

ISSN: 2301-783X

# Jurnal Kesehatan

**Literature Review About Supplementary Feeding And  
Nutrition Counselling**

**Pengaruh Presipitasi, Waktu Dan Respon Halusinasi  
Terhadap Durasi Halusinasi Pasien Skizofrenia Di RSJ Prof.  
Dr. Soerojo Magelang**

**Hubungan Antara Respon Penerimaan Individu Dengan  
Kecemasan Pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler Di  
Ruang Jantung RS Dustira Cimahi**

**Review Literatur Keefektifan Mobilisasi Dini Pada Post  
Operasi Perbaikan Tendon Fleksor**

**Harapan Mahasiswa Keperawatan Terhadap  
Penampilan Dosen-dosen Di Program Keperawatan**

**Pendidikan Diabetes Di Rumah Sakit**

Diterbitkan oleh:  
Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo  
Jl. Pahlawan Parakan Temanggung  
Telp. (0293) 596374  
Faks. (0293) 596111

Jurnal Kesehatan	Volume 1	Nomor 1	Halaman 1- 54	Terbit Tahunan
------------------	-------------	------------	------------------	----------------

# Jurnal Kesehatan

---

PELINDUNG DAN PENGARAH

Direktur

Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo

KETUA DEWAN REDAKSI

C. Ermayani Putriyanti

DEWAN REDAKSI

Desak Putu Kristian Purnamiasih

Monica Kartini

Prihanto

Sapto Haryatmo

Suwarsono

MITRA BESTARI

Handoko

Yunanto H.P.

SIRKULASI

Tuti Lestari

ALAMAT REDAKSI

Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo

Jl. Pahlawan, Parakan, Temanggung

Telp. (0293) 596374

Faks. (0293) 596111

Email: [akperngestiwaluyo@yahoo.co.id](mailto:akperngestiwaluyo@yahoo.co.id)

PENERBIT

UPT Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo

# Jurnal Kesehatan

---

## Daftar isi:

Sari Mutia Timur	Literature Review About Supplementary Feeding and Nutrition Counseling	1
Abdul Jalil	Pengaruh Presipitasi, Waktu dan Respon Halusinasi Terhadap Durasi Halusinasi Pasien Skizofrenia di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang	10
Dedi Supriadi	Hubungan Antara Respon Penerimaan Individu dengan Kecemasan pada Pasien Gangguan Kardiovaskuler di Ruang Jantung RS Dustira Cimahi	22
Sapto Haryatmo	Review Literatur Keefektifan Mobilisasi Dini Pada Post Operasi Perbaikan Tendon Fleksor	30
Monica Kartini C. Ermayani Putriyanti	Harapan Mahasiswa Keperawatan Terhadap Penampilan Dosen-dosen di Program Keperawatan	37
Asri Prabawani Eka Ratnawati	Pendidikan Diabetes Di Rumah Sakit	45

## LITERATURE REVIEW ABOUT SUPPLEMENTARY FEEDING AND NUTRITION COUNSELLING

Sari Mutia Timur  
YAKKUM Emergency Unit

### Abstract

**Background:** Supplementary Feeding Programme is well known as the most common type of nutritional intervention in humanitarian response to prevent malnutrition. Another crucial intervention is nutrition education. The aims of the literature review are to assess the effectiveness of additional feed programme in increasing children growth and evaluate nutritional education as another nutritional intervention that are able to reduce malnutrition cases in young children.

**Method:** The MEDLINE and COCHRANE databases were accessed by searching researches that uses systematic review of all randomized controlled trials or randomized controlled trial from year 2000 until 2008. Just few journals use cohort study and case controlled study. The search was restricted to group of children less than five years old due to the largest target group in Supplementary feeding programme.

**Result :** Food supplementation may have resulted in a modest increase in weight gain, but did not significantly improve length gain (Bhandari et al, 2001) similarly. On the other hand, based on four randomised controlled trials evaluating supplementary feeding in children aged 0-5 years old in developing countries, no firm conclusions of the benefits of supplementary feeding to the growth of pre-school children could be drawn (Sguassero et al, 2005). Malekafzali (2000) and Roy et al (2007) found that nutrition education successfully prevented malnutrition.

**Conclusion:** Complementary feeding must be followed by educational intervention to acquire the best result. In emergency phase, it is better to give supplementary feeding to prevent children health status drop at malnourished condition due to limited food supply and risk of infection because contaminated water resources. However, it still needs accompanied by educational nutrition or counselling to mothers to make the impact more sustain.

**Keywords:** *supplementary feeding, supplementary feeding effectiveness, nutritional counselling, education intervention, nutrition status, children growth, and malnutrition*

### Introduction

Malnutrition is a major health problem in a humanitarian emergency response since it increases vulnerability to severe diseases, and growing children are particularly vulnerable to its consequence. (Nielsen et al, 2004). Growth failure which occurs in young children is only one of the results of the common combination of inadequate child feeding, high rates of infection; and poor child care. Prevalence

of on malnutrition will increase during emergency phase and happen in developing countries as well.

During emergency phase, it is very difficult to have food supply and potable water. As information, out of emergency, in developing countries many parents are not able to provide nutritious food for their children, because of socio-economic reasons. Due to the reasons, many humanitarian agencies concern on children

nutrition status, deliver supplementary feeding programme

Supplementary Feeding Programme is well known as the most common type of nutritional intervention in humanitarian response to prevent malnutrition. Supplementary feeding is defined as the provision of extra food to poor children or families beyond the normal ration of their home diets (Sguassero et al, 2005). The target groups of complementary food program in both emergency and non-emergency situations are considered to be most at risk. These groups normally include children less than five years of age, pregnant and lactating women, and the unhealthy person. In susceptibility group the nutritional status can decrease rapidly due to lack of food and the access to get food such as in emergency situation.

## Background

Supplementary Feeding Programme has been commenced since 1970, but there has been a lot of controversy on effectiveness supplementary feeding programme to increase nutrition status recently. Some agencies have viewed that complementary feeding programme has no role in emergency programmes. Unfortunately; there have been very few well-designed intervention trials to evaluate the efficacy and effectiveness of various strategies for improving complementary feeding. (Dewey, 2001). This literature review will analyze carefully regarding question that often spring up : Is the supplementary feeding programme more effective rather than giving nutrition counselling to increase children growth for malnourished children?

Supplementary feeding is usually necessary in a food crisis or famine situation where malnutrition rates exceed 15% and there is increased mortality or numbers of severely malnourished (MSF, 1995). The primary objective of a supplementary feeding programme is to treat moderate malnutrition and prevent further deterioration in nutritional or health status (Nielsen, J, et al, 2004).

Children under five usually make up the largest target group in supplementary feeding programme. There are various explanations why a child under five years old becomes the largest target group in that programme. First, in emergency situation, the prevalence of malnutrition and mortality among malnourished children tends to increase higher than for any other age group. Sguassero et al (2005). It also reveals that under nutrition is one of the leading underlying causes of childhood morbidity and mortality in developing countries. Secondly, under nutrition can influence child development. Therefore, identifying approach to reduce the prevalence of malnutrition particularly in the vulnerable first 2 years of life is a priority in developing countries. (Bhandari et al, 2004)

Another nutritional intervention that crucial as well is nutrition education. Penny et al (2005) suggested that improvement of nutrition education delivered through health services can decrease the prevalence of stunted growth in childhood in areas where access to food is not a limiting factor.

Throughout nutrition counselling, improper practices such as the belated introduction of complementary foods, low energy and nutrient density of foods offered, feeding in small amounts at meals, and food restrictions due to myth or

cultural beliefs can be prevented. Moreover, other contributory factors for childhood malnutrition in young children are low birth weight and high morbidity can be prohibited by educate the mothers (Bhandari et al, 2004)

To evaluate children growth, a number of ways can be done. The simple practice uses mid upper arm circumstance. However, it should not be used alone because it is partly biased toward younger children. Other measurements are weight and height/length and the comparison between many variables such as height for age (HFA), weight for age (WFA) and weight for height (WFH). Weight-for-height (WFH) indicators should be taken from the NCHS/CDC reference data. The WFH Z score is the preferred indicator for reporting anthropometric survey result (Sphere, 2004). WFH ratio can help to judge whether a child is underweight or overweight. Sequential measurements are much more useful than single determination of weight and height in giving an overall picture of the child's growth pattern.

## Methodology

The aims of the literature review are to asses the effectiveness of additional feed programme in increasing children growth and evaluate nutritional educational as another nutritional intervention that are able to reduce malnutrition cases in young children.

To achieve those aims, the MEDLINE and COCHRANE databases were accessed using the key words supplementary feeding, supplementary feeding effectiveness, nutritional counselling, education intervention, nutrition status, children growth, and malnutrition. The

search was restricted to group of children less than five years old due to the largest target group in Supplementary feeding programme. To obtain the latest info on trend in complementary feeding, exploration was limited in year 2000 until 2008. With the purpose of enriching this literature review, some references were found by looking the references from journals and guiding principle in humanitarian response.

According to Webster (2005), the gold standard of research design for providing evidence of effect is using systematic review of all randomized controlled trials. Since the aim of this literature review is to evaluate the intervention, some databases were accessed by searching research that uses systematic review of all randomized controlled trials or randomized controlled trial. Just few journals use cohort study and case controlled study.

To get the first level of evidence in study design is difficult. Within a randomized study, the programme would be the difference between the two groups and any impact on nutritional status to beneficiaries which could be reliably attributed to the program supplement. However, ethical issues prevented randomization. It would be unethical to deprive undernourished children of the potential benefit of the supplement. A "natural experiment" was the methodological alternative adopted for assessing the Program's effectiveness (Santos et al, 2005)

As already known that research using systematic review of all randomized controlled trials or randomized controlled trial as the gold standard of research design for providing evidence of effect must be accepted and consider to implement in daily practice.

In addition, it important to use the review result and decide what nutritional intervention which the most effective in developing countries or during emergency phase. The intervention must be adaptable with existing condition such us limited resources, weak economies and inadequate health budgets which is frequently happen in emergency phase.

### **Discussion And Critique**

Regarding various researches in different countries, there is no conclusion on the most effectiveness approach to enhance children growth whether using supplementary method or nutritional counselling. In this part, it will describe 2 groups which are having different opinion. i.e.: group who has opinion on extra feeding will increase children growth and group who has belief that counselling can raise the growth.

#### **Complimentary feeding to increase the growth**

A randomized controlled trial study conducted in South Delhi. The urban slum of Nehru Place was designed to determine whether provision of generous amounts of a micronutrient-fortified food supplement supported by counselling or nutritional counselling alone would significantly improve physical growth between 4 and 12 mo of age. The result is the food supplementation may have, therefore, resulted in a modest increase in weight gain. This intervention did not significantly improve length gain (Bhandari et al, 2001) similarly

Rivera et al (2002) also mentioned that supplementary feeding for children 6-24 months in community with lack of

dietary intakes can prevent the onset of wasting. This research concerned about overweight in delivering complementary food as well. The finding shows that children above the weight-for-length reference median do not seem to benefit from nutritional supplementation. In brief, supplementation does not cause obesity.

Dewey (2001) gave comment to the result of report by Bhandari et al, 2001. He concluded that the infants' energy intake from complementary foods was lower than desirable, even in the food supplementation group (compare with control group), and suggested that there are barriers related to the amount of food offered by caregivers that need to be overcome.

On the other hand, based on four Randomised controlled trials evaluating supplementary feeding in children aged 0-5 years old in developing countries, no firm conclusions of the benefits of supplementary feeding to the growth of pre-school children could be drawn (Sguassero et al, 2005). Due to the best level of evidence, the result is very reliable.

Many possible reasons for the lack of impact in the complementary feeding trials, such as targeting the intervention too early (e.g., before 6 mo) or too late (e.g., after 12 mo); methodological limitations such as small sample size, short duration of the intervention, or attrition bias; and constraints on growth response due to infections, prenatal "programming" or other factors (Dewey, 2001).

#### **Nutrition counselling to increase the growth**

A research on community-based nutritional intervention for reducing

malnutrition among children under 5 years of age conducted in Iran as well. The outcome showed that nutritional awareness had grown among mothers, and that the incidence of malnutrition had dropped from 6.5% to 1.8%, as measured against the weight-for-height index (Malekafzali, 2000)

Similarly with Malekafzali, Roy et al (2007) found nutrition education successfully prevented malnutrition. The researcher described that the nutrition education must be culturally appropriate to achieve effective growth faltering and malnutrition prevention among young children.

Guldan et al (2005) also have similar opinion. In pilot nutrition education intervention in China, they found that the Education group infants had significantly better growth in weight and length than the Control group infants. Also, an examination of the distribution of WAZ (Weight-for-age) and HAZ (height-for-age) Z scores indicated significant improvements. No significant differences were seen in the WHZ scores between the two groups.

Bhandari have several researches on nutritional counseling impact. The researches discovered nutritional counselling resulted in smaller but significant increases in dietary intake. Nonetheless, periodic nutritional counselling without the food supplement did not significantly affect weight or length gain (Bhandari et al, 2001). Bhandari et al (2004) also assessed the effectiveness of an educational intervention to promote adequate complementary feeding practices that would be feasible to sustain with existing resources. The study was a cluster

randomized controlled trial in communities in the state of Haryana in India.

Bhandari mentioned that educational interventions were shown to improve feeding practices, but few of these studies were randomized controlled trials. Additionally there was another cluster-randomised trial of an educational intervention in a poor urban area in Peru. Enhancement of nutrition education delivered through health services can decrease the prevalence of stunted growth in childhood in areas where access to food is not a limiting factor (Penny et al, 2005).

### **Recommendation**

Bhandari et al, (2001) found 25% of the infants were already stunted at 4 month of age, a large proportion of which was presumably due to intrauterine growth retardation (IUGR). Infants who experience IUGR usually never completely catch-up in size to their normal birth weight peers, even when raised under optimal conditions. It is likely that a combination of prenatal and postnatal approaches is the most effective strategy. In order to certify increasing of children growth, the intervention also must include mothers, pregnant and lactating women.

Bhandari also suggested that nutrition counselling should be emphasized on feeding frequency, portion size and energy density of complementary foods, rather than on micronutrient density (Bhandari et al, (2001)

Normally in Indonesia context, additional feeding programme is held simultaneously with growth monitoring program. Caregivers will measure children weight and sometimes height then record the indicators in growth chart. Ashworth, et al (2008) mentioned there is evidence



from India and Bangladesh that growth monitoring has little or no effect on nutritional status in large-scale programmes with weak nutrition counselling. To acquire the best result, complementary feeding must be followed by educational intervention. Good nutrition counselling is paramount for growth promotion and is often done badly.

Remembering growth monitoring also can provide an entry point to preventive and curative health care and was an integral part of programmes that were associated with significant reductions in malnutrition and mortality. (Ashworth et al, 2008). It is in line with previous paragraph that educational intervention must be done concurrently with supplementary feeding to get optimal result.

In Indonesia and other developing countries, nutritional intervention including good nutrition counselling may be preferable to ensure the growth of childhood compare with additional food programme. Growth monitoring may not be the best way in countries with limited resources, weak economies and inadequate health budgets, analogous with Ashworth et al, (2008) suggestion. Certainly, nutrition counselling also can be utilized in disaster or another emergencies episode.

Ashworth, et al (2008) also recommended where growth monitoring and promotion programmes currently exist, there must be potential plan for improvement and maximize the potential the nutrition counselling elements and combine growth monitoring with other health intervention channels such as immunization for the convenience of caregivers, and ensure consistent message delivery.

It is parallel with what Edejer (2005) suggested that strengthen the nutrition counselling elements is better to combine growth monitoring with other health intervention channels. Edejer found that provision of supplementary food and counselling on nutrition were the least cost effective strategies for child health intervention in developing countries. The most cost effective intervention is fortification with zinc or vitamin A. Between these were oral rehydration therapy, case management of pneumonia and measles immunisation. Data sources came from published systematic reviews and before and after evaluations of programmes.

One thing that should not be forgotten during emergency phase and disaster occasion, supplementary feeding should be reckon to deliverer due to possibility limited food supply and bad quality of water. However, humanitarian aids or others provider must concern on how long they want to give complimentary feeding, which is should be discontinued as soon as possible. Consider to not always give ‘*caritative*’ aids (beneficiaries only received the aid, not participate in process supplementary feeding). It is very essential to ensure the long term impact of children growth. As soon as the communities are involved at the programme, in no doubt the sustainability will be occurred

## Conclusion

Malnutrition is the underlying cause of half of child mortality. Many programmes attempt to remedy this issue but there is a lack of evidence on effective ways to decrease child malnutrition (Penny, 2005)

The success of interventions to reduce under nutrition depends on the ability of programmes to promote improved child feeding behaviours. These include the use of messages that are clearly understood, feasible to adopt within available resources, and not in contradiction with prevailing beliefs.

This literature review reveals that there is first level evidence which was said improvement of nutrition education delivered through health services can decrease the prevalence of stunted growth in childhood. As well as Sguassero (2005) said that no firm conclusions of the benefits of supplementary feeding to the growth of pre-school children could be drawn, with also use a cluster randomized controlled trial as the gold standard of research design for providing evidence. Thus supplementary feeding programme should not be certified as the most effective way to increase growth in childhood. Improvement of nutrition education delivered through health services must be use as approach to make sure decreasing the prevalence of stunted growth in childhood

In emergency phase, it is better to give supplementary feeding to prevent children health status drop at malnourished condition due to limited food supply and risk of infection because contaminated water resources. However, it still needs accompanied by educational nutrition or counselling to mothers to make the impact more sustain. Moreover, the topics that health practitioners can give in nutritional counselling not only about food (type, frequencies, problem and how to solve the problem) but also about diseases, hygiene personal etc which all of them can make children healthier.

For the reason that the relatively small number of trials, it indicates a need for further research in this area. The Issues of research design such as blinding and sample size calculation need to be addressed in future studies (Sguassero et al, 2005)

Another concern that needs to be explored is first; frequently health personnel just give attention to children growth rather than children development. Second, always try to find the way involving the community to participate the programme so the programme will sustain. Third, according the research of Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries, there must be highlight about fortification with zinc or vitamin A as the most cost effective intervention for improve children health status in developing countries.

## References

- Ashworth, A., Shrimpton, R. & Jamil, K., 2008, *Review Article : Growth monitoring and promotion: review of evidence of impact, Strategies and Interventions in Public Health Nutrition*, vol 4, pp 86-117, URL <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.17408709.2007.00125.x>
- Bhandari, N., Bahl, R., Nayyar, B., Khokhar, P., Rohde, J.E. & Bhan, M.K., 2001, *Food Supplementation with Encouragement to Feed It to Infants from 4 to 12 Months of Age Has a Small Impact on Weight Gain*, *Journal of Nutrition*, vol 131, pp. 1946-1951, URL <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/131/7/1946>
- Bhandari, N., Mazumder, S., Bahl R., Martines J., Black, R. E., Bhan M. K

- & other members of the Infant Feeding Study Group, 2004, *An Educational Intervention to Promote Appropriate Complementary Feeding Practices and Physical Growth in Infants and Young Children in Rural Haryana, India*, The American Society for Nutritional Sciences J. Nutr, vol 134, no 9, pp. 2342-2348, URL <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/134/9/2342>
- Bhandari N., Mazumder, S., Bahl, R., Martines, J., Black, R.E., Bhan, M.K. and other members of the infant feeding study group, 2005, *Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-twos within child health programmes*, *Health Policy and Planning*, vol: 20, no 5, pp. 328-336 URL <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/full/20/5/328>
- Dewey, K.G., 2001, *The Challenges of Promoting Optimal Infant Growth*, *Journal of Nutrition*, vol ;131, pp. 1879-1880, URL <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/131/7/1879>
- Edejer, T.T., Aikins, M., Black, R., Wolfson, L., Hutubessy, R. & Evans, D.B., 2005, *Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries*, *BMJ*, vol 331(7526), URL <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1285096>
- Guldan, G.S., Fan, H.C., Ma, X., Ni, Z., Xiang, X. & Tang, M.Z., 2000, *Culturally Appropriate Nutrition Education Improves Infant Feeding and Growth in Rural Sichuan, China*, *Journal of Nutrition*, vol 130, pp. 1204-1211.) URL <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/130/5/1204>
- Malekafzali, H., Abdollahi, Z., Mafi, A. & Naghavi, M., 2000, *Community-based nutritional intervention for reducing malnutrition among children under 5 years of age in the Islamic Republic of Iran*, *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol6, Issue2/3, pp.238-245, URL <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0602/03.htm>
- MSF, 1995, *Nutrition Guidelienes*
- Nielsen, J., Branth. P.V., Martins, C., Cabtal, F. & Aaby, P., 2004, *Malnourished children and supplementary feeding during the war emergency in Guinea-Bissau in 1998–1999*, *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 80, No. 4, pp. 1036-1042 URL <http://www.ajcn.org/cgi/content/full/80/4/1036>
- Penny, M. E., Kanashiro, H. M, Robert, R.C., Narro, M.R., Caulfield, L.E., & Black, R. E., 2005, *Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial*, *The Lancet*, Volume 365, Number 9474, pp. 1863-1872 URL <http://www.thelancet.com/journals/lanet/article/PIIS0140673605664264/abstract>
- Rivera, J.A.& Habicht, J.P., 2002, *Effect of supplementary feeding on the prevention of mild-to-moderate wasting in conditions of endemic malnutrition in Guatemala*, *Bull World Health Organ*, vol 80, no12, pp. 926-932 URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571719?dopt=Abstract>
- Roy, S.K., Jolly, S.P., Shafique, S., Fuchs, G.J., Mahmud, Z., Chakraborty, B. &

Roy, S.. 2007, *Prevention of malnutrition among young children in rural Bangladesh by a food-health-care educational intervention: a randomized, controlled trial*, Food Nutr Bul, vol 28, no 4, pp. 375-383  
URL [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18274163?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18274163?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

Santos, I.S., Gigante, D.P., Coitinho, D.C., Haisma, H., Valle, N.C.J. & Valente, G., 2005 *Evaluation of the impact of a nutritional program for undernourished children in Brazil*, Cad. Saúde Pública vol.21 no.3

Sguassero, Y., Onis, M. & Carroli, G., 2005, *Community - based supplementary feeding for promoting the growth of young children in developing countries*, Database of Systematic Reviews, Issue 4.  
URL  
<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005039/frame.html>

Sphere, 2004, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, The Sphere Project

Webster, J. & Osborne, S., 2005, *Using the right type of evidence to answer clinical questions in Evidence for Nursing Practice*, Elsevier Australia, NSW, pp. 37-49.

## **PENGARUH PRESIPITASI, WAKTU DAN RESPON HALUSINASI TERHADAP DURASI HALUSINASI PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJ PROF. DR. SOEROJO MAGELANG**

Abdul Jalil

Perawat Praktisi di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

### **Abstract**

**Background** : Schizophrenia patients often experience hallucinations, confused speech, delusions<sup>(1)</sup>. Hallucinations led to the decline in performing daily activities, loss of motivation and responsibility, refrain from social relations<sup>(2)</sup>. Disturbing hallucinations is a risk of violent behavior<sup>(3)</sup>. Currently there is no study on the effects of precipitation, time and duration of response to hallucinations. Nurses need to know about it to help select the appropriate alternative interventions so that the duration of the hallucinations can be shortened.

**Objective** : to determine the effect of the characteristics of hallucinations (precipitation, time and response) for the duration of the hallucinations of schizophrenia patients in Prof. Dr. Soeroyo Mental Hospital Magelang.

**Method** : This research is a correlational research using cohort design. The research subjects are schizophrenia patients that cared in quiet room in the hospital. Precipitation factors, time, response and the duration of hallucinations are the studied variables. The number of sample is 127 respondents using accidental sampling technique. Data were collected using questionnaire from October 2009 to September 2011. The data were analyzed using univariate and bivariate Chi Square.

**Result** : 30.7% of the respondents experience hallucinations at night. The respondents that response in anger when the hallucinations come up are 40.2%, while 35.4% of the respondents were happy. There are 33.9% respondents who have biopsychosociocultural precipitation. The respondents who have the duration of hallucinations  $\leq 12$  days are as much as 59.8%, whereas 40.2% of the respondents experience the durations of hallucinations of more than 12 days. There is an influence of precipitation with a duration of hallucinations (sig 0.027), and also there is an influence of time with a duration of hallucinations (sig 0.002). The relationship between the response with a duration of hallucinations is also exist (sig 0.001).

**Conclusion** : precipitation, response and the time of hallucinations influence the duration of the hallucinations. Biopsycologic factors and anger response have a shorter duration of hallucinations, as well as hallucinations that occur in the morning and afternoon.

**Keywords** : *Precipitations, time, response, duration of hallucinations, schizophrenia*

### **Latar Belakang**

Pasien Skizofrenia sering disertai dengan gejala positif seperti halusinasi, pembicaraan kacau, delusi (Arif, 2006). Akibat dari halusinasi pasien Skizofrenia sering menyebabkan terjadinya kemunduran dalam melakukan aktivitas

sehari-hari, hilangnya motivasi dan tanggapan jawab, menghindari dari kegiatan dan hubungan sosial (Keliat, 1996). Halusinasi yang mengancam dapat berisiko menimbulkan perilaku kekerasan (Videbeck, 2008). Faktor presipitasi halusinasi dapat berupa biologis, psikologis, sosialbudaya, sedangkan waktu

munculnya halusinasi dapat pagi, siang, sore, maupun malam hari. Respon halusinasi dapat dirasakan menyenangkan atau mengganggu. Pasien Skizofrenia yang mengalami halusinasi yang isinya mengganggu berisiko melakukan perilaku kekerasan yang diarahkan pada dirinya sendiri, diarahkan orang lain maupun lingkungan (Dalami, 2009).

Ketika pasien merasakan halusinasi tersebut sebagai pengalaman yang menanngu, maka pasien tersebut akan berusaha mengatasi dengan caranya sendiri. Demikian juga ketika halusinasi yang dialami menyenangkan, maka pasien juga akan menikmatinya. Mengetahui respon halusinasi yang dialami pasien sangat penting untuk menetapkan intervensi yang tepat. Sayangnya saat ini belum ada hasil penelitian yang menggambarkan respon halusinasi yang dirasakan oleh pasien. Selain respon pasien terhadap halusinasi, waktu terjadinya halusinasi juga penting untuk diketahui, karena waktu terjadinya halusinasi sangat menentukan jenis intervensi atau tehnik mengontrol halusinasi yang tepat. Belum ada hasil penelitian yang menunjukkan karakteristik waktu terjadi halusinasi pada pasien Skizofrenia. Di Bangsal P3 RSJ Prof Dr. Soeroyo Magelang, Masalah keperawatan halusinasi menempati urutan pertama masalah keperawatan yang dialami oleh pasien Skizofrenia, 75,86% adalah halusinasi pendengaran, 24,14% halusinasi penglihatan. Sebagian besar pasien skizofrenia mengalami halusinasi pada malam dan sore hari.

### Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh karakteristik

halusinasi dengan durasi halusinasi pasien skizofrenia di RSJ Prof dr. Soeroyo Magelang. Tujuan khusus yang hendak diketahui adalah: mengetahui gambaran tentang faktor presipitasi, gambaran respon halusinasi, gambaran waktu munculnya halusinasi, dan gambaran durasi halusinasi pada pasien skizofrenia. Dalam penelitian ini juga akan mengetahui pengaruh faktor presipitasi munculnya halusinasi terhadap durasi halusinasi, pengaruh respon halusinasi terhadap durasi halusinasi dan pengaruh waktu munculnya halusinasi terhadap durasi halusinasi pada pasien halusinasi.

### Metodologi Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan desain *kohort design*. Subjek penelitian ini adalah pasien skizofrenia yang dirawat terutama pada fase maintenance. Objek penelitian ini adalah faktor presipitasi, respon halusinasi, waktu halusinasi muncul dan durasi halusinasi. Unit analisis adalah pasien skizofrenia sebanyak 127 orang yang diambil dengan tehnik *isidental sampling*. Untuk mengumpulkan data karakteristik halusinasi pasien skizofrenia ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner yang berbentuk check list yang dikembangkan sendiri. Sebelum digunakan kuesioner dilakukan uji validitas dengan menggunakan uji validitas diskusi ekspert. Analisa data dilakukan untuk mengetahui pengaruh karakteristik halusinasi dengan durasi halusinasi pada pasien skizofrenia yaitu uji univariate dengan uji distribusi frekuensi dan uji bivariate dengan uji *Chi Square*.

## Hasil Penelitian dan Diskusi

### *Uji Univariate*

#### 1. Karakteristik pasien skizofrenia

**Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian**

Karakteristik responden	Frekuensi	Persentase (%)
<b><i>Umur</i></b>		
a. 15 s/d 17 th	3	2,4
b. 18 s/d 21 th	10	7,9
c. 22 s/d 34 th	79	62,2
d. 35 s/d 45 th	28	22,0
e. 46 s/d 56 th	7	5,5
Total	127	100,0
<b><i>Jenis kelamin</i></b>		
a. Laki-laki	64	50,4
b. Perempuan	63	49,6
Total	127	100,0
<b><i>Pendidikan</i></b>		
a. Tidak sekolah	6	4,7
b. SD	34	26,8
c. SMP	37	29,1
d. SMA	45	35,4
e. PT	5	3,9
Total	127	100,0
<b><i>Pekerjaan</i></b>		
a. Tidak kerja	107	84,3
b. Buruh	7	5,5
c. Petani	3	2,4
d. Swasta	9	7,1
e. Guru	1	0,8
Total	127	100,0
<b><i>Status Pernikahan</i></b>		
a. Belum menikah	81	63,8
b. Menikah	29	22,8
c. Janda	10	7,9
d. Duda	7	5,5
Total	127	100,0
<b><i>Lama sakit</i></b>		
a. 1 s/d 5 tahun	78	61,4
b. 6 s/d 10 tahun	34	26,8
c. > 10 tahun	15	11,8
Total	127	100,0
<b><i>Frekuensi Opname</i></b>		
a. Belum pernah	25	19,7
b. 1 s/d 2 kali	57	44,9
c. 3 s/d 5 kali	28	22,0
d. > 5 kali	17	13,4
Total	127	100,0

Sumber: RSJS Magelang tahun 2009

Responden dalam penelitian ini sebagian besar berada pada golongan umur dewasa awal sampai dewasa (22 s/d 45 tahun). Jenis kelamin responden dalam penelitian ini seimbang baik laki-laki (50,4) maupun perempuan (49,6%). Sebagian besar responden dalam penelitian ini mempunyai pendidikan dasar (SD dan SMP), yaitu 55,9%, bahkan 4,7% responden tidak sekolah. Sebagian besar (84,3%) responden dalam penelitian ini

tidak bekerja, hal ini memungkinkan pasien tidak mempunyai kegiatan yang tetap dalam mengontrol halusinasi sehingga halusinasi muda muncul kembali. 63,8% responden belum menikah. 61,4% responden mempunyai lama sakit 1 s/d 5 tahun. 80,3% responden pernah menjalani rawat inap dan mengalami putus obat.

## 2. Gambaran Presipitasi, waktu, respon dan durasi halusinasi

**Tabel 2. Gambaran tentang presipitasi terjadinya halusinasi pada pasien skizofrenia**

Presipitasi halusinasi	Frekuensi	Persentase (%)
a. Biologis	5	3,9
b. Psikologis	3	2,4
c. Sosial budaya	5	3,9
d. Biopsikologis	20	15,7
e. Biososiobudaya	29	22,8
f. Psikososio budaya	22	17,3
g. Biopsikososiobudaya	43	33,9
Total	127	100,0

Sumber: RSJS Magelang tahun 2009

Faktor presipitasi merupakan faktor yang dapat mempermudah atau memicu munculnya halusinasi, dalam penelitian ini sebagian besar (43 atau 33,9%) responden memiliki jumlah faktor presipitasi yang banyak dalam waktu yang hampir bersamaan. Respon tidak hanya mengalami putus obat tetapi juga mempunyai konflik dengan keluarga teman dan selain itu hambatan dalam melakukan hubungan sosial adalah salah satu hal yang dapat mempermudah munculnya halusinasi. Banyaknya responden yang tidak mempunyai pekerjaan juga merupakan salah satu presipitasi yang mempermudah munculnya halusinasi. Pada pasien skizofrenia yang mendapatkan obat antipsikotik jenis haloperidol bekerja untuk memblok

aktivitas dopamin-2 neurotransmitter reseptor dalam otak dan membatasi aktivitas dopamin, dimana sehingga untuk sementara gejala positif (halusinasi dan yang lain) berkurang atau hilang (Vancarolis dan Halter, 2010). Ketika pasien memutuskan untuk tidak minum obat maka dopamin akan meningkat dan aktif kembali terutama pada daerah meso limbik sehingga halusinasi dapat muncul (Stuart, 2009). Pengaruh lingkungan sekitar, misalnya adanya konflik dengan teman, keluarga dapat memicu pasien sehingga dapat menimbulkan respons neuobiologis (peningkatan dopamin neurotransmitter terutama meso limbik sehingga halusinasi akan muncul kembali (Stuart, 2009). Hubungan sosial dengan orang lain



dapat membantu pasien mendistraksi atau mengalihkan halusinasinya sehingga halusinasi dapat terputus atau tidak muncul kembali (Townsend, 2009). Ketidakmampuan hubungan sosial dengan orang lain dapat

menimbulkan respon neurobiologis pada pasien sehingga kondisi neurotransmitter dopamine juga akan tidak stabil sehingga dapat memicu kembali halusinasi (Stuart et al, 2005).

**Tabel 3. Gambaran waktu munculnya halusinasi pada pasien skizofrenia**

Waktu munculnya halusinasi	Frekuensi	Persentase (%)
a. Setiap saat	33	26,0
b. Pagi dan siang hari	14	11,0
c. Malam dan sore hari	18	14,2
d. Malam hari	39	30,7
e. Pagi hari	10	7,9
f. Sore hari	5	3,9
g. Siang hari	8	6,3
Total	127	100,0

Sumber: RSJS Magelang tahun 2009

Pada penelitian ini sebagian besar responden mengalami halusinasi pada malam hari, yaitu 39 atau 30,7% responden bahkan 33 atau 26% responden mengalami halusinasi setiap saat. Hal ini menunjukkan halusinasi yang dialami responden dialami pada saat pasien skizofrenia dalam posisi sendiri dan dalam posisi tidak melakukan aktivitas. Halusinasi merupakan pencerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca indera seorang pasien, yang terjadi dalam keadaan sadar atau terbangun (Maramis, 2004). Dari pengertian tersebut, halusinasi dapat terjadi pada saat pagi hari, siang hari, sore hari maupun malam hari ketika pasien skizofrenia dalam kondisi sadar atau tidak tidur. Waktu terjadinya halusinasi dapat pagi hari, siang hari maupun malam hari (Dalami dkk, 2009). Hal ini disebabkan karena pada saat pagi hari banyak aktivitas yang dapat dilakukan oleh responden sehingga tidak memberikan kesempatan

halusinasi yang dialami muncul kembali. Melakukan aktivitas merupakan suatu tindakan yang dilakukan klien skizofrenia secara sadar pada saat halusinasi dirasakan atau muncul dengan melibatkan diri dalam aktivitas fisik baik secara aktif (karena ide pasien sendiri) maupun secara pasif (karena ide orang lain) tentang suatu jenis aktivitas sehingga halusinasi klien dapat terputus atau terdistraksi (Doenges, 2007).

Halusinasi yang dialami pasien skizofrenia sering kali muncul pada waktu pagi, siang maupun sore hari dan dalam kondisi sadar atau tidak tertidur. Tidak jarang pada saat halusinasi muncul pasien sedang melakukan kegiatan tertentu, misalnya sedang sendirian (melamun), sedang menonton televisi, setelah mandi, makan, setelah bangun tidur maupun pada saat melakukan aktivitas. Pada saat bangun tidur di pagi hari, kadang-kadang belum ada orang lain yang bangun sehingga cenderung pasien

hanya sendirian sehingga menjadi melamun. Hal ini dapat memberikan kesempatan halusinasi muncul kembali. Selain itu pada pagi hari khususnya setelah bangun tidur, belum ada aktivitas yang dapat dilakukan sehingga memicu pasien tetap diam di tempat tidur dan melamun. Halusinasi dapat muncul pada saat klien tertidur (hipnagogik) dan saat terbangun dari tidur (hipnopompik), halusinasi dapat juga dialami klien pada saat menjelang tidur dan dapat pula setelah bangun tidur (Kaplan et al, 2010). Kondisi pasien yang sendirian, biasanya dialami pasien yang juga mempunyai masalah keperawatan isolasi sosial. Isolasi sosial merupakan suatu keadaan dimana seseorang individu yang mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya sehingga pasien merasa kesepian. Kesendirian dan kesepian pasien dapat berlanjut pada munculnya halusinasi (Damaiyanti, 2008).

Sebagian besar mengalami halusinasi pada malam hari, pada waktu malam hari, memungkinkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas rutin seperti membersihkan rumah, merawat diri atau aktivitas yang lain. Pada waktu malam hari pasien juga tidak dapat melakukan hubungan sosial dengan orang lain, karena pada saat malam hari, sebagian besar sedang istirahat tidur. Pola tidur pada masing-masing orang dapat berbeda, hal ini menyulitkan pasien yang mengalami halusinasi mencari pertolongan atau mengajak bercakap-cakap untuk mengendalikan halusinasinya. Kondisi ini memungkinkan pasien sendirian termenung sambil berbaring di tempat tidur, sehingga mempermudah munculnya halusinasi. Waktu terjadinya halusinasi dapat pagi hari, siang hari, sore hari, malam hari, pada saat sendiri, atau pada saat sedang jengkel atau sedih (Damaiyanti, 2008).

**Tabel 4 Gambaran respon yang dirasakan pasien skizofrenia saat berhalusinasi**

Respon saat muncul halusinasi	Frekuensi	Persentase (%)
a. Biasa saja	8	6,3
b. Senang	45	35,4
c. Takut	23	18,1
d. Marah	51	40,2
Total	127	100,0

*Sumber: RSJS Magelang tahun 2009*

Dalam penelitian ini, sebagian responden merasakan marah ketika halusinasinya muncul, yaitu 51 atau 40,2%, sedangkan 23 atau 18,1% responden mengatakan takut ketika halusinasinya muncul. Walaupun demikian terdapat 45 atau 35,4% responden yang mengatakan senang

ketika halusinasinya muncul. Respon halusinasi saat muncul sangat perlu diketahui oleh seorang perawat karena dapat menentukan alternatif cara yang dapat digunakan dalam mengontrol halusinasinya. Respon halusinasi yang kadang mengganggu (takut atau marah), kadang menyenangkan sangat

menyulit perawat dalam mengatasinya. Respon halusinasi seperti itu, menyebabkan klien kadang tampak tersenyum dan berbicara sendiri tetapi dengan tiba-tiba tampak gelisah, tidak bisa tenang dan bahkan tiba-tiba menyerang orang lain. Halusinasi dapat mengganggu atau mengancam dan menakutkan bagi klien, walaupun klien lebih jarang melaporkan halusinasi sebagai pengalaman yang menyenangkan (Tomb, 2004). Pasien atau responden yang merasa terganggu dengan halusinasinya membutuhkan perhatian ekstra dari perawat atau orang yang ada di sekitarnya, karena halusinasi yang mengganggu sering menimbulkan kecemasan dan ketakutan yang berlebih sehingga dapat membahayakan orang lain. Halusinasi pendengaran dilaporkan telah menjadi halusinasi yang lebih menakutkan dan mengancam klien (Doenges et al, 2007).

Halusinasi yang dialami pasien skizofrenia, selain ada yang mengganggu juga terdapat pasien yang justru senang dengan halusinasinya. Halusinasi pendengaran dapat berupa komentar-komentar yang mengancam yang sering mengganggu klien dalam beraktivitas selain itu halusinasi juga dapat berisi suara-suara komentar satu orang atau lebih yang kadang menyenangkan klien atau klien cenderung tidak terganggu (Sculz and Videbeck, 2009). Halusinasi yang menyenangkan pasien ini membuat pasien yang mengalami halusinasi cenderung mendiamkan saja dan bahkan menikmatinya dengan cara mengikuti isi halusinasinya. Hal-hal atau tindakan yang dilakukan pasien saat mengalami

halusinasi dapat bermacam-macam, hal ini tergantung dari respon halusinasinya. Perasaan marah dan takut yang dialami pasien dapat berlanjut pada timbulnya perasaan cemas. Kecemasan merupakan ketakutan, ketegangan, kekhawatiran yang penyebabnya tidak diketahui atau tidak dikenal yang berasal dari intrapsikik seperti halusinasi (Isaacs). Respon kecemasan dan kekhawatiran yang berlebih akibat halusinasinya ini dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan karena isi halusinasi dapat memicu keinginan untuk menceleka.

Halusinasi yang menyenangkan bagi pasien, sering memunculkan respon tindakan yang berbeda dengan pasien yang mengalami halusinasi yang menyenangkan. Sebagian besar pasien halusinasi yang menyenangkan menjadi kegirangan dan mengikuti isi halusinasinya (Soehariyadiningsih, 2011). Kegirangan yang dialami pasien skizofrenia merupakan wujud kegembiraan terhadap pengalaman halusinasi yang dialami. Perasaan gembira terjadi karena rasa positif, yakni peristiwa atau kejadian yang menyenangkan terkait dengan dirinya (Notoatmojo, 2010). Isi halusinasi dapat menjadi suatu yang menyenangkan bagi pasien. Pasien yang mengalami halusinasi fase I (*comforting*) mengalami kecemasan ringan dan sering menunjukkan perilaku menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan dipenuhi oleh hal yang mengasyikkan (Stuart, 2007).

**Tabel 5. Gambaran durasi halusinasi pada pasien skizofrenia**

Durasi halusinasi	Frekuensi	Persentase (%)
a. $\leq 12$ hari	76	59,8
b. $> 12$ hari	51	40,2
Total	127	100,0

Sumber: RSJS Magelang tahun 2009

Pada penelitian ini sebagian besar responden mempunyai durasi halusinasi  $\leq 12$  hari, yaitu 76 atau 59,8% responden, sedangkan 40,2% responden mempunyai durasi halusinasi  $> 12$  hari. Durasi halusinasi merupakan waktu yang dibutuhkan halusinasi dapat dihilangkan dari persepsi pasien, durasi ini dihitung dari saat pertama halusinasi diungkapkan oleh pasien skizofrenia pada perawat sampai halusinasi tersebut hilang atau tidak dialami pasien. Selama ini belum ada hasil penelitian maupun konsep teori tentang butuh berapa lama halusinasi dapat teratasi oleh perawat ketika diberikan asuhan keperawatan. Selama proses perawatan pasien skizofrenia yang dijadikan responden dalam penelitian ini dipaparkan beberapa tindakan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif. Semua responden dalam penelitian ini mendapatkan terapi psikofarmakologis berupa Haloperidol 5 mg dua kali sehari (Schultz and Videbeck, 2009). Selain itu pasien dalam penelitian ini juga dilibatkan dalam aktivitas diruangan, dilibatkan dalam aktivitas sosial serta diajarkan dalam mengontrol halusinasinya dengan 5 kali pertemuan (Fontaine, 2009). Pasien yang mengalami halusinasi harus segera dibantu untuk mengatasi halusinasinya karena jika tidak segera diatasi dapat beresiko munculnya perilaku kekerasan yang

diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Apalagi jika halusinasi yang dialami pasien bersifat instruktif dan mengejek. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 45 atau 35,4%, halusinasi yang dirasakan berupa intruksi untuk melakukan sesuatu tindakan dan 11 atau 8,7% halusinasi berisi ejekan yang mengganggu pasien.

Halusinasi yang sifatnya mengganggu akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien, bahkan menimbulkan kecemasan. Hal ini akan mendorong pasien untuk proaktif untuk mengatasi atau mengontrol halusinasi tersebut sehingga akan lebih pendek durasi halusinasinya. Halusinasi yang sifatnya mengganggu akan cenderung pasien mendiamkan saja halusinasi tersebut bahkan akan menikmati atau mengikutinya. Hal ini akan menyebabkan pasien kurang kooperatif atau kurang aktif ketika diajarkan cara atau alternatif mengontrol halusinasi bahkan akan malas ketika dianjurkan untuk mengikuti kegiatan sosial atau aktivitas yang ada diruangan sehingga memilih durasi halusinasi yang lebih lama atau lebih panjang. Dalam mengajarkan alternatif cara untuk mengontrol halusinasi pada pasien, perawat harus dapat mengenal pada pasien bahwa hal yang menyenangkan tersebut dapat berubah menjadi sesuatu yang mengganggu aktivitas hariannya.

Durasi halusinasi yang terpendek dalam penelitian ini adalah 3 hari dan durasi halusinasi terpanjang adalah 42 hari. Perbedaan durasi halusinasi ini kemungkinan disebabkan karena adanya respon yang berbeda dalam

menghadapi halusinasi, selain karena pendidikan yang rendah dan adanya faktor predisposisi biologis, yaitu trauma kepala atau penyakit fisik yang lain yang pernah dialami.

### *Uji Bivariate*

**Tabel 6. Pengaruh Presipitasi, Waktu, Respon dengan Durasi Halusinasi Pasien Skizofrenia**

	Durasi halusinasi	
	X <sup>2</sup>	P Value
Presipitasi	14,276	0,027
Waktu	21,445	0,002
Respon	49,355	0,000

*Sumber: RSJS Magelang tahun 2009*

Dari tabel 6 di atas dapat dilihat bahwa ada pengaruh faktor presipitasi dengan durasi halusinasi pada pasien skizofrenia dengan signifikansi 0,027 atau ada pengaruh pada taraf 5 %. Faktor presipitasi merupakan pencetus, atau hal-hal yang dapat menjadi stressor munculnya halusinasi. Jumlah atau banyaknya stressor yang dialami pasien dapat berdampak dari munculnya halusinasi, sehingga akan berdampak pula pada lamanya halusinasi akan teratasi. Pasien yang mempunyai faktor presipitasi biopsikososial dan budaya mempunyai durasi halusinasi yang lebih pendek ( $\leq 12$  hari), dibandingkan dengan yang hanya mengalami satu jenis presipitasi, misalnya responden yang mengalami presipitasi sosial budaya mempunyai durasi halusinasi yang lebih panjang. Dengan banyaknya jumlah faktor presipitasi yang dialami pasien, kemungkinan mempengaruhi kemampuan pasien dalam mengambil keputusan terutama dalam mencari pertolongan untuk mengatasi halusinasinya. Pengambilan keputusan

yang tepat ini dapat memotivasi pasien untuk proaktif terhadap segala sesuatu yang disarankan oleh perawat untuk aktiv melakukan kegiatan harian di ruangan, sehingga dengan demikian halusinasi yang dirasakan pasien akan terdistraksi dan tidak diberikan waktu untuk muncul kembali. Saat ini belum ada hasil penelitian yang relevan dengan hasil penelitian ini karena belum ada penelitian terdahulu yang meneliti tentang pengaruh faktor presipitasi dengan durasi halusinasi.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya pengaruh waktu munculnya halusinasi dengan durasi halusinasi. Adanya pengaruh ini dapat dilihat dari signifikansi yang didapatkan, yaitu 0,002. Hasil ini kurang dari 0,05 atau 5%, sehingga dapat dikatakan ada pengaruh yang signifikan waktu halusinasi muncul terhadap durasi halusinasi. Halusinasi yang dialami pasien atau responden tidak hanya muncul pada pagi hari, siang hari, sore hari atau malam hari, tetapi juga dialami pasien setia saat. Pasien halusinasi yang mengalami

halusinasi pada waktu siang hari atau pagi hari mungkin tidak akan kesulitan untuk mengontrolnya karena pada saat itu banyak kegiatan atau aktivitas yang dapat diikuti pasien sehingga dengan sendirinya isi halusinasi dapat diatasi. Sebaliknya halusinasi yang muncul pada sore hari atau malam hari akan menyulitkan pasien untuk mengontrolnya karena tidak banyak kegiatan atau aktivitas yang dapat dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasinya. Pasien yang mengalami halusinasi pada pagi hari mempunyai durasi yang lebih pendek dalam mengatasi halusinasi yaitu  $\leq 12$  hari dibandingkan dengan halusinasi yang muncul pada malam hari. Halusinasi yang terjadi pada saat malam hari tidak memungkinkan pasien melakukan aktivitas fisik, bercakap-cakap dengan orang lain maupun minum obat karena obat sudah diminum beberapa jam sebelumnya sehingga mempunyai durasi halusinasi yang lebih panjang. Saat ini belum ada hasil penelitian yang berhubungan dengan pengaruh waktu munculnya halusinasi dengan durasi halusinasi.

Faktor respon pasien pada saat muncul halusinasi juga menentukan durasi halusinasi. Respon halusinasi saat halusinasi muncul dapat menentukan kualitas pengambilan keputusan yang diambil pasien untuk menghadapi pasien. Dalam penelitian ini terdapat pasien yang terganggu dengan isi halusinasinya dan terdapat pula pasien yang justru senang dengan halusinasinya. Dalam penelitian ini terdapat pengaruh respon halusinasi dengan durasi halusinasi dengan signifikansi 0,000 atau 1 %. Hal ini menunjukkan bahwa apa yang

dirasakan saat halusinasi muncul akan menentukan tindakan yang dilakukan pasien untuk menghadapi halusinasinya sehingga akan berpengaruh pada durasi halusinasi. Respon yang menyenangkan pasien terhadap halusinasi akan menghambat upaya perawat membantu pasien mengontrol halusinasi, sebaliknya respon yang mengganggu akan membantu perawat dalam membantu pasien mengontrol halusinasinya. Pasien yang mengatakan takut dengan halusinasinya mempunyai durasi halusinasi yang lebih pendek ( $\leq 12$  hari), demikian juga yang jengkel dan marah dengan halusinasinya mempunyai durasi halusinasi yang pendek, sedangkan yang mengalami halusinasi menyenangkan mempunyai durasi halusinasi yang lebih panjang ( $>12$  hari). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa respon pasien terhadap halusinasi yang dialami dapat menentukan durasi atau lamanya halusinasi akan teratasi. Sampai saat ini belum ada hasil penelitian sejenis yang menggambarkan adanya pengaruh respon halusinasi terhadap durasi halusinasi.

### **Kesimpulan Dan Rekomendasi**

Sebagian besar pasien mengalami halusinasi yang mengganggu dan muncul pada saat malam hari. Faktor presipitasi halusinasi sebagian besar mengalami jumlah presipitasi yang banyak (Biopsikososbud). Terdapat pengaruh presipitasi dengan durasi halusinasi, dimana pasien yang mengalami halusinasi dengan faktor presipitasi yang banyak akan memiliki durasi halusinasi yang lebih

pendek dibandingkan dengan yang mempunyai faktor presipitasi hanya satu. Terdapat pengaruh waktu dengan durasi halusinasi, dimana halusinasi yang muncul pada saat pagi dan siang hari akan membutuhkan waktu yang lebih pendek untuk mengatasinya dibandingkan dengan halusinasi yang muncul pada sore dan malam hari. Ada hubungan antara respon dengan durasi halusinasi, pasien yang merasa senang dengan halusinasinya membutuhkan waktu yang lebih panjang dari pada halusinasi yang menimbulkan respon yang mengganggu (menakutkan atau membuat marah). Respon pasien terhadap halusinasi merupakan faktor yang menurut peneliti paling mempengaruhi durasi halusinasi selain faktor waktu munculnya halusinasi. Faktor presipitasi halusinasi kurang berpengaruh terhadap durasi halusinasi. Direkomendasikan pihak Rumah Sakit Jiwa membuat sebuah Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pada pasien dengan masalah keperawatan halusinasi. Memasukkan intervensi keperawatan membantu pasien mengenal waktu munculnya halusinasi dan respon yang dirasakan dan dilakukan saat halusinasi tersebut muncul, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang waktu dan respon halusinasi yang akhirnya dapat membantu pasien schizophrenia dalam mengajarkan cara kontrol halusinasi yang tepat. Perawat membantu pasien memilih perilaku mengontrol halusinasi yang adaptif.

## Daftar Pustaka

- Arif, I.S. (2006). *Skizofrenia memahami dinamika keluarga pasien*. Cetakan I. Jakarta: Penerbit Refika Aditama
- Keliat, B.A., (1996). *Buku seri keperawatan peran serta keluarga*

*dalam perawatan klien gangguan Jiwa*. (Cetakan II). Jakarta : EGC

- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa* (terjemahan). Cetakan I. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Dalami E, Suliswati, Rochimah, Suryati, K.R dan Lestari, W. (2009). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan jiwa*. Cetakan I. Jakarta : Penerbit Trans info Media
- Varcarolis, E.M dan Halter, M.J. (2010). *Foudations og psychiatric mental health nurring: a clinical approach*, Six edition, Riverport Lane St. Louis, Missouri
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of pschiatric nursing*. 9<sup>th</sup> Edition. Mosby, Inc, an affiliate of Elsevier Inc
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing consepts of care in evidence-based practice*. Sixth Edition.F.A Davis Company. Philadelphia
- Suart, G.W dan Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of pssychiatric nursing*. 8th edition. Mosby Inc
- Maramis, W.F., (2004). *Catatan ilmu kedokteran jiwa* (terjemahan). (Cetakan kedelapan). Jakarta : Airlangga Unversity Press
- Doenges, M.E, Townsend, M.C, Moorhouse, M.F. (2007). *Rencana asuhan keperawatan psikiatri* (terjemahan). Edisi 3. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Kapla, H.I, Sadock, B.J dan Grebb, J.A. (2010). *Kaplan-Sadock sinopsis psikiatri ilmu pengetahuan perilaku*

- psikiatri klinis* (terjemahan). Jilid I. Jakarta : Bina Rupa Aksara Publisher
- Damaiyanti, M. (2008). *Komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan*. Cetakan I. Yakarta : Penerbit Refina Aditama
- Tomb, D. A. (2004). Buku saku psikiatri (terjemahan). Edisi 6. Jakarta : penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Schultz dan Videbeck, S.L. (2009). Lippincott's Manual of psychiatric nursing care plan. Eight Edition. Lippincot-raven Pubblishre.
- Isaacs, A., (2005). *Paduan belajar keperawatan kesehatan jiwa & psikiatrik* (terjemahan). Edisi 3. Jakarta: EGC
- Soehariyadiningsih. (2011). *Studi Diskriptif Karakteristik halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. Skripsi. Tidak dipublikasikan
- Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Edisi 1. Penerbit Rineka Cipta: Jakarta
- Stuart, G.W., (2007). *Buku saku keperawatan jiwa* (terjemahan). Edisi 5. Jakarta: EGC
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing*. 6th edition Pearson Education. Inc



## HUBUNGAN ANTARA RESPON PENERIMAAN INDIVIDU DENGAN KECEMASAN PADA PASIEN GANGGUAN KARDIOVASKULER DIRUANG JANTUNG RS. DUSTIRA CIMAH

Dedi Supriadi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Cimahi

### Abstract

**Background:** The onset of a chronic illness such as heart disease in a family puts pressure on the family system and requires an adjustment of the patient and other family members. This condition also requires tremendous adaptability of the family. Psychological problems that often arise in heart disease patient is the anxiety disorders. This is caused by when an individual can begin the phases in the grieving process and enters the phase of peace or acceptance phase, then he will be able to put an end to the grieving process and cope with feelings of loss completely. But if the individual remains on one phase and not enter to the phase of acceptance, then if he has a grief/ loss it will be more difficult for him to get in to the acceptance phase.

**Objective:** This study aims to describe and identify the relationship between the individual receiving response to the diseases with anxiety in patients with cardiovascular disorders in the cardiac ward of Dustira Cimahi Hospital. The study design used was cross sectional. The samples were taken from the respondents who were cared in hospital cardiac ward in Dustira

**Method:** Cimahi Hospital as many as 70 people, drawn by random sampling technique.

The data was collected using questionnaires completed by respondents and were statistically analyzed with  $\alpha = 0.05$ . Analysis of data was done through two stages, namely to look at univariate frequency distributions and bivariate to see the relationship (*chi square*) and the magnitude of the relationship (OR).

**Result:** Statistical tests found that the individual receiving response to the diseases with anxiety obtained the p value of 0.046. The analysis showed that there is a significant relationship between the individual receiving response to the diseases with anxiety in patients with cardiovascular disorders in the cardiac ward of the Dustira Cimahi Hospital.

**Recommendation:** It is recommended the hospital should include the role of family members in this division of tasks, especially for the needs of clients, so that the clients can has enough rest for both physical and psychological health. In addition, the hospital also need to develop nursing training programs and seminars, or to provide the opportunity for nurses to attend training and seminars conducted by other agencies relating to the handling of anxiety in patients with cardiovascular disorders, especially non-pharmacological interventions in nursing care.

**Keywords** : *individual receiving response to disease, anxiety*

### Pendahuluan

Penyakit jantung merupakan penyakit yang mengganggu sistem pembuluh darah atau lebih tepatnya menyerang jantung dan urat-urat darah, beberapa contoh pentakit jantung seperti penyakit jantung koroner,

serangan jantung, tekanan darah tinggi, stroke, sakit di dada (biasa disebut "angina") dan penyakit jantung rematik. Timbulnya suatu penyakit yang kronis seperti pada penderita penyakit jantung dalam suatu keluarga memberikan tekanan

pada system keluarga tersebut dan menuntut adanya penyesuaian antara si penderita sakit dan anggota keluarga yang lain.

Penderita sakit ini sering kali harus mengalami hilangnya otonomi diri, peningkatan kerentanan terhadap sakit, beban karena harus berobat dalam jangka waktu lama. Sedangkan anggota keluarga yang lain juga harus mengalami “hilangnya” orang yang mereka kenal sebelum menderita sakit (berbeda dengan kondisi sekarang setelah orang tersebut sakit). Sehingga Jika orang mendengar ia kena penyakit jantung, biasanya kebanyakan orang akan berpikir orang tersebut sakit jantung atau jantungnya sakit. Namun sebenarnya, jenis-jenis penyakit jantung itu sendiri bervariasi, seperti : jantung koroner, tekanan darah tinggi, serangan jantung, stroke, sakit di dada (angina) dan penyakit jantung reumatik.

Masalah psikologis yang sering muncul pada penyakit jantung adalah *anxiety disorders* (gangguan kecemasan). Kecemasan dapat memberikan dampak yang merugikan bagi si penderitanya yaitu selain penurunan kualitas hidup, bila cemas pada klien dengan penyakit jantung tidak diatasi maka dapat mengantarkan klien pada tingkat kecemasan yang tinggi hingga mengganggu sistem kardiovaskuler dan akan memperberat keadaan penyakitnya. Oleh karena itu banyak para ahli medis yang menyarankan agar penderita jantung menenangkan dirinya, jangan sampai memikirkan banyak hal. Karena untuk yang sudah menderita

jantung, keadaan yang membuat pikiran terasa berat akan mempengaruhi keadaan jantungnya, maka terjadilah gangguan kardiovaskuler bila kecemasan tidak dapat dihindari.

## Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan deskriptif korelasional, yaitu mencari hubungan diantara variabel-variabel yang diteliti. Metode korelasi ini bertujuan untuk meneliti sejauh mana variabel pada satu faktor berkaitan dengan variasi pada faktor lainnya. Berdasarkan tujuan penelitian rancangan penelitian menggunakan “ *cross sectional* “. Dimana Peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel sesaat. Artinya subjek diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan pada saat pemeriksaan atau pengkajian data (SastroAsmoro& Ismael, dalam Nursalam, 2001).

Dalam penelitian ini hanya 2 variabel yang diteliti yaitu respon individu terhadap penerimaan penyakit yang meliputi menolak (denial), marah (*anger*), Tawar menawar (*Bargaining*), Depresi (*Depression*), Menerima (*Acceptance*) dengan kecemasan pada klien dengan gangguan kardiovaskuler.

## Hasil Penelitian

1. Gambaran Respon Penerimaan Penyakit Pada Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler di Ruang Jantung RS Dustira Cimahi

**Tabel 1**  
**Distribusi Frekuensi Respon Penerimaan Penyakit Pada Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler di Ruang Jantung RS Dustira Cimahi**

<b>Respon Penerimaan individu Terhadap Penyakit Pada Klien dg Gangguan Kardiovaskuler</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Menerima	25	35,7
Tidak menerima	45	64,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Dari hasil penelitian diketahui bahwa respon penerimaan penyakit pada klien dengan gangguan kardiovaskuler berdasarkan sampel yang diambil oleh peneliti didapatkan bahwa sebagian besar responden 45 orang (64,3%)

dengan sikap tidak menerima akan penyakit yang dideritanya .

## 2. Gambaran Kecemasan Pada Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler di Ruang Jantung RS Dustira Cimahi

**Tabel 2**  
**Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler di Ruang Jantung RS Dustira Cimahi**

<b>Kecemasan Pada Klien dg Gangguan Kardiovaskuler</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Cemas	35	50
Tidak Cemas	35	50
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Dari hasil penelitian diketahui dari 70 orang pasien setengah responden (50%) merasa cemas dengan penyakit yang dideritanya.

## 3. Hubungan antara respon penerimaan terhadap penyakit dengan kecemasan pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler di ruang jantung RS Dustira Cimahi.

**Tabel 3**  
**Distribusi respon penerimaan terhadap penyakit berdasarkan kecemasan pasien dengan gangguan kardiovaskuler di ruang jantung Rumah Sakit Dustira Cimahi**

Kardiovaskuler di Ruang Jantung Rumah Sakit Dharma Cendek								
Respon Penerimaan Individu Terhadap Penyakit	Kecemasan				Total		OR 95% CI	P Value
	Cemas		Tidak Cemas					
	N	%	N	%	N	%		
Menerima	8	32	17	68	25	100	0,314 (0,1 – 0,8)	0,046
Tidak menerima	27	60	18	40	45	100		
Jumlah	35	50	35	50	70	100		

Hasil analisis hubungan antara respon penerimaan terhadap penyakit dengan kecemasan pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskuler di ruang jantung Rumah Sakit Dustira Cimahi, diperoleh bahwa dari 25 responden ada 17 (68%) pasien dengan sikap menerima terhadap penyakit yang dideritanya dan merasa tidak cemas, sedangkan dari 45 responden ada 27 (60%) pasien dengan sikap tidak menerima terhadap penyakit yang dideritanya dan merasa cemas. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,046$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara respon penerimaan individu terhadap penyakit dengan kecemasan pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler di ruang jantung RS. Dustira Cimahi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,314$ , artinya pasien yang berespon terhadap penerimaan penyakitnya yang bersikap tidak menerima mempunyai peluang 0,3 kali untuk mengalami kecemasan dibandingkan dengan pasien yang bersikap menerima terhadap penyakit yang dideritanya.

## **Pembahasan**

### **Gambaran Respon Penerimaan Terhadap Penyakit**

Respon penerimaan terhadap penyakit pada penelitian ini merupakan reaksi psikologis individu terhadap respon berduka dimana menurut Suliswati,dkk (2005) mengatakan bahwa berduka adalah reaksi terhadap kehilangan yang merupakan respons emosional yang normal. Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden 64,3% respon penerimaan terhadap penyakit dengan sikap tidak menerima. Hal ini dikarenakan bahwa individu yang berduka kadang – kadang

tidak mampu untuk menjalani perasaan berduka secara normal. Sebagai contoh individu yang berduka akan mengalami depresi yang berat dari yang biasa apalagi bila berhubungan erat dengan ambisi, pengharapan, harga diri, kemampuan atau rasa aman yang dialami oleh individu dengan konsep diri yang miskin atau harga diri rendah mudah terjatuh pada kondisi depresi (Suliswati, dkk, 2005).

Kondisi tersebut di atas didukung pula oleh penyakit yang diderita, pada sebagian orang beranggapan bahwa terkena penyakit jantung sama halnya dengan bom waktu yang sewaktu-waktu bisa meledak, dalam hal ini adalah menimbulkan kematian. Penyakit jantung merupakan penyebab utama kematian. Penderita sakit ini sering kali harus mengalami hilangnya otonomi diri, peningkatan kerentanan terhadap sakit, beban karena harus berobat dalam jangka waktu lama.

Selain itu juga terkait dengan hasil penelitian di atas Mekanisme coping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menghadapi dan menerima pada fase berduka. Perawat membantu klien untuk memahami dan menerima kehilangan dalam konteks kultur mereka sehingga kehidupan mereka dapat berlanjut. Dalam kultur Barat, ketika klien tidak berupaya melewati duka cita setelah mengalami kehilangan yang sangat besar artinya, maka akan terjadi masalah emosi, mental dan sosial yang serius. Dalam perkembangan masyarakat dewasa ini, proses kehilangan dan berduka sedikit demi sedikit mulai maju. Dimana individu yang mengalami proses ini ada keinginan untuk mencari bantuan kepada orang lain. Pandangan-pandangan tersebut dapat menjadi dasar bagi seorang perawat apabila menghadapi kondisi yang demikian. Pemahaman dan persepsi diri tentang

pandangan diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Kurang memperhatikan perbedaan persepsi menjurus pada informasi yang salah, sehingga intervensi perawatan yang tidak tetap (Suseno, 2004).

### **Gambaran Kecemasan**

Kecemasan merupakan suatu keadaan emosional yang tidak menyenangkan yang ditandai dengan perasaan khawatir, terancam atau datangnya bahaya. Berkaitan dengan perubahan pola somatik dan otonomik yang karakteristik seperti banyak keringat, tremor, mulut kering, jantung berdebar-debar dan perasaan tertekan secara subjektif biasa mengambang atau menjadi fobia bila dihadapkan pada obyek atau situasi spesifik (Stuart & Sundeen, 1998). Hasil penelitian diketahui setengah responden (50%) merasa cemas dengan penyakit yang dideritanya. Dari hasil di atas menunjukkan bahwa responden dalam penelitian ini menunjukkan dalam kondisi cemas hal ini sesuai dengan *Keltner (1995), menyebutkan bahwa masalah psikologis yang sering muncul pada penyakit jantung adalah anxiety disorders (gangguan kecemasan)*. Studi yang dilakukan Yellowles, 1987 dalam Katon, 2003 dalam *www.PsychosomaticMedicine*, diperoleh 27 Maret 2009), bahwa penelitian yang dilakukan pada populasi dengan usia dewasa didapatkan 34% klien dengan penyakit jantung mengalami gangguan kecemasan umum dan 24 % mengalami gangguan panik. Dalam studi Nascimento (2002, dalam Katon, 2003 dalam *www.PsychosomaticMedicine*, diperoleh 27 Maret 2009) dari populasi yang didiagnosa secara klinik menderita penyakit jantung didapatkan 52,3% klien dengan penyakit

jantung mengalami gangguan kecemasan dan 13,9% gangguan panik terutama agoraphobia.

Hal ini juga dipertegas oleh Suliswati (2005) mengatakan bahwa kecemasan dapat timbul dari bagaimana mekanisme koping individu tersebut, karena individu dapat menanggulangi stres dan kecemasan dengan menggunakan atau mengambil sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal dan interpersonal. Kemampuan individu menanggulangi kecemasan secara konstruksi merupakan faktor utama yang membuat klien berperilaku patologis atau tidak. Bila individu sedang mengalami kecemasan ia akan mencoba menetralisasi, mengingkari atau meniadakan kecemasan dengan mengembangkan pola koping.

### **Hubungan antara respon penerimaan individu terhadap penyakit dengan kecemasan**

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat di ruang jantung Rumah Sakit Dustira didapat bahwa 68% responden respon penerimaan terhadap penyakit yang diderita dengan sikap menerima dan merasa tidak cemas, sedangkan 60% responden respon penerimaan terhadap penyakit yang dideritanya dengan sikap tidak menerima dan merasakan kecemasan.

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa individu yang menerima akan keadaan penyakitnya cenderung akan tidak merasa cemas dibandingkan dengan individu yang tidak menerima akan kondisi penyakitnya cenderung akan lebih merasa cemas, hal ini sesuai dengan yang dikatakan oleh Yosep (2009) dalam bukunya yang berjudul *Keperawatan Jiwa* mengatakan bahwa Bagi individu atau keluarga yang mengalami penyakit terminal, akan terus

menerus mencari informasi tambahan tentang penyakitnya yang pada dasarnya individu akan mengalami fase-fase kehilangan atau berduka seperti *denial*, *anger*, *bergaining*, *depression* dan *acceptance*, apabila individu dapat memulai fase-fase tersebut dan masuk pada fase damai atau fase penerimaan, maka dia akan dapat mengakhiri proses berduka dan mengatasi perasaan kehilangannya secara tuntas. Tetapi apabila individu tetap berada pada salah satu fase dan tidak sampai pada fase penerimaan, jika mengalami berduka/kehilangan lagi sulit baginya masuk pada fase penerimaan.

Sehingga Menurut pandangan perilaku ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas sebagai satu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya diharapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukan ansietas pada kehidupan yang selanjutnya (Stuart & Sundeen, 1995). Selain itu juga Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,046$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara respon penerimaan terhadap penyakit dengan kecemasan pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler di ruang jantung RS. Dustira Cimahi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,314$ , artinya pasien yang berespon terhadap penerimaan penyakitnya yang bersikap tidak menerima mempunyai peluang 0,3 kali untuk mengalami kecemasan dibandingkan dengan pasien yang bersikap menerima terhadap penyakit yang dideritanya. Hal ini di dukung oleh Suliswati (2005) menyatakan bahwa

kecemasan dapat timbul dari bagaimana mekanisme koping individu tersebut, karena individu dapat menanggulangi stres dan kecemasan dengan menggunakan atau mengambil sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal dan interpersonal. Karena ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang cenderung tetap dominan ketika ansietas menghambat akan menyebabkan individu akan jatuh kepada kondisi depresi.

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di atas maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari hasil penelitian diketahui sebagian besar responden 64,3% dengan sikap tidak menerima akan penyakit yang dideritanya.
2. Dari hasil penelitian diketahui setengah responden 50% merasa cemas dengan penyakit yang dideritanya.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara respon penerimaan individu terhadap penyakit dengan kecemasan pada pasien dengan gangguan kardiovaskuler di ruang jantung RS Dustira Cimahi dengan nilai  $P 0,046 (< 0,05)$ .

## DaftarPustaka

Arikunto,S.(2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, edisi 5.Yogyakarta.Rineka cipta

- Atkinson, et all. (2006). *Pengantar Psikologi*. Batam: Interaksara
- Azis. (2003). *Riset Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Depkes RI. (2007). *Indonesia Sehat 2025*. Jakarta.
- Hasan, M. I. (2002). *Pokok- Pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Hastono, S.P., Sabri, L., ed. (1999). *Modul (MA 2600): Biostatistik & Statistik Kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Hawari, D. 1997. *Al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan*. Yogyakarta. Dana Bhakti Primayasa.
- Hurlock, E.B. 1990. *Psikologi Perkembangan, Suatu Rentang Kehidupan (terjemahan : Istiwidayanti dan Soedjarwo)*. Edisi 5. Jakarta : Erlangga.
- Juniper, E.F. (1999). *Development and Validation of The Mini Asthma Quality of Life Questionnaire*. European Respiratory Journal, 14: 32±38.
- Kaplan & Sadock. (1997). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis, Edisi 7 (ed-7), Jilid I*. Jakarta: BinarupaAksara
- Katon, 2003, tersedia [http://www.Psychosomatic Medicine](http://www.PsychosomaticMedicine.com), diperoleh tanggal 27 Maret 2009.
- Keltner, N.L. (1995). *Psychiatric Nursing, 2<sup>nd</sup>.ed*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Melayu, 2008, tersedia <http://redeagle.myflexiland.com/index.php>, diperoleh tanggal 27 Maret 2009.
- Notoatmodjo, S. (1997). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nursalam, Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis: Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta. CV. Info Medika.
- . (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, edisi I (ed-1). Jakarta: Salemba Medika.
- Sampoerno, 1998, tersedia <http://ads.egroups.com>, diperoleh tanggal 25 Maret 2009.
- Smeltzer & Bare. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC.
- Srikandi, K. (1997). *Pengantar Statistika*. Surabaya: Citra Media.
- Stuart & Sundeen. (1998). *Keperawatan Jiwa, Edisi 3 (Ed-3)*. Bandung: EGC.
- Suliswati (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta. EGC.
- Tallis, Fr. 1995. *Mengatasi Rasa Cemas (Ahli Bahasa Meitasari Tjandrasa)*. Jakarta: Arcan.
- Towsend. (1996). *Psychiatric Health Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Suseno, Tutu April. 2004. *Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia: Kehilangan, Kematian dan Berduka dan Proses keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.

Yayasan Jantung Indonesia, 2008, tersedia  
<http://id.inaheart.or.id>, diperoleh tanggal  
27 Maret 2009.

Yosep, I (2009). *Keperawatan Jiwa*.  
Bandung: Refika Aditama.



# REVIEW LITERATUR KEEFEKTIFAN MOBILISASI DINI PADA POST OPERASI PERBAIKAN TENDON FLEKSOR

Sapto Haryatmo  
Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo

## Abstract

**Objectives:** The objective of this literature review is to find evidence that exist for the effects of early mobilisation of post flexor tendon repair surgery in order to inform the professional practitioners of its benefit or otherwise.

**Methods:** This literature review was conducted by electronic searching of journal databases using the specified keywords.

**Result:** Early mobilisation of post flexor tendon repair surgery showed a better result in the function recovery, faster healing process, prevent contracture and minimal complication of flexor tendon. It is also give a better healing than total immobilisation. Early mobilisation of the flexor tendon which is done by well trained personnel and under controlled on comply to the order patient could avoid the complication to the repaired tendon. Both passive and active early mobilisation have no significance defference in bad effect or complication to the tendon.

**Conclusion:** Early mobilisation both passive or active on post flexor tendon repair surgery give positive effect in restore tendon function. The minimal effect and complication is very helpful to the service and money spending of the patients.

**Keywords:** *flexor tendon injury, early mobilitation, flexor tendon repair, passive mobilisation, active mobilisation*

## Pendahuluan

Dalam keseharian, sering didapatkan kejadian trauma tangan dengan berbagai macam tingkatan keparahan, salah satunya adalah cedera pada tendon fleksor. Dari data yang dikemukakan Azeta (2010) cedera pada tendon fleksor merupakan cedera yang sering terjadi. Data epidemiologi dari Norway mencatat insidensi terjadinya cedera pada tendon flexor sekitar 1 kasus tiap 7000 penduduk di negara industri. Cedera ini lebih sering terjadi pada laki-laki dan terbanyak pada usia antara 15 sampai usia 30 tahun.

Fungsi tendon adalah sebagai pengikat dan penghubung struktur otot dan tulang yang bersifat fleksibel. Otot sangat dinamis dan fleksibel sedangkan tulang bersifat kaku, tendon berfungsi di antara kedua sifat tersebut dimana tendon harus mampu

meredam getaran/goncangan dari struktur yang kaku serta menahan tarikan dari otot yang bersifat dinamis.

Penyembuhan tendon melibatkan 3 fase yang saling bertumpuk yaitu fase inflamasi pada 3 sampai 5 hari pasca operasi, fase fibroblastik atau produksi kolagen sekitar hari ke 5 sampai 3 – 6 minggu, dilanjutkan fase pematangan yang berlanjut selama 6 – 9 bulan. Dengan memberikan latihan gerakan pasif dini pada tendon pasca penyambungan akan mempercepat penguatan tensile strength, adesi lebih minimal, perbaikan ekskursi, nutrisi yang lebih baik dan perubahan pada lokasi penyambungan yang lebih minimal dibandingkan dengan tendon yang diimmobilisasi. Untuk dapat mencapai hasil optimal diperlukan penyambungan yang kuat pada saat reparasi dan latihan yang dilakukan harus terkontrol. Mobilisasi dini

telah terbukti berhasil pada reparasi tendon zona II dan menjadi pendekatan yang umum pada tatalaksana tendon flektor pada semua zona (Petengill, 2005: 158)

Dari hasil telaah terhadap beberapa jurnal didapatkan bahwa mobilisasi dini memberikan keuntungan yang lebih dibandingkan dengan imobilisasi pada pasien post operasi reparasi tendon flektor. Di antara manfaat yang mungkin tersebut adalah

1. Mengurangi terjadinya adhesi yang dapat membatasi pergerakan tendon sehingga tendon sembuh dengan fungsi yang lebih optimal.
2. Mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk kesembuhan pasien dengan cedera tendon
3. Mempercepat pengembalian fungsi tendon tanpa meningkatkan ruptur berulang
4. Penggunaan bidai statik yang mudah disiapkan dengan mobilisasi dini sama baiknya dengan penggunaan bidai dinamik
5. Mobilisasi dini membuat pasien lebih cepat pulih dan mampu bekerja kembali dengan hambatan minimal atau bahkan tanpa hambatan
6. Menimbulkan lebih sedikit komplikasi penyembuhan dibandingkan dengan imobilisasi total

Studi pustaka ini akan membahas mengenai hasil-hasil dan kesimpulan dari penelitian terkait dengan hal-hal tersebut. Hal yang akan dilihat adalah tingkat kesembuhan apabila dilakukan mobilisasi dini dibandingkan dengan yang tidak dilakukan atau metode yang lama.

## Metode

Studi pustaka dilakukan terhadap jurnal-jurnal yang terkait cedera tendon flektor, reparasi tendon flektor dan mobilisasi dini pada post operasi tendon flektor. Jurnal

ditelusuri dari database ProQuest, EBSCO, dan database jurnal kesehatan maupun artikel kesehatan dengan kata kunci *flexor tendon*, *early mobilisation*, *flexor tendon reparation*, *passive mobilisation*, *active mobilisation*, *flexor tendon rehabilitation*. Literatur diutamakan berupa jurnal maupun laporan kasus.

## Hasil Dan Pembahasan

### Anatomi Dan Fisiologi Tendon Fleksor

Terdapat 8 tendon otot flektor digitorum superfisial dan profunda tendon flektor pollicis longus dan tendon flektor carpi radialis yang melewati carpal tunnel sampai tulang-tulang carpal atau jari-jari dan terinsersi ke dalam tulang yang terkait. Sinovial dan selaput fibrosa membungkus permukaan dalam dan luar masing-masing tendon, secara berturut-turut.

Kleinert dan Verdan (1983) mengklasifikasikan trauma tendon berdasar zona anatomi

1. Zona I: Zona trauma avulsi FDP (Jersey finger)  
Letaknya antara bagian medial phalanx media sampai ujung jari dan terdiri hanya satu tendon yakni flektor digitorum profunda.
2. Zona II: No mans land  
Letaknya dari caput metacarpal ke pertengahan phalanx media. Terdapat 2 tendon pada zona ini yakni flektor digitorum superfisial dan profunda.
3. Zona III: Lipatan palmar distal  
Letaknya antara ligamentum carpal transversum dan sisi proksimal pembentukan selaput tendon.
4. Zona IV: Ligamentum carpal transversum

Letaknya di bawah ligamentum carpal transversum. Trauma tendon pada zona ini jarang terjadi karena proteksi dari ligamentum carpal transversum yang kuat.

5. Zona V: Proksimal

Letaknya di proksimal ligamentum carpal transversum. Bagian proksimal zona ini tepat pada tautan muskulotendinosa

### **Mobilisasi Dini Post Reparasi Tendon Fleksor**

Mobilisasi dini merujuk pada mobilisasi pendek dari tendon yang diperbaiki dalam beberapa minggu pertama. Keuntungan terbesar dari mobilisasi dini yang dilakukan pada satu minggu pertama dan mungkin berkurang atau berubah apabila dimulai sesudahnya (Pettengill, 2005).

Meskipun tendon sembuh dalam tahapan yang jelas, masih terdapat kontroversi dan masalah yang berkaitan dengan penyembuhannya. Masalah pertama adalah terjadinya adhesi. Adhesi bisa jadi merupakan respon inflamasi oleh trauma tendon dan selubung tendon dan dipicu oleh imobilisasi total (Gelberman & Manske seperti dikutip oleh Weinstein, 1991: 26).

Adhesi menyuplai darah selama masa penyembuhan, akan tetapi adhesi ini juga menahan tendon dan mencegah pergerakan tendon. Adhesi juga terbentuk akibat adanya pembatasan gerakan selama proses penyembuhan sehingga saat terjadi proliferasi fibrosa permukaan tendon dan jaringan sekitarnya terisi oleh fibrosa, hal ini terjadi sejak hari ke dua post operasi. Penyebab ketiga pembentukan adhesi adalah adanya imobilisasi. Imobilisasi penuh selama tiga minggu seperti praktik yang dijalankan menyebabkan tendon terperangkap dalam jaringan parut yang timbul dan membatasi

pergerakan tendon dan mempersulit pengembalian kemampuan gerak aktif tendon.

Tindakan mobilisasi dini dapat mencegah terjadinya adhesi tersebut, sehingga tendon tidak lagi terikat oleh adhesi dan pergerakannya menjadi lebih bebas. Dengan pergerakan tendon yang terlatih dan lebih bebas maka fungsi ketika sembuh dapat lebih optimal dibandingkan dengan tanpa mobilisasi.

Dalam mobilisasi terdapat perbedaan yaitu *Early Passive Mobilization (EPM)*/*Early Controlled Passive Mobilization (ECPM)* yang dilakukan dengan melakukan fleksi pasif baik digabungkan dengan ekstensi aktif maupun pasif, bentuk yang lain adalah *Early active mobilization (EAM)*/*Early Controlled Active Mobilization (ECAM)* yang dilakukan dengan fleksi dan ekstensi aktif pada jari-jari yang terlibat.

1. EPM

Dalam prosedur Duran dan Houser, bidai mempertahankan telapak tangan fleksi 20 derajat dan jari dalam posisi rileks dengan menggunakan karet yang dikaitkan ujung jari untuk membuat tendon tidak tegang. Dua kali sehari pasien melakukan enam sampai delapan kali pengulangan dua latihan. Latihan dilakukan dengan menekan jari ke arah proksimal dan kemudian menariknya ke arah distal. Latihan ini membuat gerakan 3-5 mm pada tendon, dan cukup adekuat untuk mencegah terjadinya adhesi yang restriktif.

Latihan dilakukan 2 kali sehari selama 2,5 minggu. Setelah empat minggu terapi melibatkan mobilisasi aktif. Dimulai dengan pengulangan 10 kali fleksi dan ekstensi pada telapak

tangan digabungkan dengan pengulangan dua belas kali fleksi dan ekstensi jari yang dilakukan setiap jam. Pada minggu ke tujuh ekstensi pasif dan aktif dari telapak tangan dan jari dilakukan seperti pada latihan range of motion aktif dan pasif.

Menurut Weinstein (1991) terdapat enam syarat untuk dilakukan EPM agar terhindar dari ruptur tendon: 1) Mobilisasi pasif terkontrol, 2) Pembebasan selubung tendon agar tidak membatasi ekstensi, 3) Stokinet pelindung untuk mencegah fleksi aktif yang tidak terkontrol, 4) Tidak dilakukan fleksi aktif selama 5,5 minggu setelah operasi, 5) Protected anastomosis dalam 2 minggu selanjutnya, 6) Pasien kooperatif.

## 2. EAM

Tendon fleksor berfungsi untuk menarik dan bukan mendorong sehingga penggunaan fleksi aktif memberikan lebih banyak gerakan tendon sesuai dengan fisiologinya dibandingkan dengan fleksi pasif.

Konsep dari mobilisasi ini adalah ekstensi aktif melawan fleksi aktif dengan tali yang terbuat dari karet. Pasien diimobilisasi dengan dorsal blocking splint dengan pergelangan tangan fleksi 600 sendi metekarpal 200 dan interfalangeal 100. Pengikat dari karet diikatkan pada jari yang memungkinkan dilakukan ekstensi aktif melawan arah ikatan. Pasien melakukan ekstensi aktif melawan arah karet dan pengikat karet akan membuat jari mengalami fleksi pasif selama tiga minggu pertama. Pada minggu ke empat dorsal splint dilepaskan dan digantikan dengan traksi dengan

pengikat karet selama tiga minggu selanjutnya. Dalam rentang waktu tersebut pasien terus melakukan ekstensi aktif tetapi tidak melakukan fleksi aktif pada jari yang sakit. Pada minggu ke enam bidai pergelangan tangan dilepaskan dan pasien memulai tindakan fleksi aktif. Pada minggu ke delapan pasien mulai melakukan latihan progresif dan diharapkan sudah kembali pada fungsi normal pada minggu ke sepuluh sampai dua belas (Weinstein, 1991).

## Efek mobilisasi dini pada post operasi tendon fleksor

Dalam jurnalnya yang berjudul *Outcome Of Early Active Mobilization After Flexor Tendons Repair In Zones II–V In Hand* Narender (2010) melakukan percobaan pada 25 pasien dengan total 75 jari yang mengalami cedera dan mendapatkan hasil 63% (47/75) jari menunjukkan hasil *excellent*, di mana hasil *good* didapatkan pada 19% (14/75) jari. Sembilan persen (7/75) jari menunjukkan *fair* dan jumlah yang sama masuk kategori *poor*. Berdasar zona, zona II menunjukkan hasil *poor* 25% kasus dan *fair* dengan jumlah yang sama, zone III dan IV 60–70% hasilnya *excellent* dan *good* dengan mobilisasi dini. *Excellent* dan *good* didapatkan 100% pada zona V. Penilaian dilakukan dengan menilai kemampuan fleksi jari setelah reparasi menggunakan standar Louisville, yaitu:

- *Excellent* : Flexion lag < 1 cm/extension lag < 15°
- *Good* : Flexion lag 1–1.5 cm/extension lag 15°–30°
- *Fair* : Flexion lag 1.5–3 cm/extension lag 30°–50°

- *Poor* : Flexion lag >3 cm/extension lag > 50°

Evans (2005) menyebutkan bahwa pergerakan meningkatkan difusi cairan sinovial padatendon di area sinovial dan meningkatkan konsentrasi fibronectin dan kemotaksisa fibroblast pada lokasi reparasi.

Sementara itu Hung dkk. (2005) melakukan penilaian semua pasien dalam penelitiannya dengan Total Active Motion (TAM) scoring system dari American Society for Surgery of the Hand. Pengkajian dilakukan pada minggu ke 3, 6, 9 dan 12 post operasi dan penilaian terakhir paling tidak setelah 6 bulan. Perbandingan dengan hasil akhir menggunakan Wilcoxon ranked test dengan signifikansi  $p < 0.05$ . TAM scoring system yang digunakan untuk menilai: *Excellent*: 100% normal, *Good*: 75–99% normal, *Fair* : 50–74% normal, *Poor* : <50% normal. Hasil penelitiannya terhadap 24 dan 22 cedera di zona 2 dan zona lain adalah *good to excellent* adalah 71% dan 77% pada zona 2 dan zona lain ( $p < 0.05$ ). terdapat 2 ruptur pada zona 2 dan satu ruptur pada zona 3 yang diperbaiki (6.5%). Dalam kesimpulannya, mobilisasi aktif yang dilakukan setelah reparasi tendon fleksor memberikan hasil klinis yang seimbang dan sama amannya dengan mobilisasi konvensional meskipun pemulihan pada pasien dengan cedera di zona 2 tertunda.

### Komplikasi

Komplikasi juga terjadi pada sejumlah sedikit kasus, Narender (2010) mencatat terjadinya ruptur pada 2 kasus (3%), kontraktur 2 (3%) jari. Hasil penyembuhan primer dan yang tertunda identik. Mobilisasi dini mengurangi tingkat ruptur 3% (two digits) dibandingkan dengan 4-17% pada

penelitian lain. Delapan puluh tujuh persen (tujuh jari) menunjukkan hasil *excellent* dan *good* sementara satu *poor*. Dengan mengabaikan apakah reparasi bersifat primer atau sekunder mobilisasi aktif dini pada pasien yang menuruti prosedur dan menginginkan segera sembuh memberikan hasil yang signifikan

Mobilisasi dini baik aktif maupun pasif memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan immobilisasi total, menurut Klein (2003) mobilisasi aktif yang lebih banyak melakukan gerakan pada tendon post operasi ternyata tidak memberikan dampak yang lebih buruk dibandingkan dengan mobilisasi pasif. Pengawasan dari terapis dalam melaksanakan mobilisasi memberikan kontribusi yang penting, ternyata terdapat faktor ketidakpatuhan yang membuat kegagalan penerapan intervensi.

### Kesimpulan

Pemberian tindakan mobilisasi dini baik secara aktif maupun pasif pada pasien post operasi reparasi tendon fleksor memberikan efek positif berupa penyembuhan yang lebih cepat, mencegah kontraktur dan mempercepat pengembalian fungsi tendon yang rusak untuk berfungsi seperti semula. Pelaksanaan tindakan mobilisasi dini memerlukan keterampilan, koordinasi yang baik dengan pasien, kemauan pasien untuk bekerja sama dan hasrat cepat sembuh. Dengan supervisi yang ketat intervensi mobilisasi dini akan efektif dan mengurangi resiko terjadi komplikasi yang tidak diharapkan.

Dengan minimalnya gejala sisa atau komplikasi dari tindakan reparasi tendon fleksor yang diikuti dengan mobilisasi dini maka akan sangat membantu pelayanan

kesehatan maupun pasien. Pasien dapat memperoleh hasil yang lebih maksimal dari tindakan reparasi yang dilakukan dan secara tidak langsung akan sangat membantu karena tidak terlalu banyak waktu maupun pembiayaan yang dikeluarkan seperti bila terjadi ketidaksempurnaan pergerakan akibat adanya adhesi maupun kontraktur.

## Saran

1. Hasil penelitian dan tindakan mobilisasi dini penting dan sebaiknya dilaksanakan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan upaya mencapai hasil maksimal dari pelayanan kepada pasien dengan didasarkan pada bukti penelitian yang valid.
2. Intervensi dalam penelitian ini dapat dilaksanakan di tataran praktik karena pada dasarnya tidak mengubah penatalaksanaan yang telah ada dan berhasil tetapi hanya menambahkan intervensi baru untuk memaksimalkan hasil yang mungkin dicapai.
3. Intervensi mobilisasi dini sebaiknya dilakukan sebagai bagian integral dari terapi pembedahan dalam menangani cedera tendon fleksor.

## Daftar Pustaka

- Azeta A., Chaidir R, Ismono D, Hidajat NN, *Perbandingan Tensile Strength Pasca Repair Dengan Menggunakan Teknik Modifikasi Kessler 2, 4 Dan 6 Strand Yang Dinilai Pada Minggu Ketiga Penyembuhan Ruptur Tendon Achilles Kelinci*, Majalah Orthopaedi Indonesia, Volume XXXVIII No. 1, Juni 2010
- Dharma, Kelana K., 2011, *Metodologi Penelitian Keperawatan; Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*, Penerbit Trans Info Media, Jakarta
- Evans, Roslyn B, 2005, *Zone I Flexor Tendon Rehabilitation with Limited Extension and Active Flexion*, Journal of Hand Therapy; Apr-Jun 2005; 18, 2; ProQuest
- Klein, Linda, 2003, *Early Active Motion Flexor Tendon Protocol Using One Splint*, Journal of Hand Therapy; Jul-Sep 2003; 16, 3; ProQuest
- Kleinert HE, Verdan C.1983, *Report of the Committee on Tendon Injuries (International Federation of Societies for Surgery of the Hand)*, Journal of Hand Surgery Am. 1983 Sep 8
- LK Hung, KW Pang, PLC Yeung, L Cheung, JMW Wong, P Chan, 2005, *Active Mobilisation After Flexor Tendon Repair: Comparison Of Results Following Injuries In Zone 2 And Other Zones*, Journal of Orthopaedic Surgery 2005;13(2):158-163
- Morris. Beverly A., Benetti. Maureen, Marro. Hannah, Rosenthal. Cynthia K., 2010, *Clinical Practice Guidelines For Early Mobilization Hours After Surgery*, Orthopaedic Nursing; Sept/Oct 2010; ProQuest
- Narender Saini, Vishal Kundnani, Purnima Patni, SP Gupta, 2010, *Outcome of Early Active Mobilization After Flexor Tendons Repair in Zones II–V in Hand*, Indian Journal of Orthopaedic, July 2010, Vol. 44, Issue 3
- Pettengill KM. 2005, *The evolution of early mobilization of the repaired flexor tendon*, Journal of Hand Therapy. 2005 Apr-Jun

Putro, Widiyatmiko Arifin, Referat: Cedera Tendon Fleksor Akut, Tersedia di <http://www.scribd.com/doc/72063126/Anatomi-Tendon-Fleksor>, diakses pada 4 Juni 2012

Rath. Santosh, Schreuders. Ton A. R, Stam. Henk J, Hovius. Steven E. R, Selles. Ruud W. 2010, *Early Active Motion versus Immobilization after Tendon Transfer for Foot Drop Deformity; A Randomized Clinical Trial*, This article is published with open access at Springerlink.com 17 April 2010, DOI 10.1007/s11999-010-1342-4

Weinstein, Aimee, 1991, *Early Controlled Passive Mobilization versus Early Controlled Active Mobilization After A Tendon Repair in Zone II of The Hand*, ProQuest Dissertations & Theses: The Sciences and Engineering Collection

Zhao, Chunfeng;Amadio, Peter C;Momose, Toshimitsu;Couvreur, Paulus;et al, 2002, *Effect Of Synergistic Wrist Motion On Adhesion Formation After Repair Of Partial Flexor Digitorum*, Journal of Bone and Joint Surgery; Jan 2002; 84, 1; ProQuest

# HARAPAN MAHASISWA KEPERAWATAN TERHADAP PENAMPILAN DOSEN-DOSEN DI PROGRAM KEPERAWATAN

Monica Kartini<sup>1</sup>, C. Ermayani Putriyanti<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo

## Abstract

**Background:** Assessing what students expect of their teachers may provide some insight for teachers about what performances that are expected from them and a base to enhance their teaching performance. The study was conducted in two YAKKUM nursing schools, which have two entry levels for students, those graduated from senior high school and upgrading students.

**Objectives:** The study aimed to identify the expectations of nursing students about the performance of their teachers and determine if there was a difference in expectations between students who graduated from senior high school and upgrading students.

**Methods:** This research is a descriptive exploratory study using a survey questionnaire. The questionnaire consisted of five categories each with a variety of question and one open-ended question. The quantitative data was analyzed using descriptive statistics, while the qualitative data used thematic analysis.

**Result:** All five categories of quantitative data rendered mean values of 3 or more. They were *teaching preparation and procedures* (mean=3.12), *classroom management* (3.11), *knowledge of subject* (mean=3.37), *personal characteristics* (mean=3.12), and *interpersonal characteristics* (mean=3.08).

**Conclusion:** In summary, students had a high expectation of five categories of teachers' performances, with *knowledge of subject* as the most expected performances. There was one category, interpersonal characteristics, that was significantly different between the two types of respondents.

**Keywords:** *students' expectation, teacher performance*

## Pendahuluan

Elemen utama dari kualitas mengajar adalah evaluasi yang efektif (Flinders University, 2008). Evaluasi memiliki beberapa tujuan; memberikan umpan balik kepada dosen mengenai persepsi mahasiswa di kelas, umpan balik terhadap kuliah sehingga dosen dapat meningkatkan pengajaran, dan juga umpan balik bagi fakultas dan universitas sehingga mereka dapat memutuskan penampilan mengajar dari staff pendidikan (Monash University, 2008).

Barrie and Ginns (2007) menyatakan bahwa menggunakan data dari survey

mahasiswa dapat menjadi elemen yang cocok untuk meningkatkan kualitas pengajaran di universitas. Penelitian yang dilakukan oleh Coates (2005) menyarankan bahwa ada relevansi yang luas dari keterlibatan mahasiswa terhadap jaminan mutu. Berdasarkan hal-hal tersebut, survey umpan balik dari mahasiswa dapat memberi masukan bagi kurikulum dan meningkatkan penampilan mengajar. Oleh karena itu, mengetahui apa yang diharapkan oleh mahasiswa mengenai dosen-dosen mereka harus dilakukan secara rutin dan kemudian ditanggapi dengan positif dengan maksud



memberikan sumbangsih dalam meningkatkan penampilan mengajar.

### **Penampilan Dosen**

Penampilan dosen dapat didefinisikan sebagai tindakan menampilkan; keberhasilan mengajar; bukan hanya memiliki, tetapi juga menggunakan pengetahuan dengan mahir. Pengetahuan dan keterampilan dosen mempengaruhi pembelajaran mahasiswa (Leigh & Mead, 2005).

### **Harapan Mahasiswa terhadap Penampilan Dosen**

Pikatan (1997) dalam penelitiannya mengenai harapan mahasiswa terhadap karakter dan perilaku dosen menunjukkan bahwa mahasiswa mengharapkan dosen yang bersahabat, berpengetahuan, dan mampu mengajar secara menarik melalui humor, contoh-contoh dan pertanyaan.

Penelitian ini bertujuan untuk menggali harapan mahasiswa keperawatan YAKKUM (Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum) terhadap penampilan dosen-dosen mereka. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengkaji adakah perbedaan harapan antara mahasiswa reguler (Grup A) dan mahasiswa program khusus (Grup B).

### **Metode Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian eksploratori dengan menggunakan metodologi survey. Subyek dari penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan dari dua sekolah keperawatan di Jawa, Indonesia. Kriteria seleksi dari subyek ini adalah:

- Mahasiswa keperawatan dari salah satu organisasi swasta di Jawa. Kedua sekolah keperawatan yang digunakan adalah milik YAKKUM. Ada dua kelompok mahasiswa yaitu mahasiswa keperawatan lulusan SMA dan mahasiswa studi lanjut di masing-masing akademi.
- Seluruh mahasiswa di akademi memiliki kesempatan yang sama untuk terpilih sebagai responden.

Jumlah total partisipan dalam penelitian ini direncanakan sebanyak 218 mahasiswa (30% dari total populasi mahasiswa lulusan SMA dan 50% dari total mahasiswa studi lanjut) dari dua akademi. Jumlah keseluruhan kuesioner penelitian yang kembali adalah 182 kuesioner (angka kembalinya adalah 83.5%).

Kuesioner yang disusun ini menggunakan Skala Frekuensi Verbal yang serupa dengan Skala Likert, dengan beberapa pengecualian penting: bukan menunjukkan kuatnya persetujuan, namun skala frekuensi verbal memuat lima kata yang menunjukkan seberapa sering suatu tindakan sudah atau harus dilakukan (Alreck & Settle, 2004).

Studi pendahuluan dari instrumen penelitian dilakukan terhadap mahasiswa di akademi lain dari organisasi yang sama dan memiliki karakteristik yang serupa dengan populasi penelitian. Instrumen ini kemudian diuji dengan menggunakan Cronbach's Alpha untuk mengukur reliabilitasnya, dan menggunakan korelasi Pearson untuk menguji validitasnya.

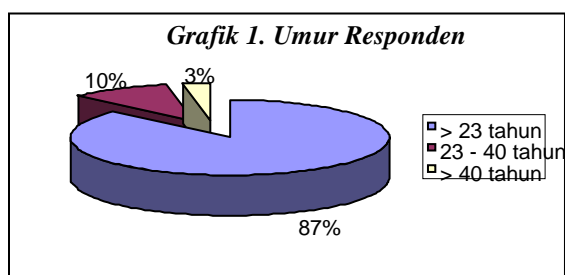
Komponen-komponen dari alat uji ini terdiri dari lima kategori dari total 30 item soal dan satu item uraian. Kategori-kategori tersebut adalah: Persiapan dan Prosedur Mengajar, Pengelolaan Kelas, Pengetahuan terhadap Mata Kuliah-

Persiapan Akademik, Karakteristik Personal- Tanggung Jawab Profesional, dan Karakteristik Interpersonal.

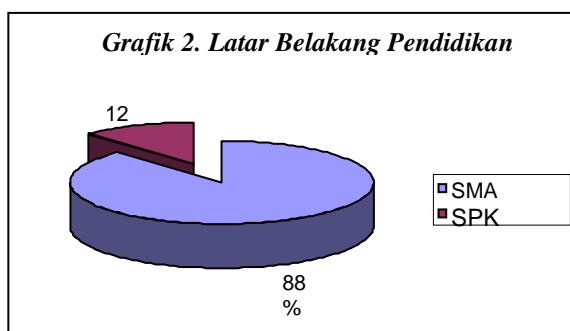
## Hasil dan Pembahasan Demografi

### Karakteristik Responden

Jumlah total responden adalah 182 mahasiswa keperawatan, dengan rentang usia 18-49 tahun. Sebagian besar responden (87%) berusia kurang dari 23 tahun.



Grafik 2. menggambarkan karakteristik responden menurut pendidikan sebelumnya, yang dikategorikan SMA dan sekolah perawat kesehatan (SPK). Delapan puluh delapan persen (88%) responden merupakan lulusan SMA. Lebih lanjut, hanya ada 12% (n=22) yang telah lulus dari sekolah perawat kesehatan.



### Harapan Mahasiswa terhadap Penampilan Dosen

Table 1 menunjukkan nilai rata-rata dan standar deviasi dari masing-masing kategori.

**Tabel 1. Statistik Deskriptif Seluruh Kategori**

Kategori	N	Mean	Std. Deviation
Persiapan dan Prosedur Mengajar	182	3.1229	.53024
Pengelolaan Kelas	182	3.11126	.601980
Pengetahuan terhadap Mata Kuliah	182	3.370	.5608
Karakteristik Personal	182	3.12	.660
Karakteristik Interpersonal	182	3.078	.6707

Ada lima kategori dalam kuesioner, dan seluruh mahasiswa memiliki harapan yang cukup tinggi di lima kategori tersebut. Penampilan dosen di kelas dan interpersonal adalah dua hal yang dipandang penting. Menurut Leigh and Mead (2005) karakteristik personal dan interpersonal dari dosen dapat mempengaruhi cara mengajar mereka (Leigh & Mead, 2005), dan harapan mahasiswa juga tinggi terhadap dua kategori ini.

Dari kelima kategori, kategori *pengetahuan terhadap mata kuliah dan persiapan akademik* memiliki nilai rata-rata yang paling tinggi (3.37) dari skala Likert 1-4 (1 = *tidak pernah*, 4 = *sangat sering*). Hal ini sesuai dengan Leigh and Mead (2005) yang menyebutkan bahwa pengetahuan dan keterampilan dosen adalah faktor di sekolah yang paling penting yang mempengaruhi pembelajaran mahasiswa dan dengan demikian penelitian ini memiliki hasil temuan yang serupa.

### Persiapan dan Prosedur Mengajar

Nilai rata-rata tertinggi pada kategori ini adalah pada sub-kategori: dosen harus menjelaskan isi materi dengan jelas (mean = 3.40). Whitebook (2003) mencatat

bahwa persiapan yang memadai mengenai apa dan bagaimana mengajar sangat diperlukan oleh pembelajar untuk mencapai hasil keluaran pembelajaran yang berkualitas tinggi. Partisipasi dalam penelitian ini juga memberikan nilai tinggi terhadap persiapan dan pengetahuan dosen terhadap mata kuliah. Untuk menghasilkan pembelajaran, proses belajar mengajar harus berfokus pada pembelajar atau dan bukan dosen, yang merupakan inti dari *Student Centered Learning* (Barr & Tagg, 1995). Jadi, adalah penting bagi dosen saat memberikan kuliah, topiknya harus jelas dipaparkan untuk memfasilitasi pemahaman mahasiswa. Melibatkan mahasiswa sebagai pembelajar yang aktif dapat berpengaruh positif, dan adanya perubahan menyeluruh pada pengetahuan, keterampilan dan sikap mereka. (Stroot et al., 1998).

Temuan lain yang penting dalam kategori ini adalah harapan bahwa dosen menyajikan evaluasi, khususnya evaluasi proses belajar dan memberikan umpan balik pada tugas mahasiswa. Evaluasi sangatlah berarti dalam mengontrol pencapaian hasil belajar dan memberikan mahasiswa gambaran yang jelas tentang apa yang mereka telah lakukan dengan baik dan apa yang masih harus dikembangkan, dan penting juga untuk meningkatkan kualitas pendidikan (Tampubolon, 1998, Wilson & Lizzio, 1997).

### **Pengelolaan Kelas**

Semua item di Pengelolaan Kelas relatif memiliki nilai rata-rata yang sama. Mahasiswa mengharapkan dosen dapat menciptakan lingkungan yang aman dalam proses pembelajaran. Sangat penting juga bagi dosen untuk memiliki selera humor

supaya menciptakan suasana yang santai dan kondusif untuk belajar. Jika interaksi antara dosen dan mahasiswa berjalan efektif, hal ini dapat menciptakan rasa aman secara fisik dan emosional bagi mahasiswa dan kemudian secara konsisten akan mendorong rasa harga diri dan percaya diri mahasiswa (Stroot et al., 1998)

### **Pengetahuan terhadap Mata Kuliah – Persiapan Akademik**

Dalam masing-masing item di kategori ini, sebagian besar mahasiswa mengharapkan bahwa dosen mereka memiliki pengetahuan yang luas dari mata kuliah dan melakukan persiapan akademik. Dosen yang memiliki pengetahuan yang cukup dan persiapan mengajar memiliki korelasi yang kuat dengan kesuksesan (Monk cited in Leigh & Mead, 2005). Jika dosen memiliki spesifikasi dalam mata kuliah tertentu akan menggali mata kuliah dengan lebih dalam dan menghasilkan kompetensi dan profesionalisme lebih besar di bidang tersebut, dibandingkan dosen yang tidak berfokus pada suatu mata kuliah (Ministerial Advisory Council on the Quality of Teaching, n.d.).

### **Karakteristik Personal dan Tanggung Jawab Profesional**

Mahasiswa mengharapkan dosen-dosen mereka menunjukkan karakteristik personal sesuai dengan tanggung jawab profesional mereka. Hal ini ditunjukkan dari nilai rata-rata tiap item dalam kategori ini adalah 3. Di dalam kelas, adalah penting bagi dosen untuk menampilkan keterampilan mengajar yang dapat memfasilitasi pembelajaran mahasiswa,

sedangkan di luar kelas dosen harus dapat dijangkau dan menerima tanggung jawab dalam pembelajaran dan tingkah laku mahasiswa (Porter & Brophy, 1988 cited in Stroot et al, 1998; Sander et al, 2000). Pengetahuan dosen, keterampilan mengajar dan kemudahan dijangkau adalah kualitas paling penting yang diharapkan mahasiswa (Sander et al., 2000).

### **Karakteristik Interpesonal**

Sebagian besar mahasiswa mengharapkan dosen mereka sering menampilkan seluruh karakteristik interpersonal ini. Kemampuan dosen untuk membimbing dan mendukung mahasiswa adalah penampilan yang paling diharapkan oleh partisipan dalam kategori (nilai rata-ratanya tertinggi, yaitu = 3.24).

Hubungan timbal balik antara dosen dan mahasiswa adalah harapan lain dari mahasiswa dalam kategori ini. Budaya Indonesia yang menempatkan orang yang lebih tua di posisi yang lebih tinggi dan harus dihargai dapat mempengaruhi hubungan dosen dan mahasiswa (Achir, 1988). Dosen dipandang lebih senior daripada mahasiswa; jadi mereka harus lebih dihormati. Oleh karena itu, mahasiswa seringkali merasa takut ketika mereka harus bertemu secara personal dengan dosen, khususnya dosen yang sukar didekati. Hal ini membentuk harapan mahasiswa bahwa dosen harus memiliki karakteristik interpersonal dalam mendidik mahasiswa sebagai teman, dan dengan demikian hubungan antara mereka dapat terjalin akrab.

### **Perbandingan Harapan antara Grup A dan Grup B**

Secara umum, tidak ada perbedaan harapan antara Grup A and Grup B. Hasil temuan ini sesuai dengan hasil temuan Angel (2006) yang mencatat bahwa tidak ada korelasi berdasarkan jenis kelamin, umur atau pekerjaan dalam harapan terhadap penampilan dosen.

Walaupun demikian, ada satu kategori (karakteristik interpersonal) yang cukup berbeda antara dua kelompok walaupun tidak berbeda secara statistik ( $p=0.05$  dengan *confidence interval* 95%). Mahasiswa Grup B (responden yang merupakan mahasiswa program khusus) memberikan harapan yang lebih tinggi terhadap karakteristik interpersonal dibandingkan Grup A. Berdasarkan karakteristik responden ini, mereka dapat dikategorikan sebagai pembelajar dewasa. Pembelajar dewasa memiliki karakteristik khusus, sebagai contoh mereka menuntun dan memotivasi diri sendiri, menginginkan pembelajaran yang dapat mudah diterapkan dalam kebutuhan pekerjaan rutin mereka dan lebih menyukai interaksi belajar (Knowles, 1968 cited in Kwa, 2007). Oleh karena itu, partisipan ini menunjukkan karakteristik interpersonal dari dosen lebih tinggi dibandingkan mahasiswa keperawatan reguler. Sebagai tambahan, Weinstein mencatat bahwa saat menjabarkan “dosen yang baik”, mahasiswa di lapangan menekankan kepada variabel interpersonal dalam mengajar (Weinstein, 1989).

### **Temuan Data Qualitative – Harapan Lain**

Dari 182 responden, 49% ( $n=89$ ) mengisi item uraian. Enam tema utama

muncul dari analisis item soal uraian, tema-tema dan sub-sub tema diperlihatkan dalam tabel berikut ini

**Tabel 3. Tema dan Sub-Tema**

<b>Tema</b>	<b>Sub-tema</b>
1: Persiapan mengajar	1. Handout 2. Rencana mengajar 3. Ketepatan waktu
2: Metode / prosedur mengajar	1. Tetap fokus pada topik, pemaparan yang jelas dan menarik 2. Melibatkan mahasiswa 3. Lingkungan yang kondusif
3: Proses evaluasi	1. Evaluasi proses pembelajaran 2. Umpan balik
4: Pengetahuan tentang mata kuliah dan tanggung jawab profesional	1. Spesifikasi - Kompetensi 2. Tanggung jawab profesional
5: Karakteristik personal	1. Bersahabat 2. Menjadi model peran 3. Penampilan fisik
6: Karakteristik interpersonal	1. Relasi antara dosen dan mahasiswa 2. Bimbingan

## Kesimpulan

Secara keseluruhan, mahasiswa memiliki harapan tinggi terhadap 5 kategori penampilan dosen, yang rata-rata bernilai 3 dari 4 poin skala Likert (1 = *tidak pernah*, 4 = *sangat sering*). Seluruh responden menyatakan bahwa “pengetahuan terhadap mata kuliah dan persiapan akademik” adalah penampilan yang paling penting, selanjutnya adalah “persiapan dan prosedur mengajar”, “karakteristik personal”, “pengelolaan kelas” dan yang terakhir “karakteristik interpersonal”. Temuan data kualitatif menunjukkan tema yang sama seperti kategori sebelumnya, dengan beberapa harapan yang lain yang termasuk dalam tema-tema tersebut. Harapan lain dalam persiapan dan prosedur mengajar adalah: tersedianya *hand-out*, rencana mengajar yang terorganisasi, serta ketepatan waktu dosen. Di samping karakteristik seperti

bersahabat, menjadi model peran adalah harapan mahasiswa terhadap karakteristik personal dosen. Mahasiswa studi lanjut memberikan harapan lebih besar terhadap karakteristik interpersonal dibandingkan mahasiswa keperawatan program reguler.

## Saran

Bagi Institusi

1. Mengembangkan alat evaluasi dari penampilan dosen dengan menggunakan harapan mahasiswa.
2. Mengevaluasi penampilan dosen secara teratur dan mengadakan pertemuan dosen untuk mendiskusikan hasil.
3. Mendorong dosen-dosen, khususnya dosen-dosen baru untuk mengikuti pelatihan keterampilan dan ‘*student centered learning*’.
4. Kapanpun jika memungkinkan, setiap dosen harus memiliki mata kuliah atau

keahlian khusus. Hal ini berhubungan dengan temuan dari penelitian bahwa mahasiswa mengharapkan dosen-dosen mereka memiliki pengetahuan yang baik dan ahli dalam bidang yang spesifik.

#### Bagi Dosen

1. Kelola dan berikan respon terhadap harapan mahasiswa mengenai penampilan dosen dengan baik.
2. Meningkatkan kapasitas dalam mata kuliah atau kuliah yang spesifik.
3. Berikan lebih banyak perhatian dalam pembelajaran mahasiswa daripada terfokus pada mengajar.
4. Berikan umpan balik terhadap kemajuan dan penugasan mahasiswa, panduan dan bimbingan mahasiswa.
5. Tingkatkan karakteristik personal dan interpersonal (meliputi penampilan fisik dan relasi dengan mahasiswa) di samping pengetahuan tentang mata kuliah dan keterampilan mengajar.

Penelitian lebih lanjut yang bisa dilaksanakan antara lain:

1. Mengkaji apakah harapan tertulis atau umpan balik dari mahasiswa terhadap fakultas dapat meningkatkan penampilan dosen dan meningkatkan pembelajaran yang efektif.
2. Menyelidiki hubungan antara harapan mahasiswa dan kepuasan mahasiswa.
3. Korelasi antara penampilan dosen atau evaluasi dosen pada penampilan mengajar dan pencapaian prestasi mahasiswa.

#### Daftar Pustaka

Achir, Y. A. (1988) Memahami Makna Usia Lanjut. *Cermin Dunia Kedokteran*, 48. Retrieved July 2008 from

[http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/03\\_MemahamiMaknaUsiaLanjut.pdf/03\\_MemahamiMaknaUsiaLanjut.html](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/03_MemahamiMaknaUsiaLanjut.pdf/03_MemahamiMaknaUsiaLanjut.html)  
≥

Axelson, E. & Hofer, B. (1991) *Student Expectations*. Retrieved November 11, 2008 from <http://learningandteaching.dal.ca/taguide/StudentExpectations.html>.

Barrie, S. & Ginns, P. (2007) The Linking of National Teaching Performance Indicators to Improvements in Teaching and Learning in Classrooms. *Quality in Higher Education*, 13, 275-286. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/13538320701800175>

Bennett & Kishler S., (1982) Student Perceptions of and Expectations for Male and Female Instructor: Evidence Relating to the Question of Gender Bias in Teaching Evaluation. *Journal of Educational Psychology*. 74. 2. 170-79. ERIC Journal No. 262617

Feldman, RS. & Prohaska, T. (1979) The Student as Pygmalion: Effect of Student Expectation on the Teacher, *Journal of Educational Psychology*. 71. 4. 485-93, ERIC Journal No. 211855

Flinders University. (2008) *Considering Evaluation*. Retrieved from <http://www.flinders.edu.au/teach/t4l/evaluate/considering.php>

Leigh, A. & Mead, S. (2005) *Lifting Teacher Performance*. Retrieved November 2008 from [www.ppionline.org](http://www.ppionline.org).

Ministry of Education Ontario. (2008) *Teacher Performance Appraisal System*, Retrieved from <http://www.edu.gov.on.ca/eng/teacher/appraise.html>

Monash University. (2008) *Evaluation of Teaching*. Retrieved from <http://www.adm.monash.edu.au/cheq/evaluations/other-surveys/teaching-eval/evaluating-teaching.html#Self%20Evaluation>

Pikatan, S. (1996) *Analisa Angket Mahasiswa Baru*. Retrieved November 2008

Sander, P., Stevenson, K., King, M. & Coates, D. (2000) University Students' Expectations of Teaching. *Studies in Higher Education*, 25, 309-323. Retrieved November 13, 2008 from <http://web.ebscohost.com.ezproxy.cdu.edu.au/ehost/pdf?vid=3&hid=112&sid=935e2462-79f1-47bf-b3bc-6b47930f0298%40sessionmgr112>

Stroot, S., Keil, V., Stedman, P., Lohr, L., Faust, R., Schincariol-Randall, L., Sullivan, A., Czerniak, G., Kuchcinski, J., Orel, N. & Richter, M. (1998) *Peer Assistance and Review Guidebook*. Retrieved December 2008 from <http://www.utoledo.edu/colleges/education/par/Successful.html>.

Whitebook, M. (2003) *Early Education Quality: Higher Teacher Qualifications for Better Living Environments-A Review of the Literature*. ERIC Document No. 481219

# PENDIDIKAN DIABETES DI RUMAH SAKIT

Asri Prabawani Marthan<sup>1</sup>, Eka Ratnawati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yayasan Kristen Untuk Kesehatan Umum, <sup>2</sup>Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo

## Abstract

**Introduction:** Diabetes mellitus is a chronic disease that may cause further complications if it is not appropriately controlled. Diabetes education is needed so that diabetic patients can apply knowledge, and practical skills learned to manage their life with diabetes. Hospitalized diabetic patients need basic information about diabetes on their first admission to help them to better manage their diabetes at home. Diabetes education can also reduce length of hospitalization, limit readmissions and reduce the various complications associated with the disease.

**Methods:** This research is an exploratory descriptive study that investigated what information that diabetic patient received on their first admission and who provided the education. Data were gathered via means of a semi structured interview. A convenience sample of eleven diabetic patients that have been hospitalized more than once were interviewed and the collected data were analyzed using thematic analysis.

**Results:** The main themes that emerged from the data were *medication, diet, blood glucose, skin integrity* and *life style*. The interviews revealed that collaboration between nurse, dietician and doctor was the most common group of health practitioners who provided diabetes education during their first admission. The participants stated that the information was given at the time of discharge, and this information helped them manage their diabetes at home, although in some cases the information provided was not comprehensive.

**Conclusion:** Nurse as an educator should be able to transfer their knowledge to patients, and have more chances to give health education to patients. Hospital should concern of nurse staffing because it can affect patient safety and quality of care. Institute and health practitioner should also collaborate in diabetes education and develop tools and program that effective for diabetes patients and help them to better manage their diabetes at home.

**Key Words:** *Diabetes education, knowledge, discharges planning, diabetes self care education, inpatient education, discharge planning, health educator, and multifaceted professional.*

## Latar Belakang

Indonesia memiliki jumlah pengidap diabetes tertinggi keempat di dunia yang (Organisasi Kesehatan Dunia, 2009). Diabetes Mellitus adalah penyakit kronis yang telah disadari oleh pemerintah Indonesia sebagai masalah kesehatan yang utama pada masyarakat dengan akibat yang luas, tidak saja berakibat buruk pada kesehatan masyarakat Indonesia, tetapi juga pada permasalahan ekonomi yang terletak pada sistem pemeliharaan

kesehatan (Andayani, 2006). Pengendalian Diabetes membutuhkan penanganan yang tepat dalam mempersiapkan para pasien, sehingga mampu untuk mencegah atau memperlambat perkembangan dari komplikasi kesehatan yang serius (Lojo et al, 2002)

Eigenmann dan Colagiuri (2007) menyatakan “Pendidikan Diabetes adalah suatu proses interaktif yang memudahkan dan mendukung pribadi dan atau keluarga



mereka, kelompok atau kontak dalam lingkungan sosial mereka untuk memperoleh dan menggunakan pengetahuan tersebut; kepercayaan diri dan pelaksanaan perawatan, penyelesaian masalah dan coping yang dibutuhkan untuk dapat mengatur dan mengelola kehidupan mereka dengan diabetesnya agar dapat mencapai hasil yang terbaik sesuai dengan kondisi mereka masing-masing”. Fakta mendukung bahwa pasien yang mendapat pendidikan di rumah sakit akan lebih cepat untuk pulang ke rumah dan mengembangkan hasil yang baik setelah keluar dari rumah sakit (Nettles, 2005).

Haidir (2009), menemukan bahwa para pasien pengidap diabetes tidak mematuhi diet dan regimen pengobatan mereka dikarenakan mereka tidak mempunyai cukup pengetahuan tentang pengobatan dan diet mereka. Kepatuhan pasien akan diet dan pengobatan yang mereka jalankan dipengaruhi pula oleh pendidikan pasien. Para petugas kesehatan mempunyai tanggung jawab untuk memberikan informasi yang benar kepada para pengidap diabetes, terlebih saat mereka berada di rumah sakit dan saat mereka akan meninggalkan rumah sakit, sehingga mereka dapat mengelola diabetes mereka di rumah (Andayani 2006). Informasi ini merupakan bagian yang tak terlepas dari pengelolaan diabetes yang petugas kesehatan harus lakukan saat pasien berada di rumah sakit.

Tujuan dari penelitian ini melingkupi :

1. Mengidentifikasi siapa saja yang memberikan pendidikan diabetes pada saat pasien diabetes pertama kali di rawat di rumah sakit
2. Menguraikan informasi apa saja yang diberikan kepada pasien diabetes pada saat pertama kali pertama kali di rawat di rumah sakit

3. Mengkaji waktu pemberian informasi
4. Mengidentifikasi pemahaman pasien tentang apa yang sudah diajarkan
5. Mengidentifikasi apakah pendidikan diabetes membantu pasien mengelola diabetesnya

## **Metode Penelitian**

Penelitian ini adalah sebuah penelitian deskriptif yang mempelajari informasi apa saja yang telah di terima oleh pasien diabetes pada saat mereka pertama kali di rawat di rumah sakit dan siapa saja yang menyediakan pendidikan tersebut. Data yang dikumpulkan adalah melalui sebuah wawancara semi terstruktur.

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien diabetes yang telah dirawat inap di rumah sakit lebih dari satu kali di bangsal sebuah rumah sakit besar di Jawa, Indonesia. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebelas (11) pasien diabetes dewasa yang telah lebih dari satu kali dirawat di rumah sakit.

Data yang dikumpulkan adalah melalui sebuah wawancara semi terstruktur. Pertanyaan yang ditanyakan dalam proses wawancara ini menanyakan tentang: tahun pasien terdiagnosa diabetes, informasi yang mereka terima pada saat mereka pertama kali di rawat di rumah sakit, dan para praktisi kesehatan yang memberikannya, juga bagaimana informasi tersebut dapat membantu mereka di rumah, serta cara lain pasien memperoleh informasi tentang diabetes, praktisi kesehatan yang membantu perawatan kali ini dan masukan untuk petugas kesehatan agar dapat meningkatkan pendidikan diabetes. Data dalam penelitian ini dianalisa menggunakan analisa tematik.

## Hasil Penelitian dan Pembahasan

### Identifikasi Pemberi Pendidikan Diabetes Pada Saat Pasien Pertama Kali Dirawat di Rumah Sakit

Dari penelitian ini, ditemukan bahwa dari keempat kategori pelayan kesehatan yang memberikan informasi tentang pendidikan diabetes, perawat hanya diidentifikasi oleh tujuh dari sebelas orang responden. Hal ini menunjukkan bahwa empat orang pasien tidak ingat atau tidak menerima pendidikan diabetes dari perawat. Ini merupakan penemuan yang menarik, karena salah satu peran utama perawat adalah sebagai pendidik yang diharapkan dapat menyediakan pendidikan kesehatan kepada pasien diabetes selama dirawat di rumah sakit. Sebagai seorang pendidik, perawat memiliki kemampuan untuk membagi pengetahuan ke pasien yang mana pengetahuan tersebut mencakup pencegahan primer dan sekunder (Indarwati, 2008). Dengan memberikan pendidikan diabetes perawat dapat memfasilitasi dan mendukung pasien dalam memperoleh dan mengaplikasikan pengetahuan yang mereka dapatkan, meningkatkan kepercayaan diri pasien, membantu dalam pemecahan masalah dan coping dalam menghadapi penyakitnya (Eigenmann & Colagiuri, 2007).

Perawat merupakan praktisi kesehatan yang selalu berada di sekitar pasien, oleh sebab itu perawat memiliki lebih banyak kesempatan untuk memberikan pendidikan yang diperlukan oleh pasien. Alasan ini juga yang mungkin dapat menjadi alasan mengapa hanya tujuh orang dari sebelas responden yang menyatakan perawat memberikan mereka informasi tentang diabetes ke mereka. Empat responden yang tidak menyebutkan perawat sebagai

salah seorang praktisi kesehatan yang memberikan pendidikan diabetes ke mereka bisa disebabkan karena perawat selalu berada di sekitar mereka sehingga para responden tersebut tidak menganggap pendidikan atau informasi yang diberikan perawat pada mereka sebagai informasi atau pendidikan tentang diabetes. Lebih lanjut, penemuan ini bisa juga disebabkan oleh perawat tidak memberikan informasi apapun kepada responden dan tidak menjalankan tugasnya sebagai pendidik diabetes. Alasan lain yang juga memungkinkan adalah, para perawat tidak merasa memiliki kemampuan yang cukup tentang diabetes, sehingga mereka takut membagikannya kepada pasien (Nettles, 2005).

Dari hasil wawancara tampak bahwa perawat tidak mempunyai banyak waktu untuk diberikan kepada pasien, mereka terlalu disibukkan mengerjakan pekerjaan sehari-hari mereka. Untuk memecahkan masalah ini, pihak rumah sakit harus menambah jumlah perawat sehingga perawat mempunyai lebih banyak waktu untuk diberikan ke pasien dan hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan pendidikan diabetes ke pasien. Jumlah perawat dalam rumah sakit merupakan salah satu hal yang harus diperhatikan karena hal ini akan berdampak pada keselamatan pasien dan kualitas perawatan. Jumlah perawat yang tidak sesuai dengan jumlah pasien dan tindakan keperawatan dapat menyebabkan tingginya *outcome* pasien yang buruk (Stanton, 2004).

Peran utama perawat adalah sebagai pendidik, jadi perawat harus menyediakan pendidikan diabetes yang dapat membantu pasien dan atau keluarganya sehingga mereka mampu untuk manajemen perawatan penyakit mereka di rumah.

Pihak rumah sakit harus menunjukkan dukungan dalam pemberian penyuluhan pada pasien dengan cara menyediakan jumlah perawat yang mencukupi dan juga meningkatkan kesempatan perawat untuk berkembang sehingga mempertinggi pengetahuan dan keterampilan perawat dalam pendidikan diabetes.

### **Identifikasi Informasi Yang Diberikan Kepada Pasien Pada Saat Pertama Kali Dirawat di Rumah Sakit**

Dari data yang diperoleh selama proses wawancara, ditemukan lima tema yang berhubungan dengan informasi yang responden terima selama mereka pertama kali rawat inap di rumah sakit. Tema-tema tersebut adalah: pengobatan (waktu pemberian obat oral dan cara menggunakan insulin injeksi), diet (makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi, penggunaan minyak non kolesterol dan penggunaan gula diabetes), gula darah (gula darah normal dan penanganan hipoglikemia), integritas kulit dan tema yg terakhir adalah gaya hidup (olahraga dan berhenti merokok). Tiga jenis informasi yang diterima oleh pasien yang tercatat paling sering muncul dalam wawancara adalah makanan (81.8%), waktu pemberian obat (54.6%) dan kadar gula dalam darah (36.4%).

Pasien diabetes perlu dibekali dengan informasi yang akan membantu mereka dalam perawatan diabetes selama di rumah. Menurut program nasional pendidikan diabetes (Salah satu program dari Departemen Kesehatan dan pelayanan kemanusiaan USA), ada empat langkah yang perlu ketahui pasien untuk dapat mengatur perawatan diabetes mereka. Langkah pertama adalah pengetahuan tentang diabetes: apa yang dimaksud

dengan diabetes, tipe-tipe diabetes, komplikasi diabetes dan pentingnya mengetahui bahwa diabetes adalah penyakit yang serius, namun dapat diatasi oleh pasien. Langkah yang kedua adalah untuk mengetahui ABC dalam diabetes: A adalah AIC (pengukuran index rata-rata gula dalam darah dalam waktu tiga sampai empat bulan terakhir), B adalah *Blood Pressure* (tekanan darah) dan C untuk *Cholesterol* (Kolesterol darah). Penting bagi pasien untuk mengetahui level ABC mereka dan bagaimana mereka dapat menjaganya tetap normal. Langkah ketiga adalah untuk mengatur perawatan diabetes mereka, untuk itu mereka harus membuat dan berlatih tentang perencanaan perawatan mandiri yaitu: makan makanan sehat, aktif secara fisik, menjaga berat badan sehat, melakukan perawatan kaki secara rutin dan mengatasi stress, berhenti merokok dan mengkonsumsi obat sesuai dengan instruksinya. Langkah yang terakhir adalah untuk mengikutsertakan ketiga langkah diatas tersebut dalam perawatan rutin pasien. Dalam langkah ini, pasien disarankan untuk menemui tim kesehatan setidaknya dua kali dalam setahun, sehingga tekanan darah, sirkulasi, berat dan rencana perawatan mandiri pasien dapat termonitor.

Dari hasil penelitian ini nampaknya informasi yang diberikan kepada responden tidak mampu mencukupi keempat langkah yang harus diketahui pasien diabetes untuk dapat mengontrol penyakitnya berdasarkan rekomendasi dari program nasional pendidikan diabetes, Departemen Kesehatan dan pelayanan kemanusiaan USA. Dalam penelitian ini, ditemukan bahwa responden tidak diberikan pengetahuan tentang: pengetahuan dasar diabetes (apa itu diabetes, tipe diabetes, diabetes komplikasi),

tekanan darah dan kolesterol. Responden juga tidak menerima informasi tentang koping terhadap stress, perawatan kaki dan anjuran untuk mempunyai berat badan yang sehat, sementara semua informasi yang tersebut sangat penting untuk membantu pasien mengatur perawatan diabetes di rumah dengan sukses. Dalam penelitian ini, ada satu responden yang menceritakan tentang pengalamannya saat menggunakan insulin injeksi di rumah, responden tersebut bingung tentang berapa banyak dosis yang harus ia pakai karena perawat lupa untuk memberikan informasi tersebut kepada responden tersebut dan keluarganya. Pihak rumah sakit dan praktisi kesehatan harus bekerjasama untuk meningkatkan pendidikan diabetes sehingga pasien dapat selalu menerima informasi yang mereka butuhkan dan hal ini akan membantu mereka dalam perawatan diabetes di rumah.

Untuk mendukung pendidikan diabetes kepada pasien, pihak rumah sakit harus menyediakan informasi yang adekuat kepada praktisi kesehatan tentang diabetes, terutama kepada perawat. Nestle (2005) mengatakan bahwa setidaknya perawat yang menangani pasien rawat inap menerima prosedur dan pembaharuan tentang pendidikan perawatan diabetes dari institusi tempat mereka bekerja.

### **Waktu Pemberian Informasi**

Hal menarik tentang waktu kunjungan ahli diet adalah lebih dari setengah responden (n=7) mengatakan bahwa ahli diet memberikan informasi kepada mereka ketika keluarga mereka membayar biaya rumah sakit atau pada saat sebelum pemulangan. Ini adalah hal yang menarik karena pendidikan diabetes seharusnya diberikan selama perawatan berlangsung,

bukan hanya pada saat pemulangan. Menurut Soderbacak (2008), proses pemulangan pasien dari rumah sakit merupakan proses yang melibatkan koordinasi antara berbagai disiplin ilmu, selama proses ini pasien dipersiapkan untuk pulang ke rumah dari rumah sakit. Proses pemulangan pasien terdiri bermacam komponen, seperti: merencanakan langkah-langkah, membagi informasi tentang perawatan berkelanjutan dari pelaksana kesehatan kepada pasien, implementasi dari tujuan rencana pemulangan, dan tindak lanjut dengan cara meninjau ke rumah pasien untuk memeriksa status kesehatan pasien dan mengevaluai hasil dari rencana pemulangan pasien. Semua petugas kesehatan harus terlibat dalam proses pemulangan dan mempersiapkan diri untuk memenuhi kebutuhan pasien di rumah.

### **Identifikasi Apakah Pendidikan Diabetes Membantu Pasien Untuk Sukses Mengelola Penyakitnya di Rumah**

Sebagian besar responden menyatakan bahwa informasi yang mereka terima selama proses rawat inap di rumah sakit saat pertama kali berguna untuk membantu mereka mengatur perawatan diabetes mereka di rumah. Informasi-informasi yang berguna untuk pasien untuk mengatur diabetes mereka sepulang dari rumah sakit adalah: diet (n=10), pengobatan (n=10), perawatan luka/ integritas kulit (n=2), pola hidup (n=2) dan kadar gula darah (n=1).

Hal ini merupakan hal yang menarik, karena responden yang telah menerima informasi tersebut kesemuanya dirawat lagi di rumah sakit. Adapun penyebab mereka dirawat kali ini adalah: hipertensi

(n=2), hipoglikemia (n=1), hiperglikemia (n=2), gagal jantung (n=2), dan Stroke (n=3). Penyakit tersebut merupakan komplikasi diabetes dan beberapa diantaranya dikarenakan karena pasien gagal mengatur perawatan diabetes mereka di rumah. Alasan lainnya yg memungkinkan adalah, walaupun responden telah menerima penjelasan dari petugas kesehatan, mereka tidak mematuhi anjuran-anjuran yang diberikan atau dapat juga dikarenakan informasi yang diberikan pada mereka tidak adekuat atau membingungkan sehingga mereka kehilangan nilai pentingnya dan tidak tahu bagaimana cara mengimplementasikan informasi tersebut. Contohnya: anjuran untuk diet tidak dilengkapi dengan kenapa mereka harus menaati aturan tersebut dan apa yang akan terjadi bila mereka tidak menaatinya. Lebih lagi, informasi tentang perawatan luka tidak disediakan, hal ini bisa menjadi penyebab pasien kembali ke rumah sakit dengan ulkus pada kaki.

Informasi yang disediakan oleh praktisi kesehatan harus memenuhi kebutuhan pasien akan informasi yang mereka butuhkan. Petugas kesehatan harus pula secara berkelanjutan mengakses pendidikan yang dibutuhkan oleh pasien diabetes dan mendasarkan pengajaran mereka dari kemampuan pasien mendemonstrasikan pengajaran tersebut (Funnell, et al 2008).

### **Pemahaman Pasien Tentang Apa yang Sudah Diajarkan**

Dari penelitian ini ditemukan bahwa ada beberapa alasan mengapa partisipan tidak berkonsentrasi dalam penjelasan yang diberikan oleh praktisi kesehatan. Sebagian besar informasi yang diberikan

pada saat pemulangan, dimana situasi tersebut adalah situasi yang tidak ideal bagi pasien untuk belajar, karena pada saat itu pasien dan keluarganya sedang bersiap untuk pulang. Situasi ini menyulitkan mereka untuk memberikan perhatian pada informasi yang akan diberikan. Alasan lain adalah, responden mengatakan mereka terlalu lelah dan tidak dalam kondisi yang baik saat informasi tentang diabetes diberikan. Rawat inap di rumah sakit dapat menyebabkan stres pada banyak pasien dan hal ini dapat termanifestasikan dalam bentuk khawatir, takut dan kecemasan (Theofanidis, 2009). Stres dapat berakibat pada penurunan konsentrasi, kemampuan mengingat dan proses berpikir (Butlin, 2007). Hal ini dapat dijadikan alasan mengapa sebagian besar partisipan dalam penelitian ini tidak mengingat dengan baik apa yang diberikan pada mereka.

Salah satu alasan lain yang menyebabkan responden tidak sepenuhnya mengerti akan informasi yang diberikan pada mereka adalah karena mereka takut untuk bertanya. Hal ini disebabkan karena para responden berpikir petugas kesehatan tidak memiliki banyak waktu untuk mereka, khususnya para perawat. Ini merupakan hal yang buruk, karena perawat seharusnya menghabiskan sebagian besar waktu mereka untuk melakukan kontak secara langsung dengan pasien (Butlin, 2007). Hal yang lain, para responden mengatakan bahwa dokter-dokter yang menangani terkesan dingin dan hanya bicara beberapa kata ke mereka, padahal dokter seharusnya dapat menjadi sumber yang berharga untuk memberikan informasi dan merupakan petugas kesehatan yang paling dipercaya oleh pasien.

Dari proses wawancara beberapa responden menyatakan bahwa mereka

diberi leaflet tentang diet yang bisa mereka bawa pulang, hal ini yang mungkin merupakan penyebab utama mengapa informasi mudah diingat oleh pasien, terutama tentang diet. Wetzels, Wensing, Weel dan Grols (2005) menemukan bahwa materi tertulis seperti contohnya leaflet, dapat mendorong pasien untuk dapat lebih berpartisipasi dalam kesehatan mereka dan juga meningkatkan kepuasan pasien.

Penggunaan materi tertulis penting untuk membantu pasien mengingat dan juga untuk mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam perawatan kesehatan mereka. Para praktisi kesehatan dan pihak rumah sakit harus membuat paket leaflet yang mengandung informasi lengkap tentang diabetes, sehingga pasien atau keluarga pasien dapat membawanya pulang ke rumah dan membacanya dan juga mempunyai informasi yang sudah siap digunakan ketika mereka membutuhkannya.

## Kesimpulan

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronik yang memerlukan pengelolaan yang tepat untuk mencegah komplikasi yang mungkin muncul. Pasien diabetes perlu mendapatkan pendidikan diabetes yang terutama meliputi pengobatan, diet, pengontrolan kadar glukosa darah, integritas kulit dan gaya hidup. Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian pasien mendapatkan informasi/ pendidikan kesehatan dari perawat. Namun, dari hasil wawancara juga didapatkan keterangan bahwa perawat tidak memberikan pendidikan kesehatan karena mereka tidak memiliki cukup waktu untuk pasien atau tidak memiliki cukup pengetahuan dan kemampuan untuk memberikan pendidikan kesehatan.

Pemberian pendidikan kesehatan pada saat pasien akan pulang juga dinilai tidak efektif karena pasien dan keluarganya sedang mengurus proses pemulangan sehingga tidak berkonsentrasi penuh untuk menerima pendidikan kesehatan. Sebagian besar responden menyatakan bahwa informasi yang mereka terima selama proses rawat inap di rumah sakit saat pertama kali berguna untuk membantu mereka mengatur perawatan diabetes mereka di rumah.

## Saran

Perawat sebaiknya dapat melaksanakan perannya sebagai pendidik pasien dan memiliki pengetahuan, kemampuan dan menyediakan waktu yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien. Di samping itu, pendidikan kesehatan sebaiknya dilakukan pada waktu-waktu yang tepat, dimana pasien dan keluarganya dalam kondisi tenang dan tidak dalam proses pemulangan. Di pihak lain, rumah sakit perlu memperhatikan pengaturan jumlah perawat di rumah sakit (nurse staffing) karena hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas pelayanan.

## Daftar Pustaka

- Abbate, S. L. (2004). Changing Systems, Changing Lives: Improving the Quality of Diabetes Care: Preface *Diabetes Spectrum, American Diabetes Association* 17:80-90.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 31:S12-S54
- American Diabetes Association. (2007). Third-Party Reimbursement for Diabetes Care, Self-Management

- Education, and Supplies. *Diabetes Care* 30:S86-S87.
- Andayani, T.M. (2006). Cost analysis of Diabetes mellitus therapy in Dr. Sardjito Hospital Yogyakarta. *Majalah Farmasi Indonesia* 17 (3).
- Australian Diabetes Educator Association. (2003). National Standards of Practice for Diabetes Educators: *Australian Diabetes Educator Association*.
- Ayuningtyas, R. (2006). Masyarakat Masih Awam Diabetes detiknews.com.  
[Http://www.detiknews.com/index.php/detik.read/tahun/2006/bulan/07/tgl/12/time/204041/idnews/634557/idkanal/10](http://www.detiknews.com/index.php/detik.read/tahun/2006/bulan/07/tgl/12/time/204041/idnews/634557/idkanal/10) (accessed 03 Mei 2009).
- Butlin, T. (2007). Supporting Your Student. In *The Impact of Stress on Learning*.
- Clement, S., Braithwaite, S.S., Magee, M.F., Ahmann, A., Smith, E.P. and Schafer, R.G. (2004). Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitals. *Diabetes Care, American Diabetes Association* 27:553-591.
- Eigenmann, C., & Colagiuri, R. (2007). Outcomes and Indicators for Diabetes Education - A National Consensus Position *The National Diabetes Services Scheme (NDSS)*:1-136. (accessed 09 December 2008).
- Funnell, M.M., Brown, T.L., Childs, B.P., Haas, L.B., and Hoseney, G.M. (2008). Standards and Review Criteria National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care, American Diabetes Association* 31:S97-S104.
- Fuster, G., Márquez, Sanlaureano, F.C., Romero, S.G., Diosdado, M. And Escofet, F.S. (2004). Excess Hospitalizations, Hospital Days, and Inpatient Costs Among People With Diabetes in Andalusia, Spain. *Diabetes Care, American Diabetes Association* 27 (1904-1909).
- Glasgow, R.E. and Osteen, V.L (1992). Evaluating diabetes education. Are we measuring the most important outcomes? *Diabetes Care* 15 (10):1423-1432.
- Graber, A.L., Christman, B.G., Alogna, M.T., and Davidson, J.K. (1997). Evaluation of diabetes patient-education programs. *Diabetes, American Diabetes Association* 26 (1):61-64.
- Haidir, H. (2009). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Klien dengan Diet Diabetes Mellitus Tipe II di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah indoskripsi.com.
- Hellman, R. (2001). Improving Patient Safety in Diabetes Care: The Importance of Reducing Medical Errors. *Clinical Diabetes* 19:190-192.
- Hiswani. (2008). Penyuluhan Kesehatan pada Penderita Diabetes Mellitus (Health Education for Diabetes Patients). *Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara*.
- Indarwati, R. (2008). Peran dan Fungsi Perawat. Universitas Gadjahmada. Yogyakarta. (accessed 5 Mei 2009).
- Indonesia's Health Department. (2006). Jumlah Penderita Diabetes Indonesia Rangking ke-4 di Dunia (Diabetes Prevalance in the World).
- International Diabetes Foundation. (2008). Self Management. *Curruculum Module III-1:Slide 2-38*.

- Kroff, A. (2008). Self Management. *IDF (International Diabetes Foundation), Curruculum Module III-1:Slide 2-38.*
- Leichter, S.B., August, G.L., and Moore, W. (2003). The Business of Hospital Care of Diabetic Patients: 2. A New Model for Inpatient Support Services *Clinical Diabetes* 21:136-139.
- Levetan, C.S., Passaro, M.D., Jablonski, K.A., and Ratner, R.E. (1999). Effect of physician specialty on outcomes in diabetic ketoacidosis. *Diabetes Care* 22 (11):1790-1795. Lojo,
- J., Burrows, N.R., Geiss, L.S., Tierney, E.F., Wang, J. And Engelgau, W. (2002). Preventive-Care Practices Among Persons With Diabetes—United States, 1995 and 2001. *JAMA* 288 No. 22:2814-2815.
- Mckay, H.G., Glasgow, R.E., Feil, E.G., Boles, S.M. and Barrera Jr.M. (2002). Internet-Based Diabetes Self-Management and Support: Initial Outcomes From the Diabetes Network Project. *Rehabilitation Psychology* Vol. 47, No. 1:31-48. [Http://www.uam.es/personal\\_pdi/psicologia/pei/download/mckay2002.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/pei/download/mckay2002.pdf)
- Methfi, E. (2009). Focused (Semi-structured) Interviews. *Sociological Research Skills*. [Http://www.sociology.org.uk/methfi.pdf](http://www.sociology.org.uk/methfi.pdf) (accessed
- Ministry of Health Republic of Indonesia. (2009). Number of Diabetes Patients in Indonesia. *Ministry of Health Republic of Indonesia.*
- Monnier, L., Colette, C., Laponski, H. And Boniface, H. (2007). Self-monitoring of blood glucose in diabetic patients: from the least common denominator to the greatest common multiple *Diabetes and Metabolism* 30 (2):113-119.
- Nettles, A.T. (2005). Patient Education in the Hospital. *Diabetes Spectrum American Diabetes Association* 18:44-48.
- Polit, A. And Hungler, B.P. (1989). *Essentials of Nursing Research*. 2<sup>nd</sup> Edition ed. Philadelphia: JB Lipicont Company.
- Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S., Wagner, E.H., Eijk, J.T. and Assendelft, W.J. (2007). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings.
- Roman, S. And Chassin, M.R. (2001). Windows of opportunity to improve diabetes care when patients with diabetes are hospitalized for other conditions. *Diabetes Care, American Diabetes Association* 24:1371 -1376.
- Rubin, I.S. (2009). Research Guidelines. West Lothian Council Psychological Services. (accessed 05 September 2009).
- Seogondo, S. (2009). Si Manis dalam Darah Anda. *Diabetes the Silent Killer.*
- Soderback, I. (2008). Hospital discharge among frail elderly people: a pilot study in Sweden. *Occupational Therapy International* 15 (1):18-31.
- Stanton, M.W. (2004). Hospital Nurse Staffing and Quality of Care.
- Theofanidis, D. (2009). Stress and The Hospitalized Patient: Can We Deal With It? *ICUS NURS WEB* (27):1-8.
- Von Kroff,M., Gruman, J. And Schaefer, J. (1997). Collaborative management



of chronic illness. *Ann Intern Med* 127 (12):1097-102.

Wakemed Health & Hospitals. 2009. Self-Management Education Program Components. Raleigh. [Http://www.wakemed.org/body.cfm?Id=180](http://www.wakemed.org/body.cfm?Id=180) (accessed 11 November 2009).

Weinger, K., Butler, H.A., Welch, G.W. and La Greca, A.M. (2005). Measuring Diabetes Self-Care A psychometric analysis of the Self-Care Inventory-revised with adults. *Diabetes Care, American Diabetes Association*, 28:1346-1352.

Wetzels, R., Wensing, M., Weel, C.F. and Grols, R. (2005). A consultation leaflet to improve an older patient's involvement in general practice care: a randomized trial. *Health Expectations* 8:286-294.

World Diabetes Foundation. (2006). Diabetes Fact. *Diabetes Atlas*, 2nd and 3rd edition.

World Health Organization. (2009). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health

## **PETUNJUK PENULISAN NASKAH**

1. Naskah yang dikirimkan kepada redaksi adalah karangan yang belum pernah dan tidak akan dipublikasikan di tempat lain. Naskah merupakan asli hasil penelitian, tinjauan pustaka, laporan kasus atau pengabdian masyarakat.
2. Judul ditulis dengan huruf kapital, Times New Roman berukuran 14 point, jarak satu spasi dan terletak di tengah-tengah tanpa titik. Jumlah maksimal 16 kata.
3. Naskah ditulis dalam Bahasa Indonesia baku atau Bahasa Inggris, dilengkapi dengan Abstrak (100-250 kata) dan kata-kata kunci (key words) yang ditulis dalam Bahasa Inggris. Abstrak terdiri dari Background, Objective, Methods, Results dan Conclusions.
4. Penulisan naskah dengan menggunakan program pengolah kata yang umum (Microsoft Word) dengan jenis huruf Times New Roman, ukuran font 12, kerapatan 2 spasi pada kertas kuarto (A4), tepi kiri dan tepi atas 4 cm, tepi kanan dan bawah masing-masing 3 cm. Panjang naskah 5 – 15 halaman termasuk tabel, gambar, ilustrasi dan daftar pustaka. Naskah dikirimkan dalam bentuk naskah keras (hard copy) beserta naskah lunak (soft copy) dalam bentuk CD, atau melalui e-mail. Setiap naskah disertai alamat korespondensi lengkap yang dapat dihubungi dan alamat e-mail penulis harus dicantumkan.
5. Judul tabel, grafik, histogram, sketsa, dan gambar (foto) diberi nomor urut, judul singkat tetapi jelas beserta satuan-satuan yang dipakai. Judul ilustrasi ditulis center dengan menggunakan huruf Times New Roman berukuran 10 point, spasi satu.
6. Angka dan huruf pada gambar, tabel, atau histogram menggunakan huruf Times New Roman berukuran 10 point
7. Keterangan tabel ditulis di sebelah kiri bawah menggunakan huruf Times New Roman berukuran 10 point jarak satu spasi
8. Sumber tabel dan gambar dituliskan di bawah tabel dan gambar dengan huruf Times New Roman berukuran 10 point dan dicetak miring.
9. Penulisan angka desimal dalam tabel untuk bahasa Indonesia dipisahkan dengan koma ( , ), untuk bahasa Inggris digunakan titik ( . ).
10. Penulisan naskah: halaman pertama naskah ditulis: (a) Judul penelitian, (b) nama lengkap penulis, (c) alamat lengkap penulis (institusi tempat kerja). Halaman berikutnya: Abstrak, Pendahuluan, Metode Penelitian, Hasil dan Pembahasan, Kesimpulan, Daftar Pustaka dan Lampiran.