapatkan perawatan oleh keluarga yang penuh dengan empati. Perawatan yang penuh empati merupakan bentuk dukungan sosial dari keluarga. Makna perawatan orang dengan HIV/AIDS yang dilakukan oleh keluarga adalah dengan memberikan dukungan

berupa dukungan instrumental, emosi dan penghargaan pada ODHA, yang memegang peranan penting dalam kehidupannya.

DAFTAR RUJUKAN

- Abdullah, A. F. 2008. *Membangun Positive Thinking Secara Islam*. Gema Insani: Jakarta.
- Agustriadi, O., Sutha B.I. 2008. Aspek Pulmonologis Infeksi Oportunistik pada Infeksi HIV/AIDS. *Jurnal Ilmu Penyakit Dalam*, 9 (3).
- Creswell, W.J. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design*. Sage Publication.Inc: California.
- Depertemen Kesehatan RI. 2010. *Strategi Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007*. Jakarta: Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat.
- Dermatoto, A. 2008. *ODHA Masalah Sosial pada Pemecahannya*. Publikasi Ilmiah Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Surakarta : Universitas Sebelas Maret.
- Friedman, M.M., Bowden, R.V & Jones, G.E. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktik*. Edisi 5. EGC: Jakarta.
- Heardman. 1990. *Apa Itu Dukungan Sosial*, (Online), (<http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-dukkungan-sosial.html>), diakses 22 Juni 2011.
- Judarwanto, W. 2008. *HIV dan AIDS Mengancam Gerenasi Muda*, (online), (<http://www.wikimu.com/News/Print.aspx?id=11946>), diakses 20 Januari 2011.
- Kodja. B. 2010. Hubungan Gangguan Konsep Diri dengan Kerusakan Interaksi Sosial Menarik Diri Klien Gangguan Jiwa di BPRS Dadi Makasar. *Media kesehatan*, IV (2).
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2009. *HIV dan AIDS Sekilas Pandang*. Edisi 2. KPAN: Jakarta.
- Nasronudin. 2007. *HIV/AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis dan Sosial*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Nasution, Rizali, dkk. 2000. *AIDS Kita Bisa Kena, Kita Bisa Cegah (10 Esai Terbaik Kelompok Perguruan Tinggi dan SMU/Kejuruan)*. Manora: Jakarta.
- O'Brien M. E. 2003. *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground*. Edisi 2. Jones and Bartlet: Boston.
- Ollich, J. 2007. *Derajat Depresi Penderita HIV/AIDS yang Dirawat Inap di RS Wahidin Sudirohusodo Periode bulan Mei 2007*, (online), (www.pdskjijaya.org/abstrak/Free%20Paper%20V.doc), diakses 25 Desember 2010.
- Saronson. 1991. *Apa Itu Dukungan Sosial*, (Online), (<http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-dukkungan-sosial.html>), diakses 22 Juni 2011.
- Sasanti, A., Irmagita & Indriasti W. 2006. *Oral Health Profile of Person with HIV at Pokdisus AIDS-RSCM*, (online), (Preliminary report. <http://staff.ui.ac.id/internal/130611236/material/IHVCB-UI290107.pdf3>), diakses 26 Juni 2011.
- Stuart, W & Sundeen, J. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3. EGC: Jakarta.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. 2003. *Qualitative Research in Nursing. Advancing The Humanistic Imperative*. Edisi 3. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Suliswati dkk. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC: Jakarta.

UNAIDS. 2001. *The Impact of Voluntary Caounseling and Testing: A Global Review of The Benefit and Challenges*, (online), (<http://www.uniads.org>), diakses 28 Januari 2011.

JKK 9.1.2013 SAY

HUBUNGAN ANTARA KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN POSYANDU DENGAN FREKUENSI KUNJUNGAN IBU BALITA

Rahmi Nur Fitri Handayani, Tenti Kurniawati

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: tenti_a@yahoo.com

Abstract: This study aims at determining the correlation between the quality of *Posyandu* health care service and mothers visit at *Posyandu* XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta. This research used the analytical correlation survey method with the cross-sectional approach. The sampling technique used in this research was total sampling technique. The respondents, therefore, were the total number of mothers who regularly visits the *Posyandu* (44 mothers). The data analyzed by *Kendall-Tau*. The result showed that the τ value was 0.471 at the significant level of $\alpha = 0.05$ resulted the value of $p = 0.001$, it meant $p < \alpha$. A number of 28 mothers (63.6%) were categorized into high visit frequency, while 22 others (50.0%) were categorized as fairly regular visit. The conclusion is there was a correlation between the quality of *Posyandu* health care and the frequency of mothers visit at *Posyandu* XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta.

Keywords: *posyandu*, the quality of the health care service, visit frequency

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan frekuensi kunjungan ibu balita di *Posyandu* XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan metode survei analitik korelatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel penelitian sebanyak 44 ibu balita yang diambil dengan menggunakan teknik total sampling. Analisis data menggunakan uji korelasi *Kendall Tau* menunjukkan bahwa nilai $\tau=0,471$ pada tingkat signifikan $\alpha = 0,05$ menghasilkan nilai $p = 0,001$, yang berarti $p < \alpha$. Sebanyak 18 ibu (63,6%) dikategorikan mempunyai frekuensi kunjungan teratur dan sebanyak 22 ibu (50,0%) memiliki frekuensi kunjungan cukup teratur. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan *posyandu* dengan frekuensi ibu balita yang berkunjung di *Posyandu* XI, Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta.

Kata kunci: *posyandu*, kualitas pelayanan kesehatan, frekuensi kunjungan

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan dilaksanakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat. Peran serta masyarakat dalam berbagai upaya pembangunan kesehatan antara lain dapat dilihat dari Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang berkembang dengan pesat baik dalam bentuk Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Obat Desa (POD) maupun Dana Sehat. Rasio posyandu terhadap desa pada tahun 1999 sudah melebihi 90%, artinya hampir setiap desa telah mempunyai sebuah posyandu yang berfungsi untuk mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat (Wijayanti, 2009).

Posyandu adalah salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk pemberdayaan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Departemen Kesehatan RI, 2006). Posyandu menjadi ujung tombak perbaikan gizi anak. Posyandu diasumsikan sebagai salah satu pendekatan yang tepat untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status gizi balita (Adisasmito, 2008).

Posyandu setiap bulannya melakukan kegiatan penimbangan berat badan balita dan hasilnya dicatat dalam buku KIA atau KMS. Catatan KIA bertujuan untuk mengetahui hasil penimbangan apakah garis pertumbuhannya naik, tidak naik atau di bawah garis merah (BGM). Dengan penimbangan anak balita yang dilaksanakan setiap bulan dapat diketahui kecenderungan status gizi seorang anak (Sulistiyorini, 2010). Posyandu memiliki lima kegiatan pokok yaitu keluarga berencana (KB), kesehatan ibu dan anak (KIA), pemantauan gizi anak,

imunisasi dan penanggulangan diare. Semua program posyandu memiliki peran yang penting dalam menurunkan angka kematian bayi (AKB).

Kebijakan pemerintah melalui Surat Edaran Menteri dalam Negeri dan otonomi Daerah Nomor 411.3/1116/SJ tanggal 13 Juni 2001 tentang Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu merupakan acuan upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan dasar dan peningkatan status gizi masyarakat (Sulistiyorini, 2010). Dasar pelaksanaan posyandu yaitu Surat Keputusan Bersama Menteri Dalam Negeri, Menteri Kesehatan dan Kepala BKKBN no.23 tahun 1985, 21/Men.Kes/Inst.B./IV 1985, 112/HK-011/A/1985 tentang penyelenggaraan posyandu (Hikmawati, 2008).

Sekarang ini tercatat sekitar 235 ribu posyandu di seluruh Indonesia. Jumlah posyandu ini diharapkan akan semakin bertambah banyak, sehingga berbagai program kesehatan yang diselenggarakan pemerintah bisa menjangkau warga masyarakat di desa-desa (Ma'sum, 2007). Jumlah posyandu pada tahun 2006 di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta berjumlah 5.572 posyandu, dengan persentase posyandu purnama dan mandiri sebesar 50,47%. Angka ini lebih besar dari target standar minimal yang telah ditetapkan yaitu sebesar 25% (Dinkes DIY, 2007).

Pada data Susenas 2001 ditemukan bahwa 40% balita dilaporkan dibawa ke posyandu dalam satu tahun terakhir dan sekitar 28% balita tidak pernah dibawa ke posyandu sama sekali. Sedangkan 32% balita jarang melakukan kunjungan ke posyandu, atau hanya beberapa kali saja dalam setahun. Fakta ini menunjukkan bahwa, walaupun lebih dari 90 persen desa telah memiliki posyandu yang telah tersebar, namun hanya 40 persen balita yang memanfaatkan pelayanan posyandu secara rutin setiap bulannya (Depkes RI, 2006). Apabila

perilaku berkunjung ke posyandu semakin berkurang maka dapat mengakibatkan tahap tumbuh kembang anak akan terganggu, status gizi anak tidak terpantau dengan baik, dan tujuan dari posyandu itu sendiri juga tidak akan tercapai sehingga sampai menyebabkan angka kecacatan, kematian, serta kesakitan balita akan meningkat.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketidaktifan ibu balita sehingga tidak berkunjung ke posyandu antara lain faktor keluarga meliputi tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, umur balita, kepercayaan, status pekerjaan, tingkat pendapatan dan sikap (Notoatmodjo, 2003). Faktor lingkungan meliputi keterjangkauan (letak dan jarak), sarana dan fasilitas posyandu (Hikmawati, 2008). Faktor kualitas pelayanan kesehatan posyandu meliputi kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, efisiensi, kontinuitas, keamanan, hubungan antar manusia, kenyamanan (Pohan, 2007). Sedangkan menurut Wijono (2000) kualitas dipengaruhi oleh struktur, proses dan *outcome*.

Posyandu XI adalah salah satu Posyandu aktif dari 15 Posyandu di Desa Sidoluhur, Godean, Sleman. Posyandu ini berada di Dusun Serangan, Sidoluhur Godean, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Dari hasil studi pendahuluan, diperoleh data jumlah balita yang ada di Posyandu XI ada 40 anak, jumlah yang hadir (berkunjung) 21 anak sedangkan yang tidak hadir 19 anak. Data penimbangan berat badan yang mengalami kenaikan ada 10, yang mengalami penurunan ada 5 dan yang tetap ada 6, sedangkan berat badan dibawah garis merah tidak ada.

Berdasarkan hasil survei tanya jawab dengan salah satu ibu mengatakan bahwa kader kesehatan yang ada di Posyandu XI terbatas, hanya ada 3 kader kesehatan yaitu kader yang bertugas di meja pendaftaran, kader di meja penimbangan dan kader di

meja pemberian makanan tambahan. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi penurunan kunjungan di Posyandu XI yaitu kurangnya ketrampilan yang dimiliki kader kesehatan, karena ketrampilan merupakan hal penting dalam memantau status kesehatan. Pemantauan kunjungan dari petugas kesehatan Puskesmas yang kurang teratur, rendahnya minat masyarakat untuk mengikuti kegiatan posyandu, kurangnya kemampuan kader kesehatan dalam mengelola dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan posyandu.

Melihat jumlah kunjungan posyandu balita masih kurang, maka penulis tertarik melakukan penelitian mengenai "Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan Posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta".

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian survei analitik korelatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel pada penelitian ini adalah 44 responden, artinya semua ibu yang mempunyai anak balita usia 1-5 tahun di wilayah kerja Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman, Yogyakarta. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dengan bentuk pertanyaan tertutup (*closed ended*).

Kuesioner terbagi menjadi 3 bagian yaitu kuesioner A mengenai data identitas responden, kuesioner B mengenai data pernyataan tentang kualitas pelayanan kesehatan posyandu yang berjumlah 24 pernyataan dan kuesioner C mengenai data perilaku berkunjung ke posyandu dengan melihat buku KMS atau KIA dalam kurun waktu satu tahun terakhir secara berturut-turut. Analisis data menggunakan uji korelasi *Kendal Tau (t)*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Pekerjaan Responden

Usia Responden	Frekuensi	Persentase
< 20 tahun	1	2,3%
20-35 tahun	32	72,7%
> 35 tahun	11	25%
Total	44	100%
Jenis Pekerjaan		
IRT	28	63,6%
PNS	3	6,8%
Karyawan/Swasta	12	27,3%
Wiraswasta	1	2,3%
Total	44	100%

Sumber: data primer 2012

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden adalah ibu dengan rentang usia 20-35 tahun yaitu sebanyak 32 orang (72,7%). Sebagian besar responden adalah ibu yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 28 orang (63,6%).

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Sumber Informasi Posyandu

Sumber Informasi	Frekuensi	Persentase
Penyuluhan	38	86,4%
Tetangga	6	13,6%
Total	44	100%

Sumber: data primer 2012

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 38 responden (86,4%) memperoleh informasi mengenai Posyandu XI melalui penyuluhan.

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan Responden	Frekuensi	Persentase
SD	1	2,3%
SLTP	3	6,8%
SLTA/SMK	30	68,2%
PT	10	22,7%
Total	44	100%

Sumber: data primer 2012

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden adalah ibu yang memiliki pendidikan terakhir SLTA/SMK yaitu sebanyak 30 orang (68,2%).

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jarak dari Rumah dan Frekuensi Kunjungan ke Posyandu

Jarak dari rumah ke Posyandu	Frekuensi	Persentase
< 0,5 km	14	31,8%
0,5-1 km	11	25,0%
> 1 km	19	43,2%
Total	44	100%
Frekuensi Kunjungan ke Posyandu		
Teratur	18	40,9%
Cukup teratur	22	50,0%
Tidak teratur	4	9,1%
Total	44	100%

Sumber: data primer 2012

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 19 responden (43,2%) memiliki jarak dari rumah ke Posyandu adalah lebih dari 1 km. Sebagian besar responden atau sebanyak 22 orang (50,0%) cukup teratur melakukan kunjungan ke Posyandu (8-11 kali dalam setahun).

Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu

Tabel 5. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu

Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu	Frekuensi	Persentase
Baik	9	20,5%
Cukup baik	28	63,6%
Kurang baik	7	15,9%
Total	44	100%

Sumber: data primer 2012

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 28 orang (63,6%) menganggap atau menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu cukup baik.

Hubungan antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman

Berdasarkan uji statistik *kendall tau* didapatkan nilai τ sebesar 0,471 dengan taraf signifikan atau $p = 0,001$ lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ atau $p < \alpha$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman Yogyakarta.

Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 22 orang (50,0%) cukup teratur melakukan kunjungan ke Posyandu (8-11 kali dalam setahun). Hal ini dapat dipengaruhi beberapa faktor antara lain tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, umur balita, status pekerjaan, jarak tempat tinggal

dan jumlah anak (Notoatmodjo, 2003). Sedangkan menurut Pohan (2007) menyebutkan faktor yang dapat mempengaruhi kunjungan ibu balita ke posyandu yaitu kualitas pelayanan kesehatan.

Faktor tingkat pendidikan ibu sebagaimana terlihat dalam tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah ibu yang memiliki pendidikan terakhir SLTA/SMK yaitu sebanyak 30 orang (68,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian Ngastiyah (2005) yang menjelaskan bahwa faktor tingkat pendidikan menentukan tinggi rendahnya seseorang dalam memahami pengetahuan tentang kegiatan posyandu. Semakin baik tingkat pendidikan orang tua, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak dan manfaat kegiatan posyandu. Dalam penelitian ini, tingkat pendidikan dikendalikan dengan memilih ibu yang memiliki tingkat pendidikan terakhir minimal SD.

Faktor tingkat pengetahuan ibu sebagaimana terlihat dalam tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 38 responden (86,4%) memperoleh informasi mengenai Posyandu XI melalui penyuluhan. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang banyak mempengaruhi perilaku individu, dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan seorang ibu tentang manfaat posyandu, maka semakin tinggi pula tingkat kesadaran untuk berperan serta dalam program kegiatan posyandu. Pengetahuan tentang posyandu yang rendah akan menyebabkan rendahnya tingkat kesadaran ibu untuk berkunjung ke posyandu.

Faktor usia balita mempengaruhi kunjungan balita ke posyandu karena masa balita adalah masa pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan selanjutnya. Menurut teori Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa faktor usia balita merupakan faktor yang

paling berpengaruh terhadap kunjungan ke posyandu, dengan rentang umur 12–35 bulan dan umur 36–59 bulan.

Pada penelitian ini rata-rata balita yang teratur melakukan kunjungan ke posyandu yaitu umur 1–4 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa ibu yang mempunyai balita mendekati umur 5 tahun sudah merasa tidak perlu lagi berkunjung ke posyandu. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Trisnawati (2011) yang menjelaskan bahwa ibu yang mempunyai balita berusia lebih dari 35 bulan tidak perlu lagi hadir ke posyandu, karena ibu merasa balitanya sudah mendapatkan imunisasi lengkap.

Soetjningsih (2000), menyatakan bahwa jumlah anak yang banyak pada keluarga akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang terhadap balitanya. Penelitian ini juga didukung oleh teori Hurlock (2005) yang menyatakan bahwa semakin besar keluarga maka semakin besar juga permasalahan yang akan muncul terutama untuk mengurus anak mereka, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kehadiran seorang ibu dan balitanya untuk berkunjung ke posyandu.

Pada penelitian ini sebagian besar ibu yang berkunjung ke posyandu memiliki jumlah anak satu, sehingga ibu yang memiliki jumlah anak satu lebih teratur berkunjung daripada ibu yang memiliki jumlah anak lebih dari satu. Hal ini dikarenakan ibu yang memiliki jumlah anak satu lebih fokus dalam mengurus balitanya. Dalam penelitian ini faktor jumlah anak telah dikendalikan dengan memilih ibu yang memiliki anak balita maksimal 4 anak, karena pembatasan jumlah anak inilah faktor jumlah anak dapat diabaikan pengaruhnya dalam pengaruh kunjungan balita ke posyandu.

Faktor terakhir yang mempengaruhi frekuensi kunjungan adalah faktor kualitas pelayanan kesehatan. Depkes RI (2003) mengatakan bahwa kualitas merupakan kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, dapat menimbulkan kepuasan, serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Sehingga jika kualitas pelayanan kesehatan posyandu baik, maka kunjungan ibu balita juga akan baik dan rutin. Tetapi sebaliknya jika kualitas pelayanan kesehatan posyandu

Tabel 6. Tabulasi Silang Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman Yogyakarta

Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu	Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu						Jumlah	
	Baik		Cukup baik		Kurang baik		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Teratur	7	15,9%	11	25,0%	0	0,0	18	40,9%
Cukup teratur	2	4,5%	15	34,1%	5	11,4%	22	50,0%
Tidak teratur	0	0,1%	2	4,5%	2	4,5%	4	9,1%
Total	9	20,5%	28	63,6%	7	15,9%	44	100,00%

Sumber: data primer 2012

kurang baik maka kunjungan ibu balita untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan posyandu juga kurang baik. Faktor inilah yang digali hubungannya dengan tingkat frekuensi kunjungan ibu balita di posyandu.

Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Kesehatan Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Ibu Balita di Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman

Berdasarkan tabel 6 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 28 orang (63,6%) menganggap atau menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu dalam kategori cukup baik, mayoritas 15 responden (34,1%) memiliki frekuensi kunjungan ke posyandu cukup teratur pula yaitu melakukan kunjungan 8-11 kali dalam satu tahun. Hasil uji statistik *kendall tau* didapatkan nilai τ sebesar 0,471 dengan taraf signifikan atau $p = 0,001$ lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ atau $p < \alpha$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan, Sidoluhur, Godean, Sleman.

Responden yang menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu cukup baik dan melakukan kunjungan cukup teratur (34,1%) menunjukkan bahwa ada keterkaitan antara kualitas pelayanan dengan frekuensi kunjungan. Hal ini dapat disebabkan karena responden merasa puas terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan (kader kesehatan posyandu).

Pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan mereka dan diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung sesuai sumber daya yang dimiliki, sehingga ibu-ibu balita termotivasi untuk melakukan kegiatan kunjungan kembali ke posyandu secara rutin setiap sebulan sekali.

Hasil penelitian ini didukung oleh teori Pohan (2007) yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan memiliki pengaruh terhadap frekuensi kunjungan ibu balita di posyandu. Semakin baik kualitas pelayanan kesehatan posyandu maka semakin baik pula frekuensi kunjungan ibu balita ke Posyandu.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik dapat diukur dengan delapan dimensi. Menurut teori Tjiptono (2007) menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan terdiri dari delapan dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang meliputi kompetensi teknis, akses terhadap pelayanan, efektifitas, efisien, kontinuitas, keamanan, hubungan antar manusia, kenyamanan. Pada penelitian ini dimensi-dimensi pelayanan kesehatan yang digunakan untuk mengukur standar pelayanan di Posyandu XI yaitu dimensi akses pelayanan kesehatan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa standar pelayanan kesehatan di Posyandu XI sudah memenuhi ketiga dimensi tersebut, yaitu dimensi akses pelayanan kesehatan, kompetensi teknis, dan hubungan antar manusia. Artinya kualitas pelayanan kesehatan di Posyandu XI sudah cukup baik, sehingga secara langsung dapat meningkatkan frekuensi kunjungan ke posyandu secara rutin.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lestari (2009) yang menyatakan bahwa jika mutu pelayanan baik (sudah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan) maka tingkat kepuasan juga tinggi. Hal itu mendukung tingginya frekuensi kunjungan, karena semakin tinggi tingkat kepuasan maka semakin tinggi pula frekuensi kunjungan ke posyandu. Lestari (2009) berpendapat bahwa ada hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan ibu balita pengguna Posyandu di Desa Trimulyo Sleman, dengan nilai signifikan 0,04.

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden atau sebanyak 28 orang (63,6%) menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu dalam kategori cukup baik, mayoritas 15 responden (34,1%) juga memiliki frekuensi kunjungan ke posyandu cukup teratur pula. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan mempengaruhi frekuensi kunjungan.

Trisnawati (2011) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi ibu tentang posyandu dengan perilaku kunjungan ibu ke posyandu balita di Posyandu Mawar Dusun Soragan Ngestiharjo Kasihan Bantul 2011, dengan taraf signifikan 0,004.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut bahwa sebagian besar responden memiliki frekuensi kunjungan di posyandu cukup teratur yaitu sebanyak 22 ibu (50,0%), sebagian besar responden menilai kualitas pelayanan kesehatan posyandu cukup baik yaitu sebanyak 28 ibu (63,6%), ada hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita di Posyandu XI Serangan Sidoluhur Godean Sleman yang ditunjukkan dengan nilai τ sebesar 0,471 dengan taraf signifikan atau $\rho = 0,001$ lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ atau $\rho < \alpha$.

Saran

Bagi responden yang memiliki frekuensi kunjungan di posyandu dengan kriteria baik agar tetap dipertahankan, sedangkan untuk responden yang memiliki frekuensi kunjungan di posyandu dengan kriteria

cukup baik dan kurang baik disarankan untuk meningkatkan kunjungan ke posyandu setiap sebulan sekali agar status kesehatan balitanya dapat terpantau dengan baik.

Bagi profesi keperawatan khususnya perawat anak dan komunitas agar lebih memperhatikan status kesehatan dan tingkat tumbuh kembang balita serta memberikan dukungan kepada ibu balita agar rutin melakukan kunjungan ke posyandu. Misalnya perawat dan kader kesehatan mendatangi atau melakukan kunjungan ke rumah-rumah ibu balita, terutama balita yang tidak teratur dalam melakukan kunjungan ke posyandu.

Bagi kader posyandu diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan posyandu melalui penyuluhan kesehatan yang bekerjasama dengan petugas kesehatan puskesmas, pemeriksaan kesehatan oleh petugas puskesmas setiap sebulan sekali, konseling, dan mengaktifkan kegiatan posyandu di meja 4 dan 5 agar ibu-ibu balita termotivasi untuk melakukan kunjungan ke posyandu sehingga status kesehatan balita dapat terpantau dengan baik. Selain itu, kualitas pelayanan kesehatan posyandu dapat ditingkatkan melalui menjalin hubungan yang baik dengan ibu-ibu balita misalnya melalui komunikasi yang efektif, mengajak ibu-ibu untuk mengikuti kegiatan posyandu, dan meningkatkan kompetensi teknis dari kader-kader posyandu.

Bagi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian tentang posyandu diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini diantaranya dengan mengembangkan variabel bebasnya, misalnya persepsi ibu tentang manfaat posyandu dengan frekuensi kunjungan ibu balita ke posyandu atau persepsi ibu tentang status kesehatan balita dengan frekuensi kunjungan ibu balita ke posyandu.

DAFTAR RUJUKAN

- Adisasmito, W. 2008. *Sistem Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Pesada: Jakarta.
- DepKes RI. 2003. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Mutu di Puskesmas*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- DepKes RI. 2006. *Buku Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- Dinas Kesehatan DIY. 2007. *Profil Kesehatan Propinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2007*. Dinas Kesehatan DIY: Yogyakarta.
- Hurlock, Elizabeth B. 2005. *Perkembangan Anak*. Erlangga: Jakarta.
- Hikmawati, K. 2008. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Pemantau Pertumbuhan Berat Badan dengan Frekuensi Penimbangan Batita 1-3 Tahun di Posyandu Pakuncen Wirobrajan Yogyakarta 2008*. KTI Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi DIII Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Lestari, I.D. 2009. *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Kepuasan Ibu Balita Pengguna Posyandu di Desa Trimulyo Sleman Yogyakarta*. Skripsi Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi S1 Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Ma'sum, Ma'ruf. 2007. *Bayi (Panduan Lengkap Sejak dalam Kandungan hingga Merawat Bayi)*. Smart Media: Solo.
- Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit*. EGC: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pengantar Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Pohan, I. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan (Dasar-Dasar, Pengertian, dan Penerapan)*. EGC: Jakarta.
- Sulistyorini, C.I. 2010. *POSYANDU (Pos Pelayanan Terpadu) dan Desa Siaga*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Soetjiningsih. 2000. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC: Jakarta.
- Tjiptono, F. 2007. *Service, Quality, Satisfaction edisi 2*. C.V Andi Offset: Yogyakarta.
- Trisnawati. 2011. *Hubungan Persepsi Ibu Tentang Posyandu dengan Perilaku Kunjungan Balita ke Posyandu Mawar di Dusun Soragan Ngestiharjo Kasihan Bantul Yogyakarta Tahun 2011*. Skripsi Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi S1 Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Wijayanti, R. 2009. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Posyandu Balita di Desa Bandung Kecamatan Playen Kabupaten Gunung Kidul Yogyakarta Tahun 2009*. KTI Tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi DIII Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Wijono, D. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Vol. 1*. Airlangga University Press: Surabaya.

Petunjuk bagi Penulis

JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

1. Artikel yang ditulis dalam Jurnal Kebidanan dan Keperawatan meliputi hasil penelitian di bidang kebidanan dan keperawatan. Naskah diketik dengan program *Microsoft Word*, huruf *Times New Roman*, ukuran 12 pts, dengan spasi *At least* 12 pts, dicetak pada kertas A4 sepanjang lebih kurang 20 halaman dan diserahkan dalam bentuk *Print-Out* sebanyak 2 eksemplar beserta *softcopy*nya. Pengiriman *file* juga dapat dilakukan sebagai *Attachment e-mail* ke alamat: bp3m_stikesayo@yahoo.com
2. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Sistematika artikel **hasil penelitian** adalah judul, nama penulis, abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode penelitian, hasil dan pembahasan, simpulan dan saran, serta daftar pustaka.
3. Judul artikel dalam bahasa Indonesia tidak boleh lebih dari 14 kata, sedangkan judul dalam bahasa Inggris tidak boleh lebih dari 12 kata. Judul dicetak dengan huruf kapital di tengah-tengah, dengan ukuran huruf 14 poin.
4. Nama penulis artikel dicantumkan **tanpa** gelar akademik, disertai lembaga asal, dan ditempatkan di bawah judul artikel. Dalam hal naskah ditulis oleh tim, penyunting hanya berhubungan dengan penulis utama atau penulis yang namanya tercantum pada urutan pertama. Penulis utama harus mencantumkan alamat korespondensi atau *e-mail*.
5. Abstrak dan kata kunci ditulis dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Panjang masing-masing abstrak 75-100 kata, sedangkan jumlah kata kunci 3-5 kata. Abstrak minimal berisi judul, tujuan, metode, dan hasil penelitian.
6. Bagian pendahuluan berisi latar belakang, konteks penelitian, hasil kajian pustaka, dan tujuan penelitian. Seluruh bagian pendahuluan dipaparkan secara terintegrasi dalam bentuk paragraf-paragraf, dengan panjang 15-20% dari total panjang artikel.
7. Bagian metode penelitian berisi paparan dalam bentuk paragraf tentang rancangan penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, dan analisis yang secara nyata dilakukan peneliti, dengan panjang 10-15% dari total panjang artikel.
8. Bagian hasil penelitian berisi paparan hasil analisis yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Setiap hasil penelitian harus dibahas. Pembahasan berisi pemaknaan hasil dan perbandingan dengan teori dan/atau hasil penelitian sejenis. Panjang paparan hasil dan pembahasan 40-60% dari panjang artikel.
9. Bagian simpulan berisi temuan penelitian yang berupa jawaban atas pertanyaan penelitian atau berupa intisari hasil pembahasan. Simpulan disajikan dalam bentuk paragraf. Saran ditulis secara jelas untuk siapa dan bersifat operasional. Saran disajikan dalam bentuk paragraf.
10. Daftar rujukan hanya memuat sumber-sumber yang dirujuk, dan semua sumber yang dirujuk harus tercantum dalam daftar rujukan. Sumber rujukan minimal 80% berupa rujukan terbitan 10 tahun terakhir. Rujukan yang digunakan adalah sumber-sumber primer berupa artikel-artikel penelitian dalam jurnal atau laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi). Artikel yang dimuat di Jurnal Kebidanan dan Keperawatan disarankan untuk digunakan sebagai rujukan.
11. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama akhir, tahun). Pencantuman sumber pada kutipan langsung hendaknya disertai keterangan tentang nomor halaman tempat asal kutipan. Contoh: (Davis, 2003: 47).
12. Daftar rujukan disusun dengan tata cara seperti contoh berikut ini dan diurutkan secara alfabetis dan kronologis.

Buku:

Smeltzer, Suzane C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth*. Edisi 8. EGC: Jakarta.

Buku kumpulan artikel:

Saukah, A. & Waseso, M.G. (Eds). 2002. *Menulis Artikel untuk Jurnal Ilmiah* (edisi ke - 4, cetakan ke-1). Malang: UM Press.

Artikel dalam buku kumpulan artikel:

Russel, T. 1998. An Alternative Conception: Representing Representation. Dalam P.J. Black & A. Lucas (Eds). *Children's Informal Ideas in Science* (hlm. 62-84). London: Routledge.

Artikel dalam jurnal atau majalah:

Kansil, C.L. 2002. Orientasi Baru Penyelenggaraan Pendidikan Program Profesional dalam memenuhi Kebutuhan Industri. *Transport*, XX (4): 57-61

Artikel dalam koran:

Pitunov, B. 13 Desember, 2002. *Sekolah Unggulan ataukah Sekolah Pengunggulan?* Jawa Post, hlm. 4 & 11.

Tulisan/berita dalam koran (tanpa nama pengarang)

Jawa Pos. 22 April, 2006. *Wanita Kelas Bawah Lebih Mandiri*, hlm. 3.

Dokumen resmi:

Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa.1997. *Pedoman Penulisan Pelaporan Penelitian*. Jakarta : Depdikbud. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 tentang Sistem Pendidikan Nasional*. 1990. Jakarta: PT Ammas Duta Jaya

Skripsi, tesis, disertasi, laporan penelitian

Sudyasih, T. 2006. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberculosis Paru Dengan Sikap Orang Tua Anak (0-10 Tahun) Penderita Tuberkulosis Paru Selama Menjalani Pengobatan di Puskesmas Piyungan Bantul Tahun 2006*. Skripsi Diterbitkan. Yogyakarta: PSIK-STIKES 'ASYIYAHYOGYAKARTA

Makalah seminar, lokakarya, penataran

Waseso, M.G. 2001. *Isi dan Format Jurnal Ilmiah*. Makalah disajikan dalam Seminar Lokakarya Penulisan Artikel dan Pengelolaan Jurnal Ilmiah, Universitas Lambungmangkurat, Banjarmasin, 9-11 Agustus 2001

Internet (karya individual)

Hitchcock, S., Carr, L. & Hall, W. 1996. *A Survey of STM Online Journals, 1990-1995: The Calm before the Storm*, (Online), (<http://journal.ecs.soton.ac.uk/survey/survey.html>), diakses 12 Agustus 2006

Internet (artikel dalam jurnal online)

Kumaidi, 2004. Pengukuran Bekal Awal Belajar dan Pengembangan Tesnya. *Jurnal Ilmu Pendidikan*. (online), Jilid 5, No. 4, (<http://www.malang.ac.id>), diakses 20 Januari 2000.

13. Tata cara penyajian kutipan, rujukan, tabel, gambar pada artikel berbahasa Indonesia menggunakan Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan (Depdikbud, 1987).
14. Semua naskah ditelaah secara anonim oleh mitra bestari (*reviewers*) yang ditunjuk oleh penyunting menurut bidang kepakarannya. Penulis artikel diberi kesempatan untuk melakukan perbaikan (revisi) naskah atas dasar rekomendasi/saran dari mitra bebestari atau penyunting. Kepastian pemuatan atau penolakan naskah akan diberitahukan secara tertulis.
15. Segala sesuatu yang menyangkut perizinan pengutipan atau penggunaan *software* komputer untuk pembuatan naskah atau ihwal lain yang terkait dengan HaKI yang dilakukan oleh penulis artikel, berikut konsekuensi hukum yang mungkin timbul karenanya, menjadi tanggungjawab penuh penulis artikel.
16. Sebagai prasyarat bagi pemrosesan artikel, para penyumbang artikel wajib menjadi pelanggan minimal selama satu tahun (dua nomor). Penulis menerima nomor bukti pemuatan sebanyak 2 (dua) eksemplar dan cetak lepas sebanyak 2 (dua) eksemplar). Artikel yang tidak dimuat tidak akan dikembalikan, kecuali atas permintaan penulis.



JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Jl. Ring Road Barat 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292
Telp. (0274) 4496199; Fax. (0274) 4469204

Bersama ini kami kirimkan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 9, No. 1, Juni 2013 sebanyak eks.

Untuk selanjutnya apabila Bpk/Ibu/Sdr/Institusi Anda berkenan melanggannya, mohon untuk mengisi blangko formulir berlangganan di bawah ini dan kirimkan ke alamat :

REDAKSI JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Jl. Ring Road Barat No. 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292.
Telp (0274) 4469199 pesawat 166, Fax. (0274) 4469204



FORMULIR BERLANGGANAN JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Nama :

Mahasiswa Individu Instansi

Alamat :

Telp. :

Akan Berlangganan JKK:

Vol. : No. s/d

Sejumlah : eks./penerbitan

Untuk itu saya akan mengirimkan biaya pengganti ongkos cetak dan ongkos kirim sejumlah :
Rp.

Melalui : Transfer BRI Unit KH Ahmad Dahlan Yogyakarta
a.n Jurnal Kebidanan dan Keperawatan
No. Rek : 3005-01-013030-53-8

(fotokopi bukti pembayaran terlampir/dikirimkan ke alamat di atas)

Biaya berlangganan untuk satu tahun penerbitan: Rp 60.000 (Jawa) dan Rp 75.000 (Luar Jawa)



TANDA TERIMA

Telah terima Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 9, No. 1, Juni 2013

sebanyak: eksemplar dengan baik.

Diterima di/tgl. : (Harap dikembalikan ke alamat di atas, bila ada perubahan nama & alamat mohon ditulis)

Nama :