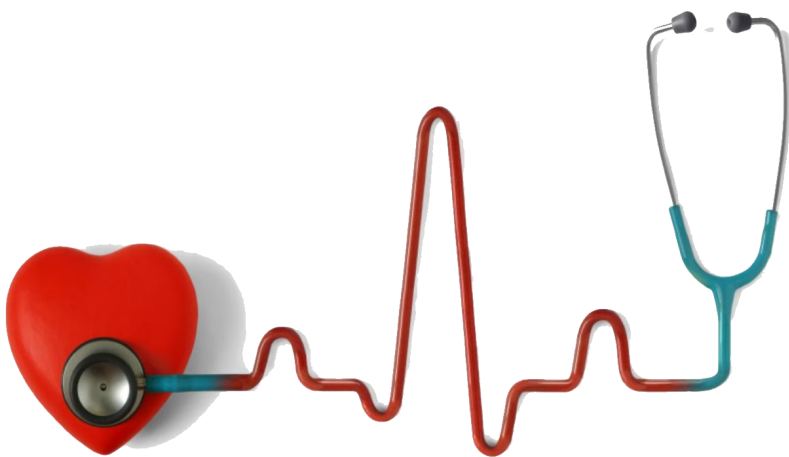


NURSING CURRENT JOURNAL



- DETERMINAN PERILAKU KONSUMSI SAYUR DAN BUAH PADA RUMAH TANGGA DI KABUPATEN SAMOSIR TAHUN 2016
- PENGGUNAAN *MOBILE HEALTH* DALAM USAHA MONITORING HIPERTENSI
- PEMANFAATAN TEKNOLOGI PENDAMPING (*ASSISTIVE TECHNOLOGY*) BAGI KEMANDIRIAN PENDERITA DEMENSIA
- PENGALAMAN PASIEN DIABETES MELITUS DALAM BERADAPTASI DENGAN PENYAKIT KRONIS YANG DIALAMINYA
THE EXPERIENCE OF PEOPLE WITH DIABETES MELITUS IN ADAPTING WITH CHRONIC DISEASE
- A REFLECTION ON FINDING MY TRUE SELF
- PEMANFAATAN TEKNOLOGI *TELEHEALTH* PADA PERAWAT DI LAYANAN *HOMECARE*
- KAJIAN LITERATUR: PENGGUNAAN VIRGIN COCONUT OIL DALAM PENCEGAHAN LUKA DEKUBITUS PADA PASIEN IMOBILITAS



SUSUNAN REDAKSI

- Pelindung** : Rektor Universitas Pelita Harapan
Penanggung Jawab : Dekan Fakultas Keperawatan UPH
Pemimpin Redaksi : Dr. Ni Gusti Ayu Eka
Redaksi Pelaksana : Ns. Dora Samaria, S.Kep., M.Kep
Renata Komalasari, S.Kp., MANP.
Ns Debora Siregar, S.Kep., M.K.M
Sekretaris : Ns Theresia, S.Kep
Bendahara : 1) Martha Octaria, S.Kep
2) Roswhita Sitompul, M.Kep
3) Dina Valentina Silaban, S.E
Sirkulasi : 1) Ns Martina Pakpahan, S.Kep, M.K.M
2) Ns Renova Oktarini Sibuea, S.Kep
Pemasaran : Ns. Catharina Guinda, S.Kep

Internal Reviewer :

- | | |
|---|--|
| Carielle Joy Vingno Rio., PhD. | Marisa Junianti Manik BSN, M.Kep |
| Christine Louise Sommers, MN, RN, CNE. | Dr. Ni Gusti Ayu Eka |
| Ns.Dame Elysabeth T.,M.Kep.,Sp.Kep., MB. | Renata Komalasari, S.Kp., MANP. |
| Ns. Dora Samaria, S.Kep., M.Kep. | Riama Marlyn Sihombing S.Kp., M. Kep. |
| Ns. Elysabeth Sinulingga. M.Kep.,Sp.Kep.MB. | Yakobus Siswadi, BSN, MSN. |
| Eva Berthy Tallutondok, Dipl. PHN., MSc. | Yenni Ferawati, BN., MSN-Palliative Care |
| Grace Solely Houghty, MBA., M.Kep | |

External Reviewer :

- Chatarina Dwiana, BSN, M.Kep (Institusi: STIKES SINT. CAROLUS)
Ns. Lina Mahayaty, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep An. (Institusi : STIKES WILLIAM BOTH)
Maria Lupita Nena Meo, S.Kep., Ns., M.Kep (Institusi: STIKES CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG)

Alamat Redaksi

Gedung FK-FON UPH Lt.4 - Jend. Sudirman Boulevard No 15
Lippo Village Karawaci, Tangerang
Telp. (021) 54210130 ext.3439/3401
Faks (021) 54203459
Email: nursingcurrent@uph.edu

REMARKS

As we consider how nursing can make a difference in the lives of patients in the community and in the hospital, it is helpful to consider how technology can assist us, as described in this issue. We also realize the importance nutrition has in the lives of individuals, families, and communities. And finally, we recognize that serving as a nurse, whether in the hospital, community, or nursing education is a calling and an opportunity to serve. As we serve in nursing, we are making a difference. Let us be mindful of our calling.

As you contemplate how you might contribute to the nursing profession, I encourage you to consider writing an article for the next issue of “Nursing Current”. The impact of “Nursing Current” making a difference in lives will be increased as nurses from many different locations and many different areas of nursing submit their research and their articles. Please consider sharing your work.

I pray that God will continue to guide us as we seek to serve Him in nursing.

Christine L. Sommers, MN, RN, CNE

Executive Dean,
Faculty of Nursing, Universitas Pelita Harapan

KATA PENGANTAR

Puji dan hormat kepada Tuhan karena Jurnal “Nursing Current Volume 5 Nomor 1 kembali terbit. Jurnal ini merupakan wadah ilmiah bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu keperawatan khususnya melalui laporan penelitian dan penulisan ilmiah.

Jurnal “Nursing Current” pada edisi ini kembali mengingatkan akan panggilan seorang tenaga kesehatan untuk melayani di lingkup kesehatan. Selain itu, edisi ini juga memaparkan perlunya mengetahui manfaat teknologi dalam pelayanan kesehatan serta pentingnya sikap dan perilaku klien dalam meningkatkan derajat kesehatan.

Penerbitan jurnal ini juga tidak lepas dari kerjasama dan kerja keras tim baik tim redaksi maupun tim reviewer yang luar biasa. Jurnal ini diharapkan untuk lebih lagi berkontribusi di lingkup kesehatan khususnya keperawatan baik lokal, nasional dan Internasional.

Pemimpin redaksi,

Dr. Ni Gusti Ayu Eka

DAFTAR ISI

Susunan Redaksi	i
Remarks	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Determinan Perilaku Konsumsi Sayur Dan Buah Pada Rumah Tangga Di Kabupaten Samosir Tahun 2016 Martina Pakpahan , Dian Ayubi	1
Penggunaan <i>Mobile Health</i> Dalam Usaha Monitoring Hipertensi Saras Anindya Nurhafid, Tuti Afriyani	14
Pemanfaatan Teknologi Pendamping (<i>Assistive Technology</i>) Bagi Kemandirian Penderita Demensia Anung Ahadi Pradana	23
Pengalaman Pasien Diabetes Melitus Dalam Beradaptasi Dengan Penyakit Kronis Yang Dialaminya MT. Arie Lilyana, Ninda Ayu Prabasari	33
A Reflection on Finding My True Self Juniarta Sinaga	43
Pemanfaatan Teknologi <i>Telehealth</i> Pada Perawat Di Layanan <i>Homecare</i> Rizkiyani Istifada, Sukihananto, Muh.Asnoer Laagu	51
Kajian Literatur: Penggunaan Virgin Coconut Oil Dalam Pencegahan Luka Dekubitus Pada Pasien Imobilitas Jesica G. Rukmana, Renata Komalasari, Shinta Yuliana Hasibuan	62
Petunjuk Penulisan	74
Informasi Jurnal	84

DETERMINAN PERILAKU KONSUMSI SAYUR DAN BUAH PADA RUMAH TANGGA DI KABUPATEN SAMOSIR TAHUN 2016

Martina Pakpahan¹, Dian Ayubi²

¹Dosen Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Pelita Harapan

²Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Email: martina.pakpahan@uph.edu

ABSTRAK

Trend penyakit beralih kepada penyakit tidak menular (PTM) yang terus mengalami peningkatan secara signifikan di masa mendatang. *World Health Organization* memperkirakan pada tahun 2020 penyebab kematian karena PTM akan mencapai 73 % dari seluruh kematian (Depkes, 2007). PTM berkaitan erat dengan perilaku tidak sehat. Menurut Riskesdas tahun 2013, capaian proporsi rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) secara nasional sebesar 32.3 %, provinsi Sumatera Utara sebesar 24.6 % sedangkan di Kabupaten Samosir sebesar 14.7 %. Perilaku konsumsi sayur dan buah menjadi salah satu perilaku pencegahan PTM, namun capaian nasional sangat rendah yaitu sebesar 10.7 % (Kemenkes, 2013). Penelitian bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga di Kabupaten Samosir. Penelitian menggunakan metodologi kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Jumlah sampel 187 rumah tangga dengan teknik *multistage random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah tangga yang mengkonsumsi sayur dan buah 2-3 porsi/hari sebesar 17.1 %. Analisis multivariat menunjukkan determinan yang berpengaruh yaitu pengetahuan (*p value 0.05*, OR 2.81), dan penghasilan (*p value 0.001*, OR 4.14). Rendahnya perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga di Kabupaten Samosir dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan penghasilan. Diperlukan upaya kreatif, edukasi berkelanjutan dan kerjasama lintas sektor dalam meningkatkan perilaku sehat rumah tangga.

Kata Kunci : *Kabupaten Samosir, konsumsi sayur dan buah, penghasilan, perilaku sehat, rumah tangga*

ABSTRACT

*Disease trends are shifting to non communicable diseases (NCD) which is constantly improving in the future. World Health Organization estimates that by 2020 the cause of death by NCD will reach 73% of all deaths (Depkes, 2007). NCD is closely related to unhealthy behavior. According to Riskesdas (2013), the proportion of households to live healthy (PHBS) nationally is 32.3%, North Sumatra province is 24.6%, Samosir District is 14.7%. Consumption behavior of vegetable and fruit become one of prevention behavior of NCD, but national achievement is very low, 10.7% (Kemenkes, 2013). The aim of this research is to analyze the determinant of consumption behavior of vegetables and fruits of household in Samosir District. The research used quantitative methodology with cross sectional study design. Total sample is 187 households with multistage random sampling technique. The results showed, households who consume vegetables and fruit 2-3 portion/day is 17.1%. Multivariate analysis showed influential determinants are knowledge (*p value 0.05*, OR 2.81), and income (*p value 0.001*, OR 4.14). The low consumption behavior of vegetables and fruits of households in Samosir District is influenced by level of knowledge and income. It requires creative effort, continuous education and cross-sector cooperation in improving healthy behavior of the household.*

Keywords : *Healthy behavior, household, , income, Samosir District, vegetable and fruit consumption*

PENDAHULUAN

Pembangunan desa, termasuk di Kabupaten Samosir memiliki berbagai permasalahan, seperti adanya desa

terpencil atau terisolir, minimnya prasarana sosial ekonomi, terbatasnya akses dan prasarana transportasi, penyebaran usia produktif yang tidak

seimbang, tingkat pendidikan dan pendapatan masyarakat yang relatif rendah, struktur tanah yang labil dan rawan bencana longsor dan jarak yang jauh dari ibukota Propinsi (Dinkes Samosir, 2014). Jumlah penduduk Kabupaten Samosir sekitar 123.065 jiwa, dengan kepadatan penduduk 84 jiwa per km² (Dinkes Samosir, 2014). Direktorat daerah tertinggal, transmigrasi dan perdesaan (2016) menyebutkan bahwa penyebab ketertinggalan di wilayah Sumatera Utara disebabkan oleh ekonomi, infrastruktur dan karakteristik daerah. Semuanya ini berkontribusi langsung ataupun tidak langsung terhadap derajat kesehatan suatu daerah.

Tren penyakit saat ini beralih dari penyakit menular kepada penyakit tidak menular (PTM) atau dikenal sebagai penyakit degeneratif, seperti; Kanker, Jantung koroner, Stroke, Diabetes Melitus dan Penyakit Paru Obstruktif yang akan terus mengalami peningkatan secara signifikan di masa mendatang. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2020 penyebab kematian karena PTM akan mencapai 73 % dari seluruh kematian (Kemkes, 2011). Hasil Survey Rumah Tangga (SKRT) tahun 2010 mengatakan

bahwa tren proporsi penyebab kematian sebanyak 60 % telah bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. PTM erat kaitannya dengan perilaku beresiko atau dapat disebut perilaku tidak sehat seperti perilaku merokok, konsumsi nutrisi tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik dan lain sebagainya yang menjadi faktor resiko tingginya angka kesakitan dan kematian (Paulik, 2010). Berkaitan dengan hal tersebut maka secara nasional, Kementerian Kesehatan mengembangkan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Menurut data Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013, penduduk yang telah memenuhi kriteria berPHBS baik pada tahun 2005 sebesar 27% meningkat menjadi 36.3% di tahun 2007 kemudian meningkat lagi menjadi sebesar 38.7% di tahun 2013. Sehingga perilaku tidak sehat tergambar dari rendahnya capaian indikator PHBS. Menurut Riskesdas tahun 2013, capaian proporsi rumah tangga PHBS secara nasional sebesar 32.3 %, di provinsi Sumatera Utara sebesar 24.6 % sedangkan di Kabupaten Samosir sebesar 14.7 %. Capaian PHBS di Kabupaten Samosir masih jauh dari target nasional di tahun 2019 dimana diharapkan penduduk

Indonesia berPHBS baik dapat mencapai angka 80%.

Konsumsi sayur dan buah sebagai salah satu bentuk PHBS rumah tangga yang diteliti oleh penulis, menjadi perilaku pencegahan penyakit tidak menular, namun capaian secara nasional masih sangat rendah yaitu sebesar 10.7 % sedangkan capaian di Kabupaten Samosir adalah sebesar 6.5% (Kemkes, 2013). Capaian tersebut menjadi capaian terendah dari 10 perilaku sehat rumah tangga secara nasional. Konsumsi sayur dan buah yang dimaksud adalah dimana setiap anggota rumah tangga (keluarga) mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari dengan frekuensi dua-tiga porsi/hari (Kemkes, 2013). Menurut *World Health Organization* (WHO), konsumsi sayur dan buah dianggap cukup apabila asupan buah dan sayur sebanyak lima porsi atau lebih per hari. Sedangkan dianggap kurang apabila asupan buah dan sayur kurang dari lima porsi sehari. Mengonsumsi sayur dan buah setiap hari sangat penting, sebab sayur mengandung vitamin dan mineral, yang bermanfaat mengatur pertumbuhan dan pemeliharaan tubuh dan mengandung serat yang tinggi. Serat tidak untuk mengenyangkan tetapi dapat menunda pengosongan lambung

sehingga seseorang menjadi tidak cepat lapar, melancarkan buang air besar, dan membantu menurunkan berat badan, sebagai antioksidan dan dapat menyeimbangkan kadar asam basa tubuh (Hervert-Hernández, García, Rosado, & Goñi, 2011). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kurangnya konsumsi sayur dan buah dapat berisiko memicu perkembangan penyakit degeneratif seperti obesitas, penyakit jantung koroner, diabetes, hipertensi dan kanker (WHO dalam Kant, Pandelaki, & Lampus, 2013). Likopen pada tomat berfungsi untuk menangkal radikal bebas, sebagai anti platelet, dan menghambat aterosklerosis yang merupakan faktor risiko untuk terjadinya stroke iskemik (Human dan Rika, 2015). Penelitian Anwar (2014), didapatkan hubungan pola makan berdasarkan konsumsi buah dan sayur ($p < 0.001$) terhadap kejadian hipertensi.

Penelitian yang dilakukan oleh Avianty (2007) menyebutkan bahwa faktor predisposisi yang berhubungan bermakna dengan perilaku sehat adalah pendidikan, status ekonomi, pengetahuan dan sikap; faktor pemungkin yang berhubungan bermakna adalah ketersediaan fasilitas kesehatan, ketersediaan biaya kesehatan;

faktor penguat yang berhubungan bermakna adalah dukungan petugas puskesmas dan dukungan forum masyarakat. Hubungan yang bermakna terhadap perilaku konsumsi buah antarlain pengetahuan, sikap, ketersediaan sayur dan buah dirumah dan keterpaparan media massa dengan konsumsi buah dan sayur (Farisa, 2012).

METODE

Metodologi penelitian yang dipakai adalah metodologi penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan dengan cara mengukur seluruh variabel penelitian yang diamati secara bersamaan di waktu yang sama saat penelitian dilakukan (Wibowo, 2014). Penelitian dilakukan di Kabupaten Samosir, Sumatera Utara pada bulan Mei-Juni tahun 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di Kecamatan yang terpilih; Pangururan, Ronggur Nihuta dan Simanindo, yaitu sebesar 13.969 rumah tangga. Sampel penelitian adalah rumah tangga yang memenuhi kriteria inklusi yang ditetapkan dan telah terpilih secara random. Kriteria inklusi yang ditetapkan yaitu; tipe keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri dari ayah, ibu atau anak dimana anak pertama berusia ≤ 10 tahun. Jumlah sampel sebanyak 187 rumah

tangga. Besar sampel diperoleh dari perhitungan uji hipotesis untuk uji beda proporsi menurut Lameshow (1991) dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} \times \text{deff}$$

Keterangan.

n = Jumlah sampel yang diperlukan

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 dengan derajat kepercayaan 95 %

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z berdasarkan kekuatan uji 80 % = 0,8

P_1 = Proporsi responden pada yang PHBS baik dengan tingkat pengetahuan yang tinggi

P_2 = Proporsi responden pada yang PHBS baik dengan tingkat pengetahuan yang rendah

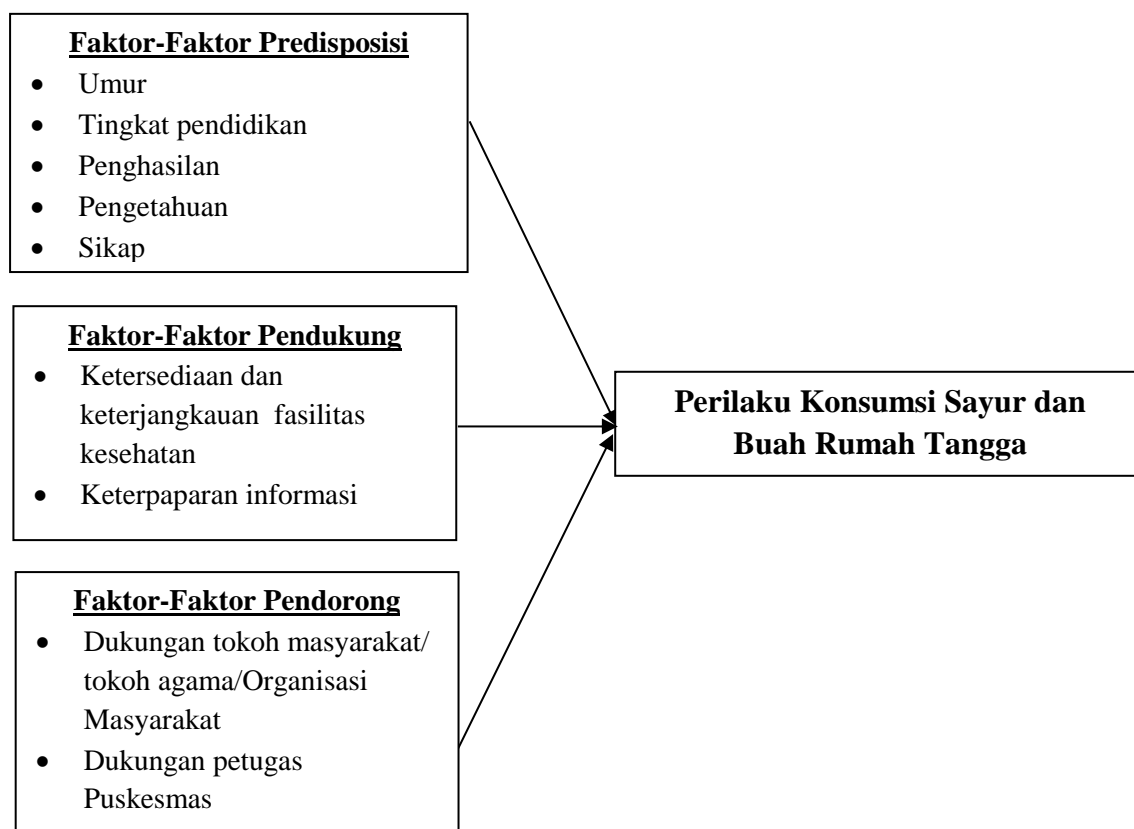
\bar{P} = Rerata dari P_1 dan P_2

deff = Desain efek, bernilai 2

Ibu dipilih sebagai responden sebab ibu berperan besar terhadap perilaku konsumsi sayur dan buah rumah tangga. Selain itu perilaku sehat anak usia ≤ 10 tahun masih sangat ditentukan oleh perilaku sehat orangtua, terkhusus oleh ibu. Maka perilaku sehat ibu dapat mewakili perilaku sehat rumah tangga. Teknik pengambilan sampel menggunakan *multistage random sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang diambil secara acak bertahap pada populasi sangat besar, wilayah geografis yang luas dan sulit dijangkau. Diawali dengan memilih Kecamatan, lalu dari tiap Kecamatan memilih Desa dan dari tiap Desa memilih rumah tangga sebagai responden. Kecamatan dipilih

berdasarkan perbedaan karakteristik geografis yaitu Kecamatan Pangururan sebagai ibukota Kabupaten merupakan daerah dataran rendah, Kecamatan Ronggur Nihuta mewakili daerah dataran tinggi dan Kecamatan Simanindo mewakili daerah pantai yang juga sekaligus lokasi wisata dengan karakteristik penduduk yang heterogen.

Jenis data yang dikumpulkan berupa data primer dengan menggunakan kuesioner. Dalam menentukan variabel independen pada kerangka konsep (gambar 3.1), mengadopsi teori *Precede-Proceed* Green (2005) yang menyatakan bahwa determinan perilaku kesehatan terdiri dari faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian
(Mengadopsi Teori PRECEDE-PROCEED Lawrence, W. Green and M. W Kreuter, 2005)

Pada penelitian ini, faktor predisposisi meliputi umur, tingkat pendidikan, penghasilan, pengetahuan dan sikap, faktor pendukung meliputi ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas dan keterpaparan informasi dan faktor

pendorong meliputi dukungan tokoh agama/tokoh masyarakat/organisasi masyarakat dan dukungan petugas Puskesmas. Dalam menetapkan kategori dari tiap variabel (kecuali untuk variabel umur) peneliti tidak menggunakan

mean/median sebagai *cut off point* sebab distribusi nilai sangat variatif. Tiap variabel memiliki *cut off point* nya sendiri sesuai referensi atau penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya.

Sebelum melakukan penelitian, dilakukan uji *validitas* dan *reliabilitas* instrumen terhadap 30 ibu rumah tangga sesuai kriteria inklusi namun dilokasi yang berbeda. Perizinan diperoleh dari bagian akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat-Universitas Indonesia dan Dinas Kabupaten Samosir. Penelitian telah memenuhi beberapa prinsip etik termasuk pemberian *informed consent* kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Analisis data yang digunakan berupa analisis univariat, bivariat dan multivariat.

HASIL

Pada Tabel 1 diketahui bahwa mayoritas responden berusia > 30 tahun yaitu sebesar 67.4 %, dengan tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMU yaitu sebesar 57.8%, pekerjaan kepala rumah tangga terbanyak adalah petani yaitu sebesar 64.7 %, untuk penghasilan rumah tangga mayoritas responden dengan penghasilan < Rp.1.710.000 (< UMK) yaitu sebesar 72.2%.

Tabel 1
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Kabupaten Samosir Tahun 2016 (n=187 orang)

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur :		
• ≤ 30 tahun	61	32.6
• > 30 tahun	126	67.4
Tingkat Pendidikan Responden:		
• Tidak sekolah/tidak tamat SD	7	3.7
• SD	8	4.3
• SMP	28	15.0
• SMU	108	57.8
• Perguruan tinggi	36	19.3
Pekerjaan Kepala rumah tangga:		
• Petani	121	64.7
• Pegawai Negri Sipil	13	7
• Wiraswasta	37	19.8
• Honorer dan Pegawai swasta	8	4.3
• Lain-lain	8	4.3
Penghasilan Rumah Tangga:		
• < Rp. 1.710.000 (<UMK)	135	72.2
• ≥ Rp. 1.710.000 (≥UMK)	52	27.8

Tabel 2
Distribusi Responden Menurut Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah pada Rumah Tangga di Kabupaten Samosir Tahun 2016 (n=187 orang)

Konsumsi Sayur dan Buah	Jumlah (n)	Persentase (%)
Frekuensi		
• 1 porsi perhari	31	16.6
• 2-3 porsi perhari (tiap kali makan)	32	17.1
• 3 porsi/minggu	10	5.3
• Tidak menentu	113	60.4
Pertimbangan (alasan) utama		
• Manfaat	150	80.2
• Harga	14	7.5
• Ketersediaan dan mudah diperoleh	20	10.7
• Lainnya	3	1.6
Sumber		
• Hasil kebun sendiri	39	20.9
• Membeli di pasar	137	73.3
• Pedagang sayur keliling	6	3.2
• Lainnya	5	2.7

tangga mengkonsumsi sayur dan buah dua-tiga porsi setiap hari dalam satu minggu terakhir (Kemkes, 2013). Ini menjadi kriteria kunci dalam menentukan rumah tangga melakukan perilaku konsumsi sayur dan buah.

Tabel 3
Distribusi Responden Menurut Determinan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah Rumah Tangga di Kabupaten Samosir Tahun 2016 (n=187 orang)

Determinan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur		
• < 33 tahun	93	49.7
• ≥ 33 tahun	94	50.3
Tingkat pendidikan		
• Rendah	135	72.2
• Tinggi	52	27.8
Penghasilan		
• Rendah	144	77
• Tinggi	43	23
Pengetahuan		
• Rendah	64	34.2
• Tinggi	123	65.8
Sikap		
• Buruk	21	11.2
• Baik	166	88.8
Ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan		
• Kurang	119	63.6
• Cukup	68	36.4
Keterpaparan informasi		
• Kurang	147	78.6
• Cukup	40	21.4
Dukungan tokoh masyarakat/tokoh agama		
• Kurang mendukung	19	10.2
• Mendukung	168	89.8
Dukungan petugas Puskesmas		
• Kurang mendukung	111	59.4
• Mendukung	76	40.6

Dari Tabel 2 diketahui bahwa rumah tangga yang memiliki perilaku konsumsi sayur dan buah sebesar 17.1 %. Sebanyak 73.3% responden memperoleh sayur dan buah dengan membeli di pasar dan hanya

20.9 % responden yang mengkonsumsi sayur dan buah dari hasil kebun sendiri. Pada Tabel 3 diketahui bahwa mayoritas responden memiliki karakteristik sebagai berikut; Umur ≥ 33 tahun, tingkat pendidikan rendah, penghasilan rendah, tingkat pengetahuan tinggi, sikap baik, ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan kurang, keterpaparan informasi kurang, dukungan tokoh masyarakat/tokoh agama cukup baik, dukungan petugas puskesmas kurang.

Penelitian ini menggunakan model prediksi untuk uji multivariat, dimana semua variabel independen memiliki kedudukan yang sama sebagai determinan terhadap variabel dependen. Variabel dengan p value <0.25 masuk ke uji multivariat.

Tabel 4
Seleksi Bivariat Sebagai Kandidat Masuk Uji Multivariat

Variabel	Nilai p	Nilai OR
Umur	0.23	0.63
Tingkat Pendidikan	0.52	1.36
Penghasilan	0.001	4.58
Pengetahuan	0.01	3.32
Sikap	0.81	0.86
Keterjangkauan Faskes	0.02	0.35
Keterpaparan Informasi	0.32	1.57
Dukungan Toma- toga	0.87	1.11
Dukungan Petugas Puskesmas	0.43	1.36

Pada Table 4 diketahui bahwa variabel yang masuk ke uji multivariat antarlain; umur, penghasilan, pengetahuan dan

ketersediaan/ketersediaan faskes. Pada analisis multivariat, pemodelan dilakukan dengan mengeluarkan satu persatu variabel yang telah masuk uji multivariat dimulai dari variabel dengan *p value* tertinggi dengan melihat perubahan OR yang terjadi pada variabel lainnya. Bila terjadi perubahan $OR > 10\%$, maka variabel tersebut dimasukkan kembali kedalam pemodelan namun bila perubahan $OR < 10\%$ maka variabel tersebut tetap dikeluarkan dari pemodelan.

Tabel 5.
Pemodelan Pertama Multivariat

Variabel	P value	POR
1. Umur	0.142	0.53
2. Penghasilan	0.001	3.98
3. Pengetahuan	0.045	2.95
4. Faskes	0.093	0.43

Tabel 6
Pemodelan Kedua Multivariat

Variabel	P value	OR lama	OR Baru	Perubahan OR (%)
1. Penghasilan	0.002	3.98	3.65	7.78
2. Pengetahuan	0.053	2.95	2.78	5.76
3. Faskes	0.092	0.43	0.43	0

Tabel 7
Pemodelan Ketiga Multivariat

Variabel	P value	OR lama	OR Baru	Perubahan OR (%)
1. Penghasilan	0.001	3.98	4.14	4.02
2. Pengetahuan	0.05	2.95	2.81	4.75

Tabel 8
Pemodelan Keempat Multivariat

Variabel	P value	OR lama	OR Baru	Perubahan OR (%)
1. Penghasilan	0.001	3.98	4.58	15.07

Tabel 9
Pemodelan Kelima Multivariat

Variabel	P value	OR lama	OR Baru	Perubahan OR (%)
1. Penghasilan	0.001	3.98	4.14	4.02
2. Pengetahuan	0.05	2.95	2.81	4.75

Berdasarkan hasil permodelan kelima multivariat (Tabel 9), diketahui terdapat dua variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan perilaku konsumsi sayur dan buah rumah tangga setelah dikontrol oleh variabel lainnya, yaitu variabel pengetahuan dan penghasilan. Variabel penghasilan sebagai variabel dominan yang berpengaruh (*p value* 0.001, nilai OR sebesar 4.14 pada 95 % CI). Sehingga dapat disimpulkan bahwa rumah tangga dengan tingkat penghasilan tinggi (>UMK) memiliki peluang berperilaku mengkonsumsi sayur dan buah 4.14 kali lebih tinggi dibandingkan rumah tangga dengan penghasilan rendah (\leq UMK) setelah dikontrol variabel umur, pengetahuan, ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan.

PEMBAHASAN

Hasil statistik menunjukkan bahwa prevalensi untuk perilaku konsumsi sayur dan buah sebesar 17.1 %. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku rumah tangga dalam mengkonsumsi sayur dan buah masih sangat rendah. Pola konsumsi sayur dan buah dari mayoritas responden tidak menentu, dimana responden mengkonsumsi sayur dan buah namun dengan porsi yang tidak sama setiap harinya. Sedangkan standar WHO

merekomendasikan konsumsi sayur dan buah adalah 400 gram (5 porsi) setiap hari untuk semua kelompok usia. Pertimbangan utama dari mayoritas responden (80.2%) dalam mengkonsumsi sayur dan buah adalah karena alasan manfaat. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden sudah memiliki pemahaman yang baik dan menyadari bahwa sayur dan buah memiliki manfaat penting,

namun dalam praktiknya belum sepenuhnya dilakukan sesuai standar. Rendahnya capaian tersebut kontras dengan mayoritas masyarakat yang berprofesi sebagai petani (64.7%) dan ketersediaan lahan yang cukup luas yang dimiliki keluarga untuk digunakan berkebun sayur dan buah. Masyarakat yang bercocok tanaman sayur dan buah, sebagian besar menjual hasil ladangnya bukan untuk dikonsumsi sendiri. Saat pengumpulan data dilakukan, beberapa responden menyatakan bahwa terdapat nilai yang berkembang di masyarakat bahwa sayur dan buah dianggap kurang penting sebagai menu hidangan untuk dikonsumsi setiap hari.

Pada hasil analisis univariat diketahui bahwa mayoritas responden berpenghasilan rendah (<UMK) yaitu sebesar 72.2%. Menurut profil kesehatan

Kabupaten Samosir, jumlah penduduk miskin yaitu sebesar 47.6% dari seluruh penduduk. Petani memiliki penghasilan tidak menetap dan tidak rutin, dengan masa panen adalah enam bulan sampai satu tahun. Penghasilan utama petani berasal dari hasil panen tersebut. Hal ini menyebabkan perilaku masyarakat cenderung menjual hasil kebun berupa sayur dan buah dari pada mengkonsumsinya sendiri. Rendahnya penghasilan dapat mempengaruhi prioritas atau alokasi penggunaan uang rumah tangga sehingga menurunkan daya beli masyarakat. Pada Table 2, diketahui mayoritas responden yaitu 73.3% memperoleh sayur dan buah untuk dikonsumsi dengan membeli di pasar. Hal ini menunjukkan perilaku konsumsi sayur dan buah rumah tangga dipengaruhi oleh keberadaan pasar. Keberadaan pasar yang disebut dengan istilah Onan, yaitu pasar yang diadakan seminggu sekali di ibukota Kabupaten, Pangururan. Di Onan, sayur dan buah dijual dengan jumlah yang banyak, variasi yang beragam dan kualitas yang masih bagus. Masyarakat datang ke Onan untuk berbelanja kebutuhan rumah tangga selama satu minggu.

Hasil analisis akhir multivariat, diperoleh dua variabel independen yang memiliki

hubungan bermakna dengan perilaku konsumsi sayur dan buah rumah tangga setelah dikontrol oleh variabel lainnya, yaitu variabel pengetahuan (*p value* 0.05, nilai OR sebesar 2.81 pada 95 % CI) dan variabel penghasilan (*p value* 0.001, nilai OR sebesar 4.14 pada 95 % CI). Variabel penghasilan sebagai variabel dominan. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara penghasilan dengan perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga. Hal ini berarti bahwa responden yang memiliki penghasilan tinggi memiliki peluang berperilaku mengkonsumsi sayur dan buah sebesar 4.14 kali lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang memiliki penghasilan rendah. Pada variabel pengetahuan terhadap perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga setelah dikontrol variabel lainnya didapatkan nilai OR 2.81, maka dapat disimpulkan bahwa responden yang berpengetahuan tinggi memiliki peluang berperilaku mengkonsumsi sayur dan buah sebesar 2.81 kali lebih tinggi dibandingkan dengan responden berpengetahuan rendah. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Elena (2006), bahwa variabel yang berhubungan dengan perilaku konsumsi sayur dan buah adalah tingkat pengetahuan dan penghasilan

(ekonomi) keluarga. Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian yang menyatakan bahwa pengetahuan nutrisi seseorang berhubungan dengan perilaku makan sehat seseorang (Wang, 2013).

Dalam penelitian ini diketahui bahwa tingkat pengetahuan responden belum cukup dalam merubah perilaku responden. Mengacu kepada Tabel 3, hal tersebut dapat disebabkan oleh faktor lainnya seperti tingkat pendidikan responden yang rendah, belum optimalnya ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan, kurangnya keterpaparan informasi kesehatan dan kurangnya dukungan petugas Puskesmas. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa penghasilan keluarga berpengaruh besar terhadap perilaku responden dalam mengkonsumsi sayur dan buah. Hal tersebut sangat jelas berhubungan sebab penghasilan keluarga merupakan faktor yang akan mempengaruhi keluarga dalam menentukan prioritas alokasi belanja, jumlah dan variasi makanan yang dikonsumsi setiap hari. Pendapatan yang cukup tinggi dapat mempengaruhi perilaku dan kepedulian terhadap kesehatan (Dianingsi, 2013). Dengan penghasilan yang cukup maka dapat digunakan untuk belanja (konsumsi) sayur

dan buah. Namun berbeda dengan penelitian yang menyatakan bahwa penghasilan tidak berhubungan dengan perilaku konsumsi sayur (Stables, 2001).

Membangun perilaku sehat masyarakat bukanlah hal yang sederhana, namun kompleks sebab terdapat banyak variabel sebagai determinan perilaku sehat. Diperlukan upaya berkelanjutan, inovatif dan holistik. Edukasi berkelanjutan mengenai hidup sehat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku sehat masyarakat itu sendiri.

Direktorat daerah tertinggal, transmigrasi dan perdesaan (2016) menyatakan bahwa penyebab ketertinggalan di wilayah Sumatera Utara disebabkan oleh ekonomi, infrastruktur dan karakteristik daerah. Maka diperlukan upaya bersama lintas sektor dalam memberdayakan masyarakat. Dengan pertumbuhanekonomi yang meningkat maka peluang masyarakat untuk berperilaku sehat menjadi lebih besar.

KESIMPULAN

- Gambaran perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga di Kabupaten Samosir masih rendah yaitu sebesar 17.1 %.

- Variabel yang berhubungan bermakna dengan perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga di Kabupaten Samosir setelah dikontrol variabel lainnya adalah pengetahuan dan penghasilan. Maka dapat disimpulkan bahwa rendahnya tingkat pengetahuan dan penghasilan menjadi kendala dalam mengupayakan perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga di Kabupaten Samosir.
- Variabel penghasilan sebagai variabel dominan yang mempengaruhi perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga di Kabupaten Samosir, dimana peningkatan penghasilan berpeluang 4.18 kali menyebabkan perubahan perilaku konsumsi sayur dan buah pada rumah tangga.
- Diperlukan inovasi kreatif, edukasi (sosialisasi) kesehatan berkelanjutan dengan kerjasama lintas sektor untuk memberdayakan masyarakat terutama dalam meningkatkan ekonomi kreatif, seperti kerjasama dengan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) mandiri pedesaan/Dinas pertanian/Dinas perindustrian/Sektor swasta, sebagai contoh: pengembangan tanaman *hortikultura*, komoditi kopi, pengembangan pariwisata Danau Toba, tenun ulos.

REFERENSI

- Anwar, Rosihan. (2014). *Konsumsi Buah Dan Sayur Serta Konsumsi Susu Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Hipertensi Di Puskesmas S. Parman Kota Banjarmasin*. Jurnal Skala Kesehatan volume 5, No 1 tahun 2014.
- Avianty, N. (2007). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Masyarakat Dalam Mewujudkan Keluarhan Sehat Di Kota Bandung Tahun 2006*. (Tesis), Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Elena, D. (2006). *Model Kepercayaan Kesehatan Dalam Penerapan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Kota Padang Tahun 2006*. (Tesis), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Dianingsi, M. (2013). *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Desa Sumpu Kecamatan Telu Kuantan Kabupaten Kuantan Singingi*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Samosir. (2013). *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Samosir Tahun 2014*
- Direktorat Daerah Tertinggal, Transmigrasi dan Perdesaan. (2016). *Laporan Akhir Pemantauan Pelaksanaan Pembangunan Daerah Tertinggal dan Kawasan Perbatasan dalam Lingkup RPJMN 2015-2019*.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational And Ecological Approach*.
- Farisa, S. (2012). *Hubungan sikap, Pengetahuan, Ketersediaan dan Keterpaparan Media Massa dengan Konsumsi Buah dan sayur pada siswa SMPN 8 depok Tahun 2012*. (Skripsi), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Hervert-Hernández, D., García, O. P., Rosado, J. L., & Goñi, I. (2011). *The contribution of fruits and vegetables to dietary intake of polyphenols and antioxidant capacity in a Mexican rural diet: Importance of fruit and vegetable variety*. *Food Research International*, 44(5), 1182-1189. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodres.2010.09.021>
- Humam, Hambali dan Rika Lisiswanti. (2015). *Pengaruh Tomat (Solanum lycopersicum) Terhadap Stroke*. Medical Journal of Lampung University Volume 4, No 9 tahun 2015.
- Kant, I., Pandelaki, A. J., & Lampus, B. S. (2013). *Gambaran Kebiasaan Makan Masyarakat di Perumahan Allandrew Permai Kelurahan Malalayang I Lingkungan XI Kota Manado*. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, 1(03).
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Hasil Survey Rumah Tangga (SKRT) tahun 2010*.

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 2269/MENKES/PER/XI/2011: Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Dalam Angka Tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Paulik, e. a. (2010). *Determinants Of Health-Promoting Lifestyle Behaviour In The Rural Areas Of Hungary. Health Promotion International, Vol. 25 No. 3*.
- Stables, G. (2001). *Demographic, Psychosocial, And Educational Factors Related To Fruit And Vegetable Consumption In Adults. Disertasi*.
- Wang, e. a. (2013). *Knowledge, Attitudes And Behaviour Regarding Nutrition And Dietary Intake Of Seventh-Grade Students In Rural Areas Of Mi Yun County, Beijing, China. Environ Health Prev Med (2014), 19:179-186*.
- Wibowo, A. (2014). *Metodologi Penelitian Praktis bidang Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press

PENGUNAAN *MOBILE HEALTH* DALAM USAHA MONITORING HIPERTENSI

Saras Anindya Nurhafid¹, Tuti Afriyani²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia, Depok Jawa Barat

²Dosen Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar,
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat
Email: saras.alfatih@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang masih banyak di temui di Indonesia. Permasalahan yang sering terjadi di komunitas adalah kurangnya monitoring atau pemantauan status kesehatan oleh penderita hipertensi. Dengan kemajuan teknologi informasi, telah dirancang sistem informasi kesehatan perangkat *mobile* dikenal dengan *mHealth* yang dapat terintegrasi dengan rekam medis elektronik pengguna di pelayanan kesehatan untuk meningkatkan monitoring hipertensi. Penulis menggunakan metode penulisan studi *literature review non sistematic*. Penerapan *mHealth* memiliki keuntungan baik bagi pengguna *mHealth* maupun bagi tim kesehatan khususnya perawat komunitas yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penulis merekomendasikan penggunaan *mHealth* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kata Kunci: hipertensi, *mHealth*, rekam medis elektronik

ABSTRACT

Hypertension is a health problem that is still widely encountered in Indonesia. A common problem is the lack of monitoring of health status by hypertensive patients. With the advancement of information technology, has designed mobile health information system known as mHealth which can be integrated with Electronic Health Record (EHR) in health service to improve hypertension monitoring. The author uses literature review non systematic study writing method. Implementation of mHealth has benefits both for mHealth users and for health teams, especially community nurses who can improve the quality of health services. Therefore, the authors recommend the use of mHealth in health services in Indonesia.

Keywords: *Electronic Health Record, hypertension, mHealth*

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan masalah kesehatan kardiovaskular yang banyak dijumpai di Indonesia. Berdasarkan data dari Riskesdas (2013), terdapat 25,8% penduduk Indonesia dewasa yang mengalami hipertensi. Hasil ini menunjukkan penurunan sekitar 5,9% prevalensi hipertensi pada tahun 2007 (31,7%). Meski demikian, prevalensi hipertensi di Indonesia masih dikatakan tinggi. Daerah Bangka Belitung menjadi daerah dengan prevalensi hipertensi yang

tertinggi yaitu sebesar 30,9%, kemudian diikuti oleh Kalimantan Selatan (30,8%) dan Kalimantan Timur (29,6%).

Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala yang nyata dan pada stadium awal belum menimbulkan gangguan yang serius pada kesehatan penderitanya (Gunawan, 2012). Hipertensi sering disebut sebagai '*silent killer*' karena biasanya terjadi asimptomatik. Perjalanan penyakit hipertensi sangat perlahan, apabila hipertensi tidak diketahui dan

tidak ditangani dengan benar dapat mengakibatkan kematian karena payah jantung, infark miokardium, stroke, atau gagal ginjal. Untuk itu, pengobatan dan pemeriksaan tekanan darah secara teratur mempunyai arti penting dalam perawatan hipertensi (Onzenoort dkk, 2010).

Fenomena yang ditemukan di masyarakat atau Puskesmas, beberapa penderita hipertensi didapatkan tidak teratur dalam monitoring atau mengontrol hipertensinya disebabkan kesibukan aktifitas atau keterbatasan akses pelayanan kesehatan. Hal ini mengakibatkan pasien kemungkinan kembali ke pelayanan kesehatan dengan keluhan yang sama. Kemenkes (2014) menyatakan bahwa pengontrolan hipertensi belum adekuat meskipun obat-obatan yang efektif banyak tersedia.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menekan penambahan prevalensi hipertensi. Pemerintah mengadakan penanggulangan hipertensi bekerja sama dengan Perhimpunan Hipertensi Indonesia atau *Indonesian Society of Hypertention* (InaSH) membuat kebijakan berupa pedoman penanggulangan hipertensi sesuai kemajuan teknologi dan kondisi daerah (*local area specific*), memperkuat

logistik dan distribusi untuk deteksi dini faktor resiko penyakit jantung dan hipertensi, mengembangkan SDM dan sistem pembiayaan serta memperkuat jejaring serta monitoring dan evaluasi pelaksanaan (Depkes, 2010).

Dengan kemajuan teknologi informasi, telah dirancang sistem informasi kesehatan perangkat *mobile* yang semakin populer dalam perawatan diri penyakit kronis seperti hipertensi yang mendukung monitoring hipertensi. Pelayanan dan promosi kesehatan dengan menggunakan *mobile technology* dikenal dengan *mHealth* (Qiang, Yamamichi, Hausman, & Altman, 2011). Meningkatnya penggunaan *smartphone* beriringan dengan semakin meningkatnya pertumbuhan aplikasi *mHealth* terkait kesehatan seperti: manajemen penyakit, pengontrolan BB, referensi pelayanan kesehatan dan rekaman kesehatan pribadi (Fox & Duggan, 2012; Nilsen et al, 2012 dalam Moore, Holaday, Meehan, dan Watt, 2015). *MHealth* dapat terintegrasi dengan *Electronic Health Record* yang ada di pelayanan kesehatan sehingga dapat memfasilitasi komunikasi antar pengguna dengan tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat komunitas di Puskesmas.

Berbagai penelitian menunjukkan penggunaan *mHealth* dapat membantu penderita hipertensi mematuhi pengobatan dan pemeliharaan gaya hidup (Piette dkk, 2015). Hal inilah yang dirasakan penting dalam keberhasilan program monitoring hipertensi dengan kemudahan akses perekaman dan penyimpanan data (Kang & Park, 2016). Berbagai paparan hasil tersebut menunjukkan bahwa teknologi ini penting untuk dianalisis penggunaannya agar dapat diterapkan dalam upaya penurunan angka prevalensi hipertensi di Indonesia.

METODE

Karya ilmiah ini menggunakan studi *literature review non systematic* yang relevan dengan topik yang diambil. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian literatur berkaitan dengan: *hypertension*, *mHealth*, dan *mobile application*. Artikel dari jurnal yang dipilih merupakan artikel yang diterbitkan pada kurun waktu 5 tahun terakhir. Analisa dilakukan dengan cara analisis literatur terkait dengan topik bahasan.

HASIL

Sistem informasi kesehatan dibentuk untuk membantu mengelola, mengontrol, menempatkan informasi kesehatan dan

diwaktu yang sama membantu petugas kesehatan dalam menyelesaikan laporan secara akurat dan tepat waktu (Humphery S.C & Ana P, 2013). Dengan perkembangan teknologi yang semakin maju, mendorong banyak pakar teknologi dan informasi untuk mengembangkan sistem informasi kesehatan berbasis mobile untuk kesehatan yang dikenal dengan istilah *mHealth*. Istilah *mHealth* merujuk pada penggunaan pesan singkat (SMS), pesan multimedia (MMS), aplikasi *smartphone*, termasuk di dalamnya penggabungan fungsi kompleks seperti GPS, *bluetooth*, dan perangkat audiovisual (WHO, 2011 dalam Shaw et al., 2014) terkait kesehatan.

MHealth hipertensi adalah sebuah platform kesehatan terintegrasi untuk mendukung monitoring hipertensi melalui kepatuhan pengobatan dan pemeliharaan gaya hidup. *MHealth* hipertensi dikembangkan berdasarkan panduan praktik klinis, dan dievaluasi oleh para ahli. Hal ini didasari karena pengguna aplikasi *mHealth* membutuhkan aplikasi yang menyediakan informasi dan rekomendasi tentang gaya hidup berdasarkan bukti akurat disamping meningkatkan kepatuhan pengobatan pengguna (Kang & Park, 2016).

Aplikasi *mHealth* hipertensi dapat meningkatkan komunikasi pengguna dengan tim kesehatan yang terpercaya dan kredibel dengan menambah kontak dokter atau perawat dengan layanan otomatis melalui *smartphone*, pesan singkat dan panggilan otomatis (Piette dkk, 2012). Dengan adanya komunikasi pengguna dengan tim kesehatan diharapkan mampu meningkatkan komitmen dan tanggung jawab pengguna dalam usaha monitoring hipertensi.

Fungsi *mHealth* hipertensi adalah menginput data (inisial pengguna, medikasi, tekanan darah dan gaya hidup), menampilkan data yang disimpan pengguna dalam bentuk grafik dan kalender, mengirim data ke email, mengatur peringatan untuk waktu pengobatan dan kunjungan di rumah sakit, pengingat untuk waktu pengobatan dan kunjungan di rumah sakit, rekomendasi dan edukasi untuk pengguna (Kang & Park, 2016). Selain itu, *mHealth* dapat memberikan pesan otomatis kepada pengguna untuk menghubungi tim kesehatan jika tekanan darah berada pada keadaan menyimpang dari batas yang ditentukan (Logan, 2013).

Salah satu bentuk *mHealth* hipertensi adalah aplikasi *Hypertention Management App* (HMA) memiliki lima menu dasar yaitu catatan saya yang menunjukkan catatan penggunaan obat anti hipertensi, manajemen tekanan darah, manajemen pengobatan, manajemen gaya hidup (yaitu asupan sodium, berat badan, lingkaran pinggang, olahraga, alkohol, merokok, dan stres) dan pengaturan yang berisi manajemen informasi, pengaturan peringatan, dan pengiriman data via email (Kang & Park, 2016).

PEMBAHASAN

Sistem informasi kesehatan mobile dalam bentuk *mHealth* hipertensi memiliki banyak keuntungan baik bagi pengguna (penderita hipertensi) maupun bagi tenaga kesehatan. Adapun keuntungan bagi pengguna adalah pengguna dapat mengakses informasi kesehatan dan meng-*input* data kesehatannya dimana saja dan kapan saja. Logan (2013) mengemukakan bahwa *mHealth* dapat memungkinkan pengguna mengakses berbagai materi pendidikan kesehatan dan layanan kesehatan dimana saja dan kapan saja.

MHealth dapat membantu pengguna memanager gaya hidup. Hal ini sesuai

dengan penelitian yang dilakukan oleh Kang & Park (2016) dan Kelli, Witbrodt & Shah (2017) yang menyatakan bahwa *mHealth* memiliki relevansi khusus dalam memperbaiki perilaku gaya hidup yang pada akhirnya dapat mengurangi risiko penyakit kardiovaskular.

Keuntungan lainnya adalah membantu pengguna untuk patuh pada pengobatan. Kang & Park (2016) menyatakan bahwa aplikasi mobile untuk manajemen hipertensi berdasarkan CPGs efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan. Hal ini didukung oleh Hamine dkk (2015) yang menyatakan bahwa *mHealth* memperlancar kepatuhan terhadap manajemen penyakit kronis.

Pengurangan biaya operasional juga merupakan salah satu keuntungan dari *mHealth*. Hal ini dikarenakan pengguna tidak perlu sering melakukan kunjungan ke Rumah Sakit atau Puskesmas dan melakukan administrasi. Hal ini sesuai dengan MobileSmith (2014) yang menyatakan bahwa penggunaan aplikasi *mobile* dapat mengurangi biaya administrasi penderita penyakit kronis.

Adapun keuntungan *mHealth* bagi tenaga kesehatan adalah dengan adanya *mHealth*

data kesehatan pengguna dan terapi kesehatan dapat diintegrasikan ke dalam sistem rekam medis elektronik pengguna. Hal ini dapat memfasilitasi komunikasi antar pengguna dan tenaga kesehatan seperti dokter atau perawat komunitas di Puskesmas (Hamine dkk; 2015). Selain itu penting untuk menawarkan perawatan dan pengobatan yang tepat serta melindungi keselamatan pengguna (Walsh, 2016).

MHealth juga mendukung tim kesehatan misalnya perawat komunitas dalam memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat. Melalui *mHealth* pengguna dapat mengakses pendidikan kesehatan yang mereka butuhkan (Logan, 2013). Hal ini juga didukung oleh penelitian Shorey dkk (2016) yang menemukan bahwa program pendidikan kesehatan pada aplikasi *m-health* 'Home-but not alone' meningkatkan pengetahuan orangtua (pengguna).

MHealth mampu menghemat waktu tim kesehatan. Tim kesehatan dengan mudah mendapatkan informasi pengguna (Ventola, 2014) melalui rekam medis elektronik pengguna yang sudah terintegrasi dengan *mHealth*. Selain itu, *mHealth* dapat mengurangi penderita

penyakit kronis kembali melakukan perawatan di Rumah Sakit (Grussner, 2015). Hal ini membuat tim kesehatan tidak terlalu banyak menangani pasien di Rumah Sakit atau di Pelayanan Kesehatan lainnya.

Walaupun *mHealth* Hipertensi dinilai memiliki banyak keuntungan, namun terdapat beberapa kelemahan yang menyebabkan sistem ini sulit diterapkan. Beberapa kelemahan tersebut antara lain keberhasilan tergantung pada kepatuhan dan pengetahuan pengguna akan aplikasi *mHealth* serta tergantung pada jaringan penghubung karena untuk dapat mengaplikasikan *mHealth* membutuhkan jaringan yang mendukung. Selain itu, saat ini sebagian besar sistem rekam medis elektronik yang terintegrasi dengan *mHealth* memiliki kemampuan menyimpan data yang masih terbatas (Logan, 2013).

Sistem informasi keperawatan *m-Health* Hipertensi belum diaplikasikan di Indonesia meski banyak memiliki keuntungan baik bagi pengguna maupun tenaga kesehatan. Hal ini mungkin disebabkan beberapa faktor penghambat seperti kebijakan pemerintah dan ketidaksiapan sumber daya manusia. Kuo-

Wei Su & Cheng Li Liu (2012) menambahkan tingkat pendidikan perawat yang masih bervariasi, dan belum terintegrasinya sistem informasi manajemen berbasis IT dalam praktik keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan dapat menghambat penerapan sistem *mobile* ini.

Di Indonesia sistem informasi kesehatan terus dikembangkan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Bukan hal yang mustahil, jika aplikasi *mHealth* mampu diterapkan di Indonesia karena aplikasi *mHealth* mudah digunakan. Banyak masyarakat Indonesia yang sudah paham dan terpapar oleh kecanggihan teknologi seperti *WhatsApp*, *facebook*, dan lain-lain. Selain itu, Asosiasi Penyelenggara Jaringan Internet Indonesia (APJII) mengungkap bahwa lebih dari setengah penduduk Indonesia kini telah terhubung ke internet (Widiartanto, 2016).

Aplikasi ini juga mudah digunakan oleh tim kesehatan khususnya perawat terlebih jika sebelumnya diadakan pelatihan terkait penggunaan *mHealth*. Hal ini sesuai dengan penelitian Ricks dkk (2015) yang mengemukakan bahwa dengan pelatihan sistem informasi keperawatan memungkinkan perawat mampu

mengembangkan, memperbaiki dan meningkatkan kemampuan teknologi mereka.

KESIMPULAN

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang masih banyak di temui di Indonesia. Fenomena yang terjadi di masyarakat adalah kurangnya monitoring atau pengontrolan status kesehatan oleh penderita hipertensi. Dengan kemajuan teknologi informasi, telah dirancang sistem informasi kesehatan perangkat *mobile* yang mendukung monitoring penyakit kronis seperti hipertensi.

Pelayanan dan promosi kesehatan dengan menggunakan *mobile technology* dikenal dengan *mHealth*.

Berbagai penelitian telah banyak menguraikan keuntungan dari penggunaan *mHealth* diantaranya adalah pengguna dapat mengakses informasi kesehatan dan meng-*input* data kesehatannya dimana saja dan kapan saja, membantu pengguna memajemen gaya hidup dan patuh pada pengobatan serta mampu mengurangi pengurangan biaya operasional. Adapun keuntungan *mHealth* bagi tenaga kesehatan khususnya perawat komunitas adalah *MHealth* mendukung perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan serta *MHealth* mampu menghemat waktu tim kesehatan. Oleh karena itu, penulis merekomendasikan penggunaan *mHealth* dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sehingga penulisan artikel ini bisa diselesaikan dengan baik.

REFERENSI

Buku

Depkes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI

Gunawan, Lanny. (2012). *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta: Kanisius

Price and Wilson. (2005). *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Vol.2. Jakarta: EGC

Artikel

Widiartanto, Y. H. (2016). *Pengguna Internet di Indonesia Capai 132 Juta*. Kompas.com. Retrieved from <http://tekno.kompas.com/read/2016/10/24/15064727/2016.pengguna.internet.di.indonesia.capai.132.juta>.

Jurnal

Kang, H., & Park, H.-A. (2016). A Mobile App for Hypertension Management Based on Clinical Practice Guidelines: Development and Deployment. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(1), e12. <https://doi.org/10.2196/mhealth.4966>

Kelli, Heval Mohamed, Witbrodt, B, Shah, A. (2017). the Future of Mobile Health Applications and Devices in Cardiovascular Health. *EMJ Innov*, 1(1), 92–97.

Kelli, Heval Mohamed, Witbrodt, B, Shah, A. (2017). the Future of Mobile Health Applications and Devices in Cardiovascular Health. *EMJ Innov*, 1(1), 92–97.

Khaushal, r.b. Mohanty, M. (2015). M-Health: Challenges, benefits, and keys to successful implementation. *Infosys*, 44, 1–7. <https://doi.org/10.1038/058324a0>

Logan, A. G. (2013). Transforming hypertension management using mobile health technology for telemonitoring and self-care support. *Canadian Journal of Cardiology*, 29(5), 579–585. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2013.02.024>

Lv, N., Xiao, L., Simmons, M. L., Rosas, L. G., Chan, A., & Entwistle, M. (2017). Personalized Hypertension Management Using Patient-Generated Health Data Integrated With Electronic Health Records (EMPOWER-H): Six-Month Pre-Post Study. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e311. <https://doi.org/10.2196/jmir.7831>

MobileSmith. (2014). Mobile apps as tools of cost reduction in healthcare. *MobileSmith Inc*, 1–9. Retrieved from <https://www.mobilesmith.com/mobile-apps-cost-reduction-healthcare/%5Cnfiles/394/admin> - Mobile Apps as Tools of Cost Reduction in Healthca.html%5Cnfiles/470/admin - Mobile Apps as Tools of Cost Reduction in Healthca.html

Moore, S. E., Holaday, B., Meehan, N., & Watt, P. J. (2015). Exploring mHealth as a new route to bridging the nursing theory-practice gap. *Research and Theory for Nursing Practice*, 29(1), 38–52. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.29.1.38>

Onzenoort, H. A. W., Verberk, W. J., Kessels, A. G. H., Kroon, A. A., Neef, C., van der Kuy, P.-H. M., & de Leeuw, P. W. (2010). Assessing medication adherence simultaneously by electronic monitoring and pill count in patients with mild-to-moderate hypertension. *American Journal of Hypertension*, 23(2), 149–54. <https://doi.org/10.1038/ajh.2009.207>

- Piette, J. D., Datwani, H., Gaudio, S., Foster, S. M., Westphal, J., Perry, W., ... Marinec, N. (2012). Hypertension Management Using Mobile Technology and Home Blood Pressure Monitoring: Results of a Randomized Trial in Two Low/Middle-Income Countries. *Telemedicine and E-Health*, 18(8), 613–620. <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0271>
- Qiang, C. Z., Yamamichi, M., Hausman, V., & Altman, D. (2011). Mobile Applications for the Health Sector. *Health San Francisco*, (December). Retrieved from http://siteresources.worldbank.org/INFORMATIONANDCOMMUNICATIONANDTECHNOLOGIES/Resources/mHealth_report.pdf
- RI, Kemenkes. (2014). *Info Datin Kesehatan Jantung*. file:///C:/Users/USER/Downloads/infodatin-jantung%20(1).pdf
- RI, B. penelitian dan P. K. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Ricks, dkk. (2015). Experiences of Registered Nurses with Regard to Accessing Health Information at the Point-of Care via Mobile Computing Devices. <http://curations.org.za/index.php/curationis/article/view/1428/1826>
- Shaw, R. J., Steinberg, D. M., Zullig, L. L., Bosworth, H. B., Johnson, C. M., Davis, L. L., ... Wortham, J. (2014). mHealth interventions for weight loss: a guide for achieving treatment fidelity. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 21(6), 959–63. <http://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-002610>
- Shorey, S., Ng, Y. P. M., Danbjørg, D. B., Dennis, C.-L., & Morelius, E. (2017). Effectiveness of the “Home-but not Alone” mobile health application educational programme on parental outcomes: a randomized controlled trial, study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 253–264. <https://doi.org/10.1111/jan.13151>
- Su, K., & Liu, C. (2012). A Mobile Nursing Information System Based on Human-Computer Interaction Design for Improving Quality of Nursing, (1), 1139–1153. <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9576-y>
- Ventola, C. L. (2014). Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *P & T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, 39(5), 356–64.
- Walsh, Shannon. (2016). *Innovation in Hypertension: Mobile Health Technology*. (Januari 2016). Retrieved from <http://www.amga.org/wcm/Meetings/AC/AC17/650116.pdf>
- World Health Organization. (2013). A global brief on Hypertension - World Health Day 2013. *World Health Organization*, 1–40. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4815.882-a>
- Zullig, L. L., Dee Melnyk, S., Goldstein, K., Shaw, R. J., & Bosworth, H. B. (2013). The role of home blood pressure telemonitoring in managing hypertensive populations. *Current Hypertension Reports*, 15(4), 346–355. <https://doi.org/10.1007/s11906-013-0351-6>

PEMANFAATAN TEKNOLOGI PENDAMPING (*ASSISTIVE TECHNOLOGY*) BAGI KEMANDIRIAN PENDERITA DEMENSIA

Anung Ahadi Pradana¹

¹Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Bekasi.

Email : ahadianung@gmail.com

ABSTRAK

Peningkatan jumlah lanjut usia (lansia) dan angka harapan hidup seiring perkembangan teknologi dalam bidang kesehatan memberikan pengaruh dalam meningkatnya kasus – kasus penyakit degeneratif. Demensia merupakan suatu kondisi kumpulan gejala kerusakan otak yang bersifat *irreversible* (tidak dapat kembali normal) yang terjadi dalam akumulasi waktu yang relatif lama (tidak seketika). Penggunaan teknologi pendamping telah terbukti secara ilmiah memiliki peranan besar dalam peningkatan kualitas hidup individu penderita demensia. Penulis melakukan kajian literatur dengan pendekatan sederhana terhadap 11 artikel tentang aplikasi teknologi pendamping bagi lansia dalam periode 2012 – 2017 dengan maksud untuk mengetahui keefektifan penggunaan teknologi pendamping bagi penderita demensia, hasil yang didapat adalah adanya peningkatan dalam kepuasan dan kemandirian klien melakukan aktifitas sehari – hari dengan bantuan teknologi pendamping. Penulis melihat masih perlunya dilakukan penelitian lanjutan terkait efektifitas serta spesifikasi alat yang digunakan dalam penggunaan teknologi pendamping di Indonesia.

Kata kunci: Demensia, lansia, teknologi pendamping

ABSTRACT

The increase in the number of elderly and people's life expectancy as a result of the health technology development influences the amount of degenerative disease. Dementia is a long term degenerative condition which is common in elderly that leads to irreversible brain impairment. Assistive technology has been proven scientifically have a big impact for improvement of quality of life people with dementia. The writer use simplified approach methods to reviews 11 journal articles about the application of assistive technology for elderly from 2012 -2017 periods to identify the effectiveness of assistive technology for people with dementia. The result of the review found that there was a significant escalation of client's satisfaction and their independence when they did their daily activities with the help of assistive technology. There is a need of continuous research about effectiveness of the assistive tools that be used to assist elderly in Indonesia specifically.

Keywords: Dementia, elderly, assistive technology

PENDAHULUAN

Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia,

2013). Sementara teknologi pendamping (*Assistive Technology*) merupakan istilah yang merujuk kepada seluruh alat atau sistem yang memungkinkan seseorang dengan keterbatasannya (dapat karena penyakit maupun efek penuaan / degeneratif) untuk menjalankan kegiatan kesehariannya dalam rangka meningkatkan kemudahan dan keamanan di kegiatan tersebut. Macam – macam

teknologi pendamping antara lain : handrail atau pegangan tangga, alat bantu elektronik meliputi *Personal Digital Assistant* (PDA), *smartphone*, *Global Positioning System* (GPS), perekam suara, sistem alarm lingkungan, komputer, telepon, *Closed – Circuit Television* (CCTV), alarm pribadi. (Fleming & Sum, 2014).

Penuaan / *aging*, secara obyektif dipandang sebagai sebuah proses yang dimulai sejak manusia lahir dan dialami oleh seluruh manusia. Secara khusus, penuaan merupakan proses menjadi tua / lanjut usia (lansia) (Miller, 2012). Menurut undang – undang no. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, disebutkan bahwa yang disebut sebagai lansia adalah individu yang berusia lebih dari 60 tahun. Lansia dibedakan menjadi lansia potensial dan tidak potensial (cacat) (Departemen Kesehatan RI, 1998). Pada tahun 2016, diperkirakan jumlah lansia yang terdapat di Indonesia sebanyak 226.230.882 jiwa (Didik Budijanto et al., 2017), data tahun 2014 menunjukkan rasio ketergantungan lansia sebesar 12, 71 yang berarti setiap 100 penduduk produktif harus menanggung sekitar 13 orang lansia. Sebanyak 86,60 % lansia di Indonesia tinggal dan menetap dengan

keluarganya, sedangkan sisanya tinggal sendiri. (Badan Pusat Statistika, 2014)

Dalam perjalanan proses penuaan yang dialami oleh lansia, setidaknya terdapat 3 faktor yang terpengaruhi, yaitu fisik, psikologis, dan sosial. Faktor pertama merupakan perubahan fisik dimana fisik yang dimaksud di sini adalah munculnya penurunan fungsi – fungsi tubuh dan risiko timbulnya penyakit – penyakit degeneratif. Fungsi psikologis meliputi risiko kemungkinan gangguan pada konsep dan harga diri klien yang diakibatkan karena hilangnya pekerjaan, teman, serta pasangan hidup seiring perjalanan waktu. Fungsi terakhir yang berisiko mengalami gangguan adalah fungsi sosial dimana gangguan fungsi sosial terjadi ketika lansia mengalami penolakan dari orang – orang di sekitarnya. (Wallace, 2008).

Gangguan fungsi fisik yang sering muncul pada lansia meliputi penurunan fungsi tubuh dan kognitif, dimana gangguan pada fungsi kognitif yang paling sering terjadi adalah demensia. Demensia merupakan suatu kumpulan gejala yang menyebabkan terjadinya kerusakan otak yang bersifat *irreversible* (tidak dapat kembali normal) yang terjadi dalam

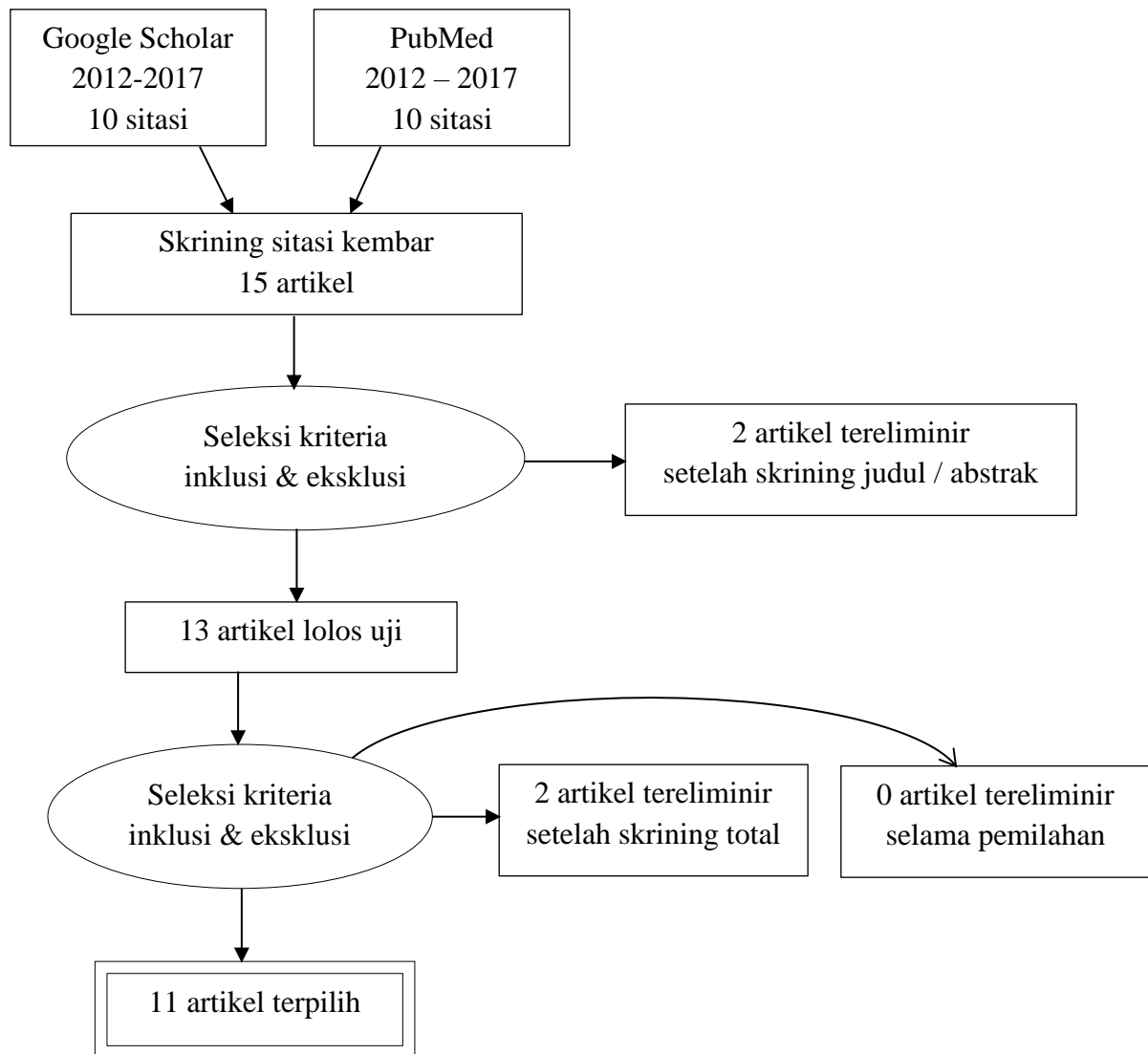
akumulasi waktu yang relatif lama (tidak seketika). Demensia dapat ditandai dengan ketidakmampuan mengingat orang sekitar dan waktu, kerusakan kemampuan spasial klien, dan perilaku mengurung diri atau takut bertemu orang lain (Wallace, 2008).

Data kementerian kesehatan tahun 2013 menunjukkan penderita demensia mencapai jumlah 1 juta orang (Kemenkes, 2013). Dengan bertambahnya jumlah lansia setiap tahun karena proses perbaikan layanan kesehatan, muncul risiko baru yaitu peningkatan angka kejadian demensia dan beberapa penyakit degeneratif yang mengganggu fungsi kognitif lansia. 11 literatur menunjukkan adanya manfaat penggunaan teknologi pendamping bagi peningkatan kualitas hidup lansia dengan demensia. Maksud pelaksanaan tinjauan literatur ini adalah untuk mengetahui keefektifan dari penggunaan teknologi pendamping yang dapat menjadi acuan bagi perawat dalam meningkatkan implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan demensia dalam rangka meningkatkan kemandirian klien, diharapkan pula perawat dapat

menjadi advokat klien dan keluarga dalam penggunaan teknologi pendamping.

METODE

Metode penelusuran yang digunakan dalam penulisan artikel ini melalui pendekatan sederhana (*simplified approach*) berdasarkan tema tertentu yang telah ditentukan penulis. Pencarian artikel menggunakan beberapa database dan *website* pencari meliputi *Google Scholar* dan PubMed. Tahun publikasi dibatasi antara tahun 2012 – 2017 menggunakan kata kunci “*assistive technology*”, “*dementia*”, “*elderly*” dengan kriteria inklusi meliputi : artikel tentang penggunaan teknologi bagi lansia penderita demensia, artikel dalam 5 tahun terakhir (2012 – 2017). Sementara kriteria eksklusi yang dipergunakan adalah artikel teknologi pendamping bagi lansia tanpa demensia, artikel bukan berbahasa Inggris & Indonesia, artikel yang tidak spesifik penggunaan teknologi pembantu bagi lansia. Artikel yang didapat sebanyak 15 buah dan diperkecil menjadi 11 artikel yang sesuai dengan tujuan penulisan artikel.



Gambar 1. Diagram PRISMA

HASIL

Penyakit demensia pada lansia identik dengan penurunan daya ingat / kognitif yang progresif dan *irreversible*. Beberapa penelitian telah membuktikan penggunaan alat bantu teknologi dalam mendampingi lansia dengan demensia dapat meningkatkan kemampuan lansia dalam melakukan kegiatan sehari – hari secara mandiri. Dalam studi literatur ini, penulis

mengumpulkan 11 artikel yang terkait dengan pemanfaatan dan penggunaan teknologi pendamping dalam mendukung kegiatan lansia dengan demensia serta *caregiver* sehari – hari. Artikel yang dipergunakan diambil dari beberapa sumber jurnal dalam periode 5 tahun terakhir (2012 – 2017). Hasil yang didapat adalah :

No	Judul jurnal	Hasil
1	<i>A pilot study on the use of tracking technology: Feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregiver</i> (Pot, Willemse, & Horjus, 2012)	Hampir sebagian besar perawat klien mampu menggunakan teknologi GPS dalam pemantauan klien, separuh klien demensia mengatakan merasa lebih bebas dan tidak terlalu khawatir ketika berada di luar tanpa ditemani. Seperempat responden demensia mengatakan dalam 3 bulan mereka jarang bertengkar atau beradu argument dengan perawatnya.
2	<i>Empirical studies on the effectiveness of assistive technology in the care of people with dementia: a systematic review</i> (Fleming & Sum, 2014)	Penggunaan instrument teknologi pendamping (seperti <i>telecare</i> , sensor aktivitas, alarm keamanan, GPS) yang dipergunakan, jumlah sampel yang sedikit, angka drop out yang tinggi menyebabkan penelitian ini tidak dapat menunjukkan peningkatan signifikan dalam efektifitas teknologi pendamping bagi penderita demensia.
3	<i>A Predictive Model for Assistive Technology Adoption for People With Dementia</i> (Zhang et al., 2014)	diketahui bahwa teknologi pendamping (pengingat video berbasis telpon genggam) bagi penderita demensia diperlukan dalam kesehariannya. Memiliki kekurangan diantaranya pendamping klien mendapat tugas tambahan untuk mengecek apakah klien sudah mengikuti prosedur, membutuhkan waktu berminggu – minggu untuk klien agar dapat beradaptasi terhadap teknologi yang digunakan.
4	<i>A technology roadmap of assistive technologies for dementia care in Japan</i> (Sugihara, Fujinami, Phaal, & Ikawa, 2015)	Penggunaan monitor kesehatan dan keamanan (khususnya GPS) menjadi salah satu kategori yang paling cocok dalam pendampingan kepada klien dengan demensia.
5	<i>Assistive Technology as a Means of Supporting People with Dementia: A Review</i> (Bonner & Idris, 2012)	Terdapat peningkatan kualitas hidup penderita demensia yang mendapat bantuan dari teknologi dalam menjalani kehidupan sehari – hari. Besar proporsi masing – masing jenis teknologi (meliputi GPS dan <i>video recording message</i>) tergantung kepada kebutuhan masing – masing klien demensia.
6	<i>Literature review: the cost effectiveness of assistive technology in supporting people with demented</i> (Bowes, Dawson, & Greasley-adams, 2013)	Penggunaan teknologi pendamping (GPS, media pengingat kegiatan, alat bantu jalan, dll) dapat menghemat biaya yang dikeluarkan keluarga dibanding jika klien dirawat di institusi kesehatan (panti dsb) atau jika menggunakan perawat pribadi bagi klien.
7	<i>My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care</i> (Olsson, Engström, Skovdahl, & Lampic, 2012)	Pendamping klien merasa kesulitan dalam menciptakan lingkungan yang aman bagi penderita demensia dalam kesehariannya. Oleh karena itu, teknologi pendamping yang tepat (Media alarm kegiatan harian) dapat sangat membantu proses kehidupan klien sehari – hari.

8	<i>Persons with dementia become users of assistive technology: A study of the Process</i> (L. Rosenberg & Nygard, 2012)	Klien mengalami kesulitan dalam menjalankan teknologi pendampingan (Alat bantu di rumah) yang dipilih dan membutuhkan bantuan dalam pelaksanaan sehari – hari. Akan tetapi, melibatkan klien dalam penentuan teknologi yang akan digunakan sangat disarankan untuk dilakukan.
9	<i>Readiness for Technology Use With People With Dementia: The Perspectives of Significant Others</i> (Lena Rosenberg, Kottorp, & Nygård, 2012)	Kerabat penderita dengan demensia mengatakan bahwa penggunaan teknologi pendamping (Semacam GPS) sangat membantu kehidupan sehari – hari individu.
10	<i>The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study</i> (Gibson, Dickinson, Brittain, & Robinson, 2015)	Penggunaan teknologi yang dimiliki secara privat (individu) lebih mendominasi dibanding penggunaan secara public atau yang disediakan oleh layanan kesehatan. Hal ini dikarenakan layanan kesehatan belum mampu untuk menyediakan kebutuhan klien secara paripurna.
11	<i>Value Biases of Sensor-Based Assistive Technology: Case Study of a GPS Tracking System Used in Dementia Care</i> (Dahl & Holbø, 2012)	Didapatkan data bahwa secara garis besar, penggunaan GPS dapat membantu pelacakan pada klien dengan demensia, akan tetapi muncul risiko tinggi adanya gangguan terhadap pelanggaran etika khususnya terhadap klien demensia, dimana dapat terjadi pelanggaran terhadap 3 prinsip diri klien : privasi, harga diri, dan akuntabilitas klien.

Dalam pelaksanaannya berdasarkan literature sumber diketahui bahwa seluruh artikel yang direview menjelaskan salah satu keuntungan dari penggunaan teknologi pendamping dapat meningkatkan derajat kemampuan klien dalam melaksanakan tugas sehari – hari dengan dan tanpa bantuan dari pendamping klien.

Teknologi pendamping yang digunakan pada klien dengan demensia dapat diklasifikasikan menjadi 5 grup, antara lain : (1) Alat skrining, (2) *Memory Aid Devices*, (3) alat pemantau kesehatan dan keselamatan klien, (4) alat bertukar informasi kesehatan/ *telecare*, (5) Alat terapi dan alat bantu komunikasi (Sugihara et al., 2015).

Berdasarkan hasil, didapatkan data bahwa alat monitor keselamatan klien dalam bentuk *Global Positioning System* (GPS) menduduki peringkat pertama dalam level kepuasan dan rekomendasi dari pendamping klien dengan demensia (Sugihara et al., 2015). Melalui penggunaan GPS pada klien dengan demensia yang dihubungkan dengan pemantau yang dipegang oleh pendamping klien, didapatkan beberapa keuntungan yang dirasakan oleh klien

diantaranya klien merasa lebih bebas dan tenang ketika harus berada di dunia luar tanpa didampingi sekalipun, setelah pemakaian selama 3 bulan pertengkaran antara klien dengan pendamping jauh berkurang dibanding sebelumnya (Pot et al., 2012).

PEMBAHASAN

Keuntungan yang didapat dari penggunaan teknologi pendamping, antara lain : Meningkatkan tingkat kepercayaan antara klien penderita demensia dengan pendamping, meningkatkan tingkat percaya diri klien penderita demensia dalam menjalani aktifitas sehari – harinya, menurunkan tingkat stressor yang didapat keluarga dan pendamping dalam mengurus klien dengan demensia, teknologi pendamping bagi klien dengan demensia memiliki beragam jenis dengan fungsi masing – masing yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien, penggunaan dapat menghemat biaya dibandingkan jika klien dirawat di panti / layanan perawatan lansia.

Kekurangan yang muncul dari penggunaan teknologi pendamping, antara lain : Memberikan tugas tambahan bagi keluarga dan pendamping untuk memastikan bahwa klien telah

menggunakan teknologi yang dimaksud, membutuhkan waktu yang lama bagi klien untuk memahami cara kerja dari 1 teknologi pendamping, beberapa teknologi pendamping (seperti GPS, perekam gambar maupun handphone pintar) memiliki harga yang mahal dan layanan yang terbatas di beberapa wilayah, penggunaan beberapa teknologi pendamping klien dengan demensia berisiko dapat melanggar area privasi dan harga diri klien, karena klien dapat merasa bahwa dirinya tidak dipercaya ketika meninggalkan rumah sendirian.

Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan terkait kemungkinan diimplementasikannya teknologi pendamping di Indonesia, antara lain : (1) kesiapan kebijakan pemerintah yang mendukung pelaksanaan penerapan teknologi pendamping, (2) kesiapan sumber daya manusia (bisa keluarga, tenaga kesehatan, maupun klien) dalam proses implementasi teknologi pendamping, (3) kesiapan sumber daya teknologi pendamping yang memadai, murah, serta mudah untuk diimplementasikan dalam kegiatan sehari – hari.

KESIMPULAN

Teknologi pendamping merupakan suatu teknologi tepat guna yang dapat diimplementasikan sebagai bagian pelayanan kesehatan bagi klien dengan kebutuhan khusus yang membutuhkan bantuan dalam melakukan kesehariannya. Peningkatan jumlah lansia potensial di Indonesia yang semakin bertambah setiap tahunnya dapat menjadi faktor pendukung utama pentingnya implementasi teknologi pendamping dalam kegiatan sehari – harinya. Lansia dengan demensia berbagai tingkat akan mengalami ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan sehari – hari tanpa bantuan dari orang lain, ketidakproduktifan ini dapat berakibat pada munculnya gesekan bio – psiko – sosio – kultural antara klien dengan keluarga maupun *caregiver*.

Hasil studi literatur terhadap 11 artikel yang dilakukan penulis menunjukkan bahwa penggunaan teknologi pendamping memiliki efek positif dalam meningkatkan kemandirian klien dengan demensia ketika beraktifitas, keuntungan lain adalah mampu mencegah munculnya gesekan emosi antara klien dengan keluarga, meningkatkan kepercayaan diri pada

klien, menurunkan tingkat stres keluarga, serta dapat menghemat biaya yang harus dikeluarkan keluarga dalam perawatan klien. Selain efek positif, didapatkan beberapa efek negatif atau kekurangan dari pengaplikasian teknologi pada klien, antara lain : beberapa teknologi pendamping cenderung mahal dan susah untuk didapat serta sulit untuk diaplikasikan, klien membutuhkan waktu yang relatif lama dalam memahami penggunaan alat bantu yang diberikan, serta menambah tugas keluarga dan *caregiver* dalam proses pemantauan terhadap klien dan teknologi yang digunakan.

Masih kurangnya penelitian tentang penggunaan teknologi pendamping di Indonesia menjadi tantangan bagi para peneliti selanjutnya, besarnya manfaat yang dibuktikan dari penggunaan teknologi pendamping bagi lansia dengan demensia diharapkan mampu meningkatkan keinginan perawat dalam mengadvokasi keluarga dan klien dalam penggunaan teknologi tersebut serta melakukan penelitian lebih lanjut di Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis bersyukur selama penulisan artikel banyak mendapatkan bantuan moril dan materil dari rekan – rekan angkatan dan staf dosen di institusi tempat penulis bekerja.

REFERENSI

- Badan Pusat Statistika. (2014). Statistik penduduk lanjut usia. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*, 1–239. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Bonner & Idris. (2012). Assistive technology as a means of supporting people with Dementia: A review, (July 2012), 17. Retrieved from http://www.lifestylechoicesat.co.uk/resources/HLIN_AT_Report.pdf
- Bowes., Dawson., & Greasley-adams. (2013). Literature review : the cost effectiveness of assistive technology in supporting people with dementia, 1–62. Retrieved from http://dementia.stir.ac.uk/system/files/filedepot/30/the_cost_effectiveness_of_assistive_technology_in_supporting_people_with_dementia_october_13.pdf
- Dahl., & Holbø (2012). Value biases of sensor-based assistive technology. *Proceedings of the Designing Interactive Systems Conference on - DIS '12*, 572. <https://doi.org/10.1145/2317956.2318043>
- Departemen Kesehatan RI. (1998). Undang-Undang nomor 13 tahun 1998 tentang Usia Lanjut. *Undang - Undang Negara Republik Indonesia*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Budijanto. Hardhana., Yudianto., Soenardi., Dalam Negeri, K., Pusat Statistik, B., ... Konsil Kedokteran Indonesia, S. (2017). Profil Kesehatan Indonesia 2016. *Yoeyoen Aryantin Indrayani S.Ds; B. B. Sigit; Sinin*, 100. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2016 - smaller size - web.pdf>
- Fleming., & Sum. (2014). Empirical studies on the effectiveness of assistive technology in the care of people with dementia: a systematic review. *Journal of Assistive Technologies*, 8(1), 14–34. <https://doi.org/10.1108/JAT-09-2012-0021>
- Gibson., Dickinson., Brittain., & Robinson. (2015). The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0091-3>
- Kemenkes. (2013). RISET KESEHATAN DASAR.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*, 1–37. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Olsson., Engström., Skovdahl., & Lampic. (2012). My, your and our needs for safety and security: Relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 104–112. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00916.x>
- Pot., Willemse., & Horjus. (2012). A pilot study on the use of tracking technology: Feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. *Aging and Mental Health*, 16(1), 127–134. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.596810>
- Rosenberg., Kottorp., & Nygård. (2012). Readiness for Technology Use With People With Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 31(4), 510–530. <https://doi.org/10.1177/0733464810396873>
- Rosenberg., & Nygard. (2012). Persons with dementia become users of assistive technology: A study of the process. *Dementia*, 11(2), 135–154. <https://doi.org/10.1177/1471301211421257>
- Sugihara., Fujinami., Phaal., & Ikawa. (2015). A technology roadmap of assistive technologies for dementia care in Japan. *Dementia*, 14(1), 80–103. <https://doi.org/10.1177/1471301213493798>
- Wallace. (2008). *Essentials of Gerontological Nursing. Geriatric Nursing* (Vol. 18). [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(97\)90051-3](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(97)90051-3)
- Zhang., McClean., Nugent., Donnelly., Galway., Scotney., & Cleland. (2014). A predictive model for assistive technology adoption for people with dementia. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 18(1), 375–383. <https://doi.org/10.1109/JBHI.2013.2267549>

PENGALAMAN PASIEN DIABETES MELITUS DALAM BERADAPTASI DENGAN PENYAKIT KRONIS YANG DIALAMINYA

THE EXPERIENCE OF PEOPLE WITH DIABETES MELITUS IN ADAPTING WITH CHRONIC DISEASE

MT. Arie Lilyana¹, Ninda Ayu Prabasari

¹Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya

Telp. (031) 99005299

Email: arie.lilyana8@gmail.com, arie@ukwms.ac.id, prabasariayuninda@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Diabetes Melitus (DM) merupakan sindrom metabolik yang menyebabkan kadar glukosa dalam darah yang tinggi dan tidak terkontrol, dan bersifat kronik. Penyakit kronis harus mendapatkan penatalaksanaan seumur hidup untuk mencegah komplikasi penyakit, sehingga membutuhkan kemampuan dalam beradaptasi. **Metode:** Desain kualitatif fenomenologi dipilih untuk mendapatkan informasi yang individual dan mendalam. Lima orang partisipan ditentukan dengan purposive sampling. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan alat perekam, panduan wawancara semi terstruktur, dan catatan lapangan. Pendekatan Colaizzi's Qualitative content analysis menghasilkan tema: penemuan komplikasi penyakit menegakkan diagnosis DM, kepatuhan penatalaksanaan terapi mengurangi gejala komplikasi, *adjustment* penatalaksanaan non farmakoterapi DM, faktor pendukung adaptasi dengan kondisi sakit. **Hasil penelitian:** penelitian ini menyimpulkan penatalaksanaan DM dilakukan dengan cara konsumsi terapi hipoglikemi rutin dan diet agar tetap dalam kondisi sehat, sementara tatalaksana terapi lainnya dilakukan hanya berdasarkan pengalaman dan kebiasaan saja. **Rekomendasi:** penelitian ini perlunya intervensi untuk meningkatkan kemampuan adaptasi dengan penyakit kronis pasien DM.

Kata kunci: Adaptasi, Diabetes Melitus, Pengalaman, Penyakit kronis

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic metabolic syndrome that causes high levels and uncontrolled of blood glucose. Chronic illness should have longterm management to prevent disease complications, requiring adjusment. **Methods:** This research is Qualitative study using phenomenological study approach in-depth interview was used as data collection. Five participants were determined by purposive sampling. In-depth interviews were conducted using recording devices, semi-structured interview guides, and field notes. Colaizzi's Qualitative content analysis was used for study analysis. Result showed 4 themes were found: 1) finding of disease complications establishing diagnosis of DM, 2) adherence to treatment reducing the symptoms of complications, 3) adjustment of non-pharmacotherapy management of DM, 4) enabling factors of chronic illness conditions. **Conclusion:** DM management was done by taking routine hypoglycemic therapy and diet to maintain healthy condition, while other treatment and management were done on life experience and habits. **Recommendation:** interventions for improving adaptation skills in chronic disease management especially DM were needed.

Keywords: Adaptation, Diabetes Melitus, Experience, Chronic Illness

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit metabolik penyebab gangguan dalam metabolisme glukosa akibat

berkurangnya sekresi insulin dari sel beta pankreas atau penurunan dari sensitivitas jaringan terhadap insulin (Stanley, Blair, dan Beare, 2005). Insulin yang jumlahnya

berkurang mengakibatkan kadar glukosa dalam darah tinggi, namun kadar glukosa yang tinggi dalam darah tersebut tidak dapat dipergunakan sebagai sumber energi bagi sel (Silbernagl, 2006). Kadar glukosa darah yang tinggi dan tidak terkontrol akan mengakibatkan komplikasi bagi pasien DM, komplikasi yang terjadi tersebut dapat bersifat akut maupun kronik. Pengelolaan dengan tepat diharapkan mampu mencegah komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler, karena komplikasi yang muncul mengakibatkan pengelolaan DM semakin kompleks.

Komplikasi DM dapat dicegah melalui pengelolaan DM dengan cara diet, senam sebagai bentuk aktivitas fisik, terapi farmakologi dengan oral hipoglikemi maupun insulin serta edukasi terutama untuk cek gula darah rutin dan perawatan kaki. Perubahan status kesehatan dengan penyakit kronis dan harus menjalankan hidup sehat seumur hidupnya membutuhkan kemampuan adaptasi yang baik. Kemampuan adaptasi yang baik akan berpengaruh dalam kepatuhan menjalankan pengobatan DM seumur hidup serta mencegah komplikasi dan mempertahankan kualitas hidup individu. Kemampuan menjalankan penatalaksanaan terapi DM seumur hidup tersebut sangat dipengaruhi oleh

dukungan internal maupun eksternal pasien DM. Kemampuan tersebut nampak melalui kemampuan beradaptasi sebagai respon pada perubahan kondisi kesehatan saat ini serta dalam menjalankan terapi DM seumur hidupnya. Kemampuan beradaptasi tersebut bermanfaat untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian serta meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

Perawat memiliki peran dalam tiap bagian permasalahan pasiennya untuk melakukan tindakan pencegahan, promotif, pengobatan, serta pemulihan pada masa sehat dan sakit individu. Perawat memiliki peranan yang penting dalam adaptasi dengan perubahan kondisi kesehatan pasien sebagai tindakan pencegahan agar terhindar dari komplikasi DM. Peran perawat untuk membantu mengatasi permasalahan yang dihadapi pasien diawali melalui pengkajian yang sistematis dan komprehensif untuk menegakkan diagnosa keperawatan serta pada akhirnya menentukan intervensi dan hasil akhir yang sesuai dengan tujuan pasien. Berdasarkan kenyataan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan pengkajian kemampuan adaptasi pasien DM untuk menerapkan 4 pilar penatalaksanaan DM dalam kasus nyata di layanan melalui penelitian kualitatif ini.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran pengalaman pasien dengan DM untuk beradaptasi dengan kondisi sakitnya, serta bermanfaat untuk menentukan intervensi yang tepat bagi individu.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk menggali pengalaman 5 partisipan DM dalam beradaptasi dengan perubahan status kesehatannya akibat penyakit kronis yang dialami (Polit & Beck, 2010). Pengalaman partisipan dengan bebas diungkapkan dan digali secara alami tanpa ada manipulasi melalui metode penelitian kualitatif ini. Pengalaman yang tergalil tersebut akan digambarkan dan dijelaskan dalam bentuk narasi sebagai hasil penelitian (Creswell, 1998). Karakteristik partisipan penelitian yaitu berusia sekitar 44– 60 tahun. Jenis kelamin partisipan sebanyak 2 orang perempuan dan 3 orang laki-laki. Tingkat pendidikan partisipan mulai SD sampai dengan SMA. 4 partisipan masih aktif bekerja sebagai wirausaha, sedangkan 1 orang partisipan pensiunan. Partisipan penelitian mengalami DM minimal 2 tahun dan paling lama adalah 12 tahun. Partisipan seluruhnya mendapatkan

jaminan kesehatan dari pemerintah untuk mendapatkan terapi pengobatan DM baik oral hipoglikemi maupun insulin.

HASIL

Hasil analisis tematik dalam penelitian ini sebanyak 4 tema teridentifikasi, yaitu: penemuan komplikasi penyakit menegakkan diagnosis DM, kepatuhan penatalaksanaan terapi mengurangi gejala komplikasi, *adjustment* penatalaksanaan non farmakoterapi DM, faktor pendukung adaptasi dengan kondisi sakit.

Tema 1: Penemuan komplikasi penyakit menegakkan diagnosis DM ini memiliki pengertian bahwa partisipan baru menyadari mengalami DM setelah mengalami penyakit tertentu dan telah mendapatkan pengobatan namun tidak kunjung sembuh. Hal ini didukung pernyataan partisipan yaitu:

“Keluhannya itu pertama saya ada abses di pantat. Setelah saya bawa ke dokter..saya ada abses di pantat. Setelah saya bawa ke dokter umum, dokter umum tidak berani untuk membuka absesnya. Dilanjutkan untuk dirujuk ke dokter penyait dalam, setelah dirujuk ke penyakit dalam disarankan untuk opname rawat inap. Dicek secara acak....gula darah saya 530” (P2, l.10-15).

Partisipan mengungkapkan penyakit DM diketahui setelah dilakukan pemeriksaan kadar gula darah, dan dengan terapi DM baik oral hipoglikemi maupun insulin yang dikonsumsi rutin mampu mengurangi komplikasi penyakit ke arah perbaikan.

Tema 2: Kepatuhan penatalaksanaan terapi mengurangi gejala komplikasi ini memiliki pengertian bahwa partisipan penelitian mengkonsumsi terapi hipoglikemi karena merasakan dampaknya. Terapi hipoglikemi yang rutin dikonsumsi bermanfaat untuk mengurangi gejala penyakit yang dialami partisipan. Pernyataan pendukung dari tema ini disampaikan oleh partisipan 4 yaitu:

“Iya, pokoknya nggak gatal, habis minum obat ini nggak gatal (P4, l.43). Kalau ndhak minum obat ini sebelum makan, mesti gatal. (P.4.l.45)”.

Partisipan 4 mengalami kesulitan untuk mentaati diet sesuai anjuran pemberi layanan kesehatan. Partisipan 4 mengungkapkan mengalami ketakutan apabila porsi makan harian berkurang jumlahnya, maka berat badannya akan cenderung turun. Sehingga partisipan merasa apabila telah mengkonsumsi oral

hipoglikemi secara rutin maka penyakitnya akan sembuh ditandai dengan keluhan gatal di badan berkurang dan partisipan bebas untuk makan sesuai keinginannya.

Tema ke-3 *Adjustment* penatalaksanaan non farmakoterapi DM memiliki pengertian yaitu partisipan mengatur penatalaksanaan terapi DM sesuai dengan kondisi dan kesibukan harian partisipan. Terapi non farmakologi yang harus dijalani antara lain diet sesuai anjuran, olahraga fisik, perawatan kaki serta cek gula darah rutin. Namun karena berbagai kondisi yang tidak memungkinkan, maka partisipan menyesuaikan dengan kegiatan atau aktifitas harian seperti sebelum sakit. Tema ini didukung sub tema pengaturan diet sesuai kondisi partisipan dan pengaturan aktifitas fisik disesuaikan dengan kondisi. Sub tema pengaturan diet sesuai kondisi disampaikan oleh partisipan 1 dan 6. Partisipan 1 menyatakan telah mendapatkan informasi bahwa porsi makan harian hanya diperkenankan sebanyak 4 sendok makan untuk takaran nasi sekali makan. Partisipan 1 tidak dapat mengikuti anjuran diet tersebut karena masih merasa lapar dan tidak terbiasa untuk makan selingan

di luar jadwal makan rutin. Pernyataan partisipan 1 tersebut:

“Iya...tapi saya (sambil senyum bersama), Tapi saya ya nggak empat sendok...satu piring, ya masih kurang kalau empat sendok....Masih lapar (P1. l.59-61, 63). Temannya ya.. Tapi nggak pernah nyemil saya. Ya wes.. mari makan ya sudah, nggak suka nyemil. Ya itu saja sudah (P1. l.71-73)”.

Partisipan 6 juga telah mendapatkan edukasi dari ahli gizi bahwa porsi makan nasi hanya 5 sendok untuk pagi dan malam hari, sedangkan siang hari 7 sendok makan takar nasi. Namun partisipan 6 merasakan badan lemah apabila mentaati anjuran tersebut, sehingga mengatur porsi makannya sedemikian rupa agar tetap bertenaga saat bekerja.

Tema ke-4 yaitu faktor pendukung partisipan untuk beradaptasi dengan kondisi sakit dan perubahan pola hidup. Tema ini didukung oleh sub tema dukungan dan kesadaran dari dalam diri sendiri, dukungan dari orang sekitar serta pengalaman pembelajaran dari orang sekitar. Sub tema dukungan dan kesadaran dari dalam diri sendiri merupakan pernyataan partisipan 1, 2, 5

dan 6. Contoh pernyataan tersebut sebagai berikut:

“Ya maunya sih kepingin sembuh gitu. (P6, l.273). Iya. Kalau nggak didorong dari apa istilahnya ...diri sendiri terus dari mana lagi.” (P6, l.275-276).

Sub tema dukungan dari orang sekitar diungkapkan oleh partisipan 1 yaitu: *“Terus kalau ke dokter kan...ada yang begini-begini. Nggak po po bu, ojek cilik ati gitu..ya teman-teman yang sakit sakit gitu.”(P1, l.111-113).*

Pengalaman pembelajaran dari orang sekitar diungkapkan oleh partisipan 5, yaitu:

“Iya..saya atasi sendiri..ya tidak sampek..kan bahaya kalau tidak dianu sendiri kan, diabet itu kan bahaya. (P5, l.101-102) Kan takutnya kan ke organ lain...kan teman-teman saya banyak yang sudah meninggal. Banyak, diabet banyak. Teman-teman itu banyak...akhirnya kena jantung, matanya buta dia.... (P5, l.104-108) kan blawur matanya itu kena diabet terlalu tinggi, akhirnya dia meninggal.”(P5, l.110-111).

PEMBAHASAN

Tema 1: Penemuan komplikasi penyakit menegaskan diagnosis DM didukung pernyataan partisipan 2 yang mengalami abses di pantat yang lama penyembuhannya, sehingga harus berkonsultasi terlebih dulu dengan dokter penyakit dalam untuk mengontrol kadar gula darah partisipan yang tinggi yaitu 530 mg/dl. Partisipan 4 mengungkapkan mengalami keluhan gatal di seluruh tubuh untuk waktu yang lama, setelah diperiksa ternyata kadar gula darah partisipan tinggi. Partisipan 6 mengetahui kadar gula darah tinggi akibat luka bisul di kakinya yang makin buruk meski telah diobati rutin, sehingga disarankan menjalankan pengobatan DM untuk membantu penyembuhan lukanya. Kadar glukosa darah penderita DM perlu diatur dalam batas yang mampu ditoleransinya, sehingga dapat dipergunakan sebagai sumber energi bagi jaringan tubuh. Peningkatan kadar gula darah yang tidak terkontrol dalam jangka panjang mengakibatkan kerusakan pada banyak jaringan serta pembuluh darah (Hall, 2014). Gangguan pembuluh akibat kontrol gula darah yang tidak baik berdampak pada perubahan struktur dan fungsinya, sehingga menimbulkan gangguan aliran darah ke jaringan. Gangguan aliran darah

mengganggu pula hantaran nutrisi pada jaringan perifer, akibatnya pemulihan jaringan yang rusak atau regenerasi jaringan terhambat. Hal ini sesuai dengan pengalaman partisipan mengalami keluhan sakit seperti bisul, gatal dan abses yang lama dalam proses penyembuhannya. Penyebab utama gangguan tersebut adalah kadar gula darah yang tinggi, namun tidak dapat dipergunakan sebagai sumber energi terutama regenerasi jaringan tubuh.

Tema 2: Kepatuhan penatalaksanaan terapi karena merasakan manfaat dari rutin mengkonsumsi terapi oral hipoglikemi mampu mengurangi gejala penyakit yang dialami oleh partisipan 4, yaitu: *“Iya, pokoknya nggak gatal, habis minum obat ini nggak gatal (P4, l.43). Kalau ndhak minum obat ini sebelum makan, mesti gatal. (P.4.l.45)”*. Komplikasi DM yang terjadi pada jaringan ikat dan kulit merupakan dampak dari kerusakan biokimia sel dan jaringan ikat terutama sintesis dan struktur kolagen serta aliran darah mikrovaskular kutan (Bilous & Richard, 2014). Partisipan 4 mengalami gangguan akibat DM pada jaringan kulit, dan dengan patuh menjalankan terapi hipoglikemi mampu mengontrol kadar gula darah meski tidak patuh dalam menjalankan diet. Pernyataan

tersebut diungkapkan partisipan 4 bahwa dengan mengkonsumsi terapi DM secara rutin partisipan dapat bebas makan sesuai keinginannya. Meski makan tanpa mentaati diet DM, partisipan tidak merasakan keluhan gatal seluruh tubuhnya bila kadar gula darahnya yang tinggi.

Tema *ke-3 Adjustment* penatalaksanaan non farmakoterapi DM dilakukan oleh partisipan dengan cara mengatur penatalaksanaan terapi sesuai dengan kondisi dan kesibukan harian partisipan meskipun telah mendapatkan edukasi. Kegiatan atau aktifitas harian partisipan yang masih usia produktif tidak memungkinkan untuk patuh menjalankan program terapi. Tema ini didukung sub tema pengaturan diet sesuai kondisi partisipan dan pengaturan aktifitas fisik disesuaikan dengan kondisi. Partisipan 1 tidak mentaati dietnya karena masih merasakan lapar dan tidak terbiasa untuk makan selingan di luar jadwal makan rutin. Partisipan 6 merasakan badan lemah apabila mentaati anjuran tersebut, sehingga mengatur porsi makannya sesuai kebutuhan diri yang dirasakannya agar tetap bertenaga saat bekerja. Partisipan keseluruhan memahami perawatan yang harus dilakukan pasien DM antara lain: mentaati jadwal konsumsi terapi DM, diet yang sesuai untuk mencukupi kebutuhan

kalori harian, olahraga, cek kontrol darah rutin, namun belum terpapar perlunya perawatan kaki yang rutin pula harus dilakukan. Pemahaman tersebut disadari partisipan memiliki manfaat agar dapat hidup sehat, mampu beraktifitas secara mandiri serta mencegah terjadinya komplikasi akibat DM seperti stroke, kebutaan maupun berakhir dengan kematian. Kunci utama terapi DM adalah diet dan modifikasi gaya hidup dengan cara berolahraga untuk menurunkan berat badan dan meningkatkan kontrol glikemik. Manfaat diet bagi penderita DM adalah menurunkan berat badan pasien DM dengan cara mengurangi deposit jaringan lemak tubuh. Penurunan deposit lemak mampu menurunkan resistensi sel terhadap insulin.

Tema ke-4 yaitu faktor pendukung partisipan untuk beradaptasi dengan kondisi sakit dan perubahan pola hidup. Perubahan pola hidup setelah terdiagnosis DM membutuhkan dukungan dalam menyesuaikan diri, agar terbentuk pola yang baru untuk beradaptasi dengan DM. Tema ini didukung oleh sub tema dukungan dan kesadaran dari dalam diri sendiri, dukungan dari orang sekitar serta pengalaman pembelajaran dari orang sekitar. Partisipan 6 memiliki kesadaran

untuk mengontrol kadar gula darahnya melalui diet dan terapi hipoglikemi. Pengalaman sakit bisul di kaki dalam jangka waktu lama akibat gula darah yang tinggi, merupakan faktor pendukung dari dalam diri partisipan untuk mulai merubah pola hidupnya dengan cara menjaga pola makan dan patuh menjalankan pengobatan DM. Partisipan adalah kepala keluarga yang ingin tetap berada dalam kondisi sehat agar tidak menjadi beban bagi anggota keluarga lainnya. Sub tema dukungan dari orang sekitar diungkapkan oleh partisipan 1 yaitu: *“Terus kalau ke dokter kan...ada yang begini-begini. Nggak po po bu, ojek cilik ati gitu..ya teman-teman yang sakit sakit gitu.”*(P1, 1.111-113). Terdiagnosis DM dan harus patuh dalam menjalankan pengobatan serta pemahaman tentang komplikasi akibat DM yang berakhir dengan kematian merupakan sumber stress bagi partisipan 1 dalam penelitian ini. Berkat dukungan dari teman-teman sesama pasien DM yang dijumpainya saat kontrol ke rumah sakit, mampu memberikan penguatan bagi partisipan untuk beradaptasi dengan sakitnya. Pengalaman pembelajaran dari orang sekitar diungkapkan oleh partisipan 5 berdasarkan pengalaman pembelajaran dalam kehidupan kesehariannya bahwa

penderita DM harus patuh menjalankan diet serta olahraga rutin. Partisipan 5 mengungkapkan penderita DM seharusnya tetap aktif beraktifitas, sehingga kondisi tidak semakin buruk. Kurang aktifitas dapat menyebabkan munculnya komplikasi seperti stroke, akibatnya pasien banyak tergantung dalam pemenuhan kebutuhan harian dan hanya berfokus pada pemenuhan asupan makanan dan dapat memperburuk kondisi kesehatan penderita hingga berujung pada kematian. Sistem pendukung dari dalam diri sendiri adalah pengalaman sakit yang merupakan momen yang tidak menyenangkan sepanjang hidupnya. Sistem dukungan dari orang sekitar dialami melalui dukungan semangat untuk tetap sehat dan aktif dari anggota keluarga lain, sedangkan dari lingkungan komunitas mampu mempengaruhi perilaku untuk hidup sehat dan bagaimana beradaptasi dengan kondisi sakit. Partisipan dengan penyakit kronik harus memiliki kemampuan untuk beradaptasi dengan kondisi penyakit kronis yang dialaminya dengan cara merestruktur persepsi tentang pengalaman sakit dan bagaimana melakukan manajemen diri dengan kondisi sakitnya. Moonaghi, et al (2014).

KESIMPULAN

Partisipan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang terdiri dari 2 orang perempuan dan 3 orang laki-laki yang berusia sekitar 44 – 60 tahun. 4 orang partisipan masih aktif bekerja dan 1 orang adalah pensiunan dan mengalami stroke. Partisipan dalam penelitian ini mengalami Diabetes Melitus (DM) sekitar 2 sampai dengan 12 tahun dan mendapatkan terapi oral hipoglikemi dan insulin dengan mempergunakan fasilitas jaminan kesehatan dari pemerintah.

Hasil analisis tematik dalam penelitian mendapatkan 4 tema berdasarkan hasil wawancara dengan partisipan penelitian. Tema yang diperoleh dari penelitian berjudul “Pengalaman Pasien Diabetes Melitus dalam Beradaptasi dengan Penyakit Kronis yang Dialaminya” yaitu: penemuan komplikasi penyakit menegakkan diagnosis DM, kepatuhan penatalaksanaan terapi mengurangi gejala komplikasi, *adjustment* penatalaksanaan non farmakoterapi DM, faktor pendukung adaptasi dengan kondisi sakit.

Tema tersebut menggambarkan pengalaman individu dalam beradaptasi dengan penyakit kronis DM yang dialaminya.

Partisipan seluruhnya memiliki pemahaman tatalaksana DM adalah terapi farmakologi, diet, dan olahraga. Cek gula darah rutin merupakan suatu kebiasaan saja, namun tidak memahami manfaat cek gula darah secara rutin sebagai bagian dalam tatalaksana DM. Tatalaksana perawatan kaki rutin juga tidak ditemukan sebagai salah satu tatalaksana DM pada partisipan penelitian. Kesimpulan dari penelitian ini adalah: penatalaksanaan DM dilakukan dengan cara konsumsi terapi hipoglikemi rutin dan diet agar tetap dalam kondisi sehat, sementara tatalaksana terapi lainnya dilakukan hanya berdasarkan pengalaman dan kebiasaan saja. Saran berdasarkan penelitian ini adalah bentuk edukasi yang bermanfaat bagi penderita DM untuk meningkatkan kesadaran dalam kepatuhan menjalankan penatalaksanaan DM seumur hidup.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ketua LPPM Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya

Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya

Seluruh Partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini serta semua pihak yang berkenan berpartisipasi dalam penelitian ini

REFERENSI

Black, Joyce M., Jane Hokanson Hawks. (2009). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome*.(8th Ed). USA: Elsevier Inc.

Bilous, Rudy & Richard Donnelly. (2014). *Buku Pegangan Diabetes Edisi ke 4*. Jakarta: Bumi Medika

Creswell, John W. (1998). *Qualitatif Inquiry and Research design : Choosing among five Tradition*. USA: Sage Publication Inc.

Dunning, Trisha. (2003). *Care of People with Diabetes*. USA: Blackwell Publishing Ltd.

Guyton, A.C., John E. Hall. (2006). *Textbook of Medical Physiologi (11th Ed)*. Pennsylvania: Elsevier Inc.

Hall, John E. (2014). *Guyton dan Hall: Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Singapore: Elsevier

Moonaghi, Hossein Karim, Hossein Namdar Areshtanab, Leila Jouybari, Mohammad Arshadi Bostanabad, Heather McDonald. (2014). *Facilitators and Barrier of Adaptation to Diabetes: Experience of Iranians patients*. Journal of Diabetes and Metabolics Disorders. diunduh di: <http://www.jdmonline.com/content/13/1/17>

Polit, Denise F., Cheryl Tatano Beck. (2010). *Nursing Research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. China: Lippincott Williams and Wilkins

Silberngl, Stefan., Florian Lang. (2006). *Teks dan Atlas Berwarna Patofisiologi*. Jakarta: EGC

Stanley, Mickey., Kathryn A. Blair., Patricia Gauntlett Beare., (2005). *Gerontological Nursing : Promoting Successful Aging with Older Adult*.(3rd ed). Philadelphia: F.A Davis Company.

A REFLECTION ON FINDING MY TRUE SELF

Juniarta Sinaga¹

¹Dosen Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan-Universitas Pelita Harapan
juniarta.sinaga@uph.edu

ABSTRACT

Every human being is created in the image of God, and thus should live accordingly to His plan. However, the world and people around us somehow created in us a false self, that sometimes protects and preserves our true self. Over the years experts have tried to understand the self. They studied how people perceive their true selves and how it influenced their self-concept and their psychology in everyday life. This writing aims to explore the true and false self, using personal experiences to demonstrate how I found my true self, how it has influenced my ministry as a nursing educator and how it will continue to influence my future ministry in counselling.

INTRODUCTION

When God created human beings, he created them in his image and breathed the breath of life (Genesis 1:27, ESV). He made us his masterpiece (Ortberg, 2010), thus each human is a unique creation (Wilbourne, 2016). True self is defined as who a person really is, regardless of his or her outward behaviour (Schlegel, Hicks, King, & Arndt, 2011), and it is the self that is loved by God (Wilbourne, 2016). It is both a perfected version of our identity and a spiritual experience of ourselves and God (Hynes, 2016).

Markos (2010) stated that people should live according to the self that was made in the image of God. Unfortunately, even though God loves us unconditionally (Wilbourne, 2016), many of us still try to find our true self by pretending to be someone we are not, describing ourselves

as being authentic and have our autonomy over our lives (Kuyper, 1979; Ortberg, 2010). This is particularly evident when Lind (1973) wrote a case study about her patient. She illustrated how the patient was anxious and eventually got depressed because he cannot trust and accept himself. Over the years experts have tried to understand the self (Levin, 1992). They studied how people perceive their true selves and how it influenced their self-concept and their psychology in everyday life (Newman, Bloom, & Knobe, 2013).

True Self/False Self

According to God's original plan, He wants us to be like him, to display his glory, to enjoy him forever, as well as to grow in an intimate relationship with Him (Boa, 2001; Markos, 2010). As God's creation, we ought to view life and the world from God's perspective (Kirwan,

1984) and find our identity in the divine image (Pennington, 2000; Wilbourne, 2016), because knowing God deeply means that we know who we truly are (Kuyper, 1979; Benner, 2015). Alas, our sinful nature leads us away from what is righteous and it has ruined the divine image (Markos, 2010), creating sadness and guilt (Goodman, 2007). Boa (2001) mentioned that, without a relationship with God, people are desperate for love and happiness, and they seek a meaningful life. On the contrary, our relationships with God enable us to know who we truly are (Kirwan, 1984).

Our false self can begin in the womb. We were born with a void in our heart causing us to obsess over our possessions, actions, and others' perceptions of us (Pennington, 2000; Haase, 2008). It becomes an illusory person that protects and preserves the true self (Winnicott, 1965). The false self is constructed when children are abandoned, rejected, and not loved well (Manning, 2015). Even though false self enables the person to survive, there is always a sense of "not good enough" (Wilkin, 2006) or feeling unreal (Winnicott, 1965; Parker & Davis, 2009). As I grew up in an Eastern culture where I was taught to not easily proud of what I

am doing or achieve, I became hard on myself and often think that I am not good enough and I cannot get any compliment or praises that people are giving because of something that I did good. I perform what my parents or people expect me to do, to not proud of myself, while deep inside, I have a hidden pride.

God desires to restore us into his image and the destiny is set for each one of us (Wilbourne, 2016). He calls us to believe and act upon the promises of forgiveness, restoration, wisdom, strength, deliverance, and power (Lane & Tripp, 2008). Manning (2015) stated that nothing will really satisfy us, apart from fulfilling the original purpose of our lives: to be in a relationship with him, to see him more clearly and to follow him more closely. The assurance of God's unconditional love empowers us to be bold and to be who we really are with "unveiled faces" (Ortberg, 2003).

I was raised in a traditional Christian family that required me to attend church on Sundays, and live in a way that was morally good. However, Christianity is not about becoming a moral person (Eldredge, 2000). For 16 years, I tried so hard to be spiritual or genuine in my

actions (Ortberg, 2010) in order to be loved or accepted by God. I joined a bible study during my high school year, I fasted, I prayed, and I did a lot of activities to earn God's love. I did not understand that my salvation was not based on my own work. It is a gift of God and that I was saved through faith (Ephesians 2:8, ESV). On the day when God touched my heart, I accepted Him as my saviour. Since then on, He has transformed my life as I have learned to trust in Him (Goodman, 2007). I believe that I am his precious daughter (Isaiah 43:4, ESV). In my journey of following Him, He has shown me his faithfulness and has continued to love me, even in my brokenness. The feeling of being accepted and loved by the One who created me has enabled me to live transparently and without guilt (Ortberg, 2003). I was able to have a genuine relationship with God and I chose to be a nurse when I felt that God is calling me to serve Him through nursing. The relationship I have with God enables me to have a genuine relationship with my patients as well as with my co-workers or other health care professionals. Even though the relationship might not be as smooth as I was expected, but I was and am still able to forgive myself, as I accept God's forgiveness over my life.

After wandering around without any spiritual community for more than 10 years, I realised that a spiritual community is important for my spiritual growth. While being in the true self fosters relationships between God, others, and self (Haase, 2008), I have lived in my false self for so long with only me and God. Parker & Davis (2009) stated that spiritual community can promote vulnerable sharing, through mentoring and accountability partnership, thus supporting adaptive ego repair and development. Parker and Davis (2009) stated that church can nurture true self by allowing people to explore their spiritual gifts, talents, and calling. For the past 3 years I have been committed to a church community, where I have been discipled by some people at church. They became my mentors, my spiritual leaders or even my accountability partner and they nurture and promote my true self. I was challenged to be vulnerable, honest, and open in sharing my day-to-day life as Christ's disciple. They have challenged and continue to challenge me to endure in my word ministry as well as my prayer ministry, and in that way become obedient to God. Not only challenged me to grow internally, but they also encourage me to apply all the things that I have learned so

that I can grow and bear fruit. They have showed me how to be vulnerable and their humility has taught me to live by example as they exemplify Christ. For me, they are the good enough people that God put in my life to repair my ego, that even when they fail, their lives continue to reflect a God who is steadfast in both good or bad times (Parker & Davis, 2009).

Being in a church that values spirit-led ministry, I was also taught how to abide in Christ through daily scriptural reading. Pennington (2000) acknowledged that being immersed in the Word of God helps to uncover the deception of the false self, that it cannot remain in control. Similarly, Boa (2001) and Parker & Davis (2009) asserted that scriptural passages encourage authentic living, thus transpire true self. Through the Word, I can have an in-depth knowledge of God and of self, resulting in a transformation of self – I become a new self, my true self (Benner, 2015; Haynes, 2016). Consequently, I have a clearer picture of who I am in God, which humbles me and leaves me with nothing but awe for Him (Pennington, 2000).

Pennington (2000) stated that when we find our true selves in God, we also find

everyone else in God. I believe that security in my identity in Christ shapes the way I respond to any life situation (Boa, 2001). One morning, during my shift as a nurse, I met with a new admitted patient who after a short introduction, told me that he felt that God was so angry at him because of the things he did in the past, and never thought that God can forgive him. Having experienced God's love and forgiveness over my life, I looked at his desperate eyes, and started to share what God has done for me, loving, and accepting my brokenness. I believe that unless I am secured in his love and forgiveness, I would not able to respond the way I did to my patient. My short conversation with him helped him to see God's love that by God's grace, it led him to accept God's love and forgiveness courageously. In this case, I believe God used me to heal my patient (Ortberg, 2003)

As years went by, one-day God called me to another job, which I meet with more people that I can ever imagine. Since I started my work as a faculty in one private school of nursing, God is giving me more opportunities to influence my students, to share what He has done in my life, and how I find my true self in Him and in

nursing. The passion that God is giving me now is to serve the young nurses, and I felt the conviction to go for further study majoring in Counselling, so that I will be equip in serving the young nurses. Kirwan (1984) asserted that a counsellor must show his or her true self, and become genuine with others. This statement amplifies my lesson on therapeutic communication skills which encourage nurses to use self as a mean of therapeutic relationship between nurse-patient. As a nurse educator in a Christian nursing school, I am required to care for my students, so I ought to have a self-awareness that enables me to be transparent and real in front of my students. In this way, as Rogers (1961) stated, I would be able to value my students, accepting them for who they are. It would also enable me to empathise with them as I see their struggles through their eyes. This condition allows me to accompany my students when they encountered difficult life situations and help them discover themselves, thus help them to grow.

For the past 8 years of working as an educator, I encountered students who were struggling to find their identity and asked me to counsel them. If Jesus had

not found me, it would have been hard to talk about identity issues and how it feels to be secure in Him. As those who are rooted in the true self are relational (Rogers, 1961; Haase, 2008), my meaningful life experiences that brought about my true self, have given me courage to relate with my students. Moreover, Edwards & Murdock (1994) claimed that disclosure of life experiences similar to that of the client, would enhance attractiveness. In this way, I thoughtfully disclose myself as I guide my students to go through their struggles. In the same way, as Hoskins & Leseho (1996) said that professional counsellors need to clarify their positions when giving counsel, the way I perceive myself as someone whose identity was broken yet precious in God's sight as well as the understanding of being clearly secure in Christ, gave me confidence to be with them in their journey finding their true identity.

Nevertheless, Parker and Davis (2009) asserted that in order for true self to become known, there is a need to have a relational space that is safe, responsive and consistent. While I want to support students in finding their true self, in order for them to become genuine and loving

health care providers, this kind of environment is somewhat challenging in the context of my work place. The educational system that I am part of does not really facilitate students to share openly, as students are bound with a scholarship program that compels them to obey the rules and to behave well. However, as I have been on that journey of finding my true self, I can continue to be the “good-enough” person that supports adaptive ego repair and development for my students. Just as Rogers (1961) asserted that a relationship which accepts other people for who they are, along with empathetic understanding of his or her life that is seen through his or her life, will help other people to grow, in the same way I believe that when I achieve these conditions, I can guide my students to find their true self, which is the aim of Christian counselling (Kirwan, 1984).

REFERENCES

- Benner, D. G. (2015). *The gift of being yourself: The sacred call to self-discovery* (Expanded Edition ed.). Illinois: InterVarsity Press.
- Boa, K. D. (2001). *Conformed to his image*. Michigan: Zondervan.
- Edwards, C. E., & Murdock, N. L. (1994). Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process. *Journal of Counseling and Development* : JCD, 72(4), 384.
Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/219103860?accountid=25704>
- Eldredge, J. (2000). *The journey of desire: Searching for the lie we've only dreamed of*. Tennessee: Thomas Nelson, Inc. .

CONCLUSION

God created us in his own image, thus we ought to live according to the image that He has created us to be. Our true self can only be found through the relationship that we have in Him. Through different life events and by His grace alone, I can find my true self, and the journey of finding who I truly am, involved courage and a decision to take a step of faith to fully trust his plan in my life. When Christ found me, I find my true self that enables me to boldly approach God’s throne, to feel blameless and to be secure in his arms.

Living in my true self empowers me to help other people that I minister to, being a “good enough” person for my students, hopeful that through the relationship that I have with them, they can see my life as a reflection of God’s steadfast love thus glorifying Him.

- Goodman, K. P. (2007). *Pursued by the shepherd: Every woman's journey from lost to found*. Michigan: Fleming H. Revell.
- Haase, A. O. (2008). *Coming home to your true self: Leaving emptiness of false attraction*. Illinois: InterVarsity Press.
- Haynes, C. (2016). Identity, transcendence, and the true self: Insights from psychology and contemplative spirituality. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 72(4), 1-9.
- Hoskins, M., & Leseho, J. (1996). Changing metaphors of the self: Implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 74, 243-252.
- Kirwan, W. T. (1984). *Biblical concepts for Christian counseling: A case for integrating psychology and theology*. Michigan: Baker Academy.
- Kuyper, A. (1979). *The work of the Holy Spirit*. Grand Rapids, Michigan: Eerdsman Publishing Company.
- Lane, T. S., & Tripp, P. D. (2008). *How people change*. Greensboro: New Growth Press.
- Levin, J. D. (1992). *Theories of the self*. Philadelphia: Taylor and Francis.
- Lind, E. (1973). From false-self to true-self functioning: a case in brief psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*. 46: 381–389
- Manning, B. (2015). *Abba's child: The cry of the heart for intimate belonging*. Colorado: NavPress.
- Markos, L. (2010). Polonius's lie. *Touchstone: A journal of mere Christianity*, 12-14.
- Newman, G. E., Bloom, P., & Knobe, J. (2013). Value judgments and the true self. *Personality and Social Psychology*, 1-14.
- Ortberg, J. (2003). *Everybody's normal till you get to know them*. Michigan: Zondervan.
- Ortberg, J. (2010). *The me I want to be: Becoming God's best version of you*. Michigan: Zondervan.
- Parker, S., & Davis, E. (2009). The false self in Christian context: A Winnicottian perspective. *Journal of Psychology and Christianity*, 28, 315-325.
- Pennington, M. B. (2000). *True self/false self: Unmasking the spirit within*. New York: The Crossroad Publishing Company.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Schlegel, R. J., & Hicks, J. A. (2011). The true self and psychological health: Emerging evidence and future directions. *Social and Personality Psychology Compass*, 989-1003.

Schlegel, R. J., Hicks, J. A., King, L. A., & Arndt, J. (2011). Feeling like you know who you are: Perceived true self-knowledge and meaning in life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1-12.

Wilbourne, R. (2016). *Union with Christ: The way to know and enjoy God*. Colorado : David Cook.

Wilkin, P. (2006). In search of the true self: A clinical journey through the vale of soul-making. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12-18.

Winnicott, D. (1965). *Processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press, Inc.

PEMANFAATAN TEKNOLOGI *TELEHEALTH* PADA PERAWAT DI LAYANAN *HOMECARE*

Rizkiyani Istifada¹, Sukihananto², Muh.Asnoer Laagu³

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia, Depok

²Dosen Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Gerontik, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia

³Information and Communication Technology, Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives,
Jakarta

Email: rizkiyani.istifada71@ui.ac.id

ABSTRAK

Indonesia merupakan negara kepulauan yang berdampak pada sulitnya jangkauan akses pelayanan kesehatan di beberapa daerah terluar dan perbatasan. Kondisi ini menyebabkan lemahnya tingkat kesadaran masyarakat mengenai kesehatan. *Telehealth* sebagai solusi dalam mengatasi pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. *Telehealth* pada layanan *homecare* diaplikasikan menggunakan interaksi virtual pada pasien tanpa menjangkau akses ke pelayanan kesehatan. Sistem layanan *telehealth* menggunakan internet dengan sistem *video conference*, SMS (*Short Message System*), *e-mail*, telepon seluler/*traditional phone*. Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan dapat memanfaatkan teknologi *telehealth* sebagai asuhan keperawatan yang holistik dan berkelanjutan pada layanan *homecare*. Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat mendeskripsikan pemanfaatan aplikasi *telehealth*. Metode penelitian ini menggunakan *literature review* yang berfokus pada pemanfaatan *telehealth*. Penerapan *telehealth* berdampak pada peningkatan kesehatan dan keterampilan perawat dalam melakukan asuhan. Adanya kesenjangan terhadap pemerataan jaringan internet adalah tantangan yang dimiliki pemerintah dalam mengembangkan *telehealth*. Pemerintah sebaiknya melaksanakan kerjasama lintas sektor dalam pengembangan *telehealth*, sehingga kesehatan madani tercapai.

Kata kunci: *homecare*, Indonesia, layanan, perawat, teknologi, *telehealth*

ABSTRACT

Indonesia is an archipelago that has difficulty impact to access health service in the remote area. This condition has caused the low awareness of health in public. *Telehealth* is one of the solutions to the equal distribution of health service in Indonesia. *Telehealth* can be applied to virtual communication between nurses and patients. *Telehealth's* system uses internet with video conference system, SMS (*Short Message System*), *e-mail*, and traditional phone. Nurses are one of health professionals to use *telehealth* for continuity of nursing care and holistic care in *homecare*. This article expected to describe the benefit of *telehealth*. This research method used literature review. *Telehealth* has effected to increase the civil health status, then can increase nurse's skill about health care. There are have incompletely about distribution network that can be threat for government to develop the *telehealth*. The government should do the collaboration with other sectors that concern to develop the *telehealth*, so civil's health to be achieved.

Keyword: *homecare*, Indonesia, nurse, service, technology, *telehealth*

PENDAHULUAN

Perkembangan teknologi saat ini mempengaruhi pelayanan kesehatan yang maksimal untuk menunjang efisiensi sumber daya dan sumber dana. Dunia

keperawatan menjadi salah satu profesi yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan berbasis teknologi. Pemanfaatan teknologi tersebut diterapkan pada pelayanan *homecare* untuk memberikan asuhan keperawatan

yang berkelanjutan. Para ahli teknologi memperkirakan 90% orang dewasa memiliki akses ke *smartphone* di tahun 2020 (VOA Indonesia, 2017). Kondisi ini sangat memungkinkan penerapan teknologi *telehealth* untuk menunjang sistem komunikasi jarak jauh antara perawat dan pasien.

Telehealth didefinisikan sebagai teknologi telekomunikasi yang digunakan untuk meningkatkan informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan di daerah yang memiliki masalah pada kondisi geografis, akses, tingkat sosial, dan budaya (Sri & Sahar, 2012). Sistem layanan *telehealth* menggunakan internet dengan sistem *video conference*, SMS (*Short Message System*), *e-mail*, telepon seluler/*traditional phone*, kamera, robotik, sensor 3D dan WAP (*Wireless Application Protocol*) pada jejaring komunikasi antara perawat dan pasien (Sri & Sahar, 2012; Wiweko, Zesario, & Agung, 2016; Tenforde, dkk, 2017). *Telehealth* pada layanan *homecare* diaplikasikan menggunakan interaksi virtual pada pasien yang ingin berkonsultasi tanpa menjangkau akses ke pelayanan kesehatan, seperti konsultasi masalah hipertensi melalui telepon atau SMS (Farrar, 2015).

Pada tahun 2007, penelitian dilakukan di negara Kanada yang menunjukkan 81% pasien menggunakan aplikasi *telehealth* dan 47%-nya memiliki hasil klinis yang signifikan (Tenforde, dkk, 2017). Selain penelitian tersebut, survei yang dilakukan di Amerika pada tahun 2013 menunjukkan bahwa 74% masyarakat Amerika telah menggunakan layanan *telehealth* dan 70%-nya merasakan kenyamanan dalam menggunakan layanan komunikasi virtual pada *telehealth* (Olson & Thomas, 2017). Oleh karena itu, *telehealth* dapat dijadikan solusi terbaik dalam layanan kesehatan jarak jauh.

Indonesia adalah negara kepulauan yang sangat luas, sehingga akses antara satu daerah ke daerah lain membutuhkan waktu lama dalam menempuhnya. Hasil presentasi Kemenkes mengenai RPJMN *Telemedicine* di tahun 2015 menunjukkan hampir 50% distribusi rumah sakit tersebar di Pulau Jawa, namun hanya 1-2% rumah sakit tersebar di Maluku dan Papua (Tedjasukmana, 2015). Hal ini menunjukkan tingginya kesenjangan pelayanan kesehatan di Indonesia disebabkan karena faktor akses.

Saat ini penerapan *telehealth* di Indonesia belum diaplikasikan pada layanan

homecare antara perawat dan pasien. Konsep *telehealth* di Indonesia masih terbatas pada layanan konsultasi dokter dan pasien. Faktanya, *telehealth* layanan *homecare* menjadi salah satu solusi untuk mengatasi permasalahan akses kesehatan. Hasil survei *Home Nursing Agency* (2004) dalam Sri & Sahar (2012) menunjukkan bahwa pasien-pasien yang menggunakan layanan *telehealth* tidak mengalami re-hospitalisasi. Pemerintah Indonesia berupaya untuk menerapkan teknologi tele-kesehatan sebagai upaya mengurangi kesenjangan akses pelayanan kesehatan. Target awal pemerintah dalam penerapan *telehealth* saat ini berfokus pada pengampu pelayanan *telehealth* yang tersebar di Indonesia dengan persentase capaian sebesar 6 % di tahun 2016 (Renstra Kemenkes, 2015).

Data tersebut menunjukkan bahwa pentingnya penerapan *telehealth* ini sebagai acuan dalam upaya pelayanan pada era perkembangan teknologi.

Telehealth diharapkan mampu mendukung layanan *homecare* untuk mewujudkan konsep keperawatan berkelanjutan dan holistik. Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat mendeskripsikan pemanfaatan aplikasi *telehealth* dalam pelayanan *homecare* oleh perawat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *literature review* dengan menggunakan *keyword* “*the use of telehealth*”. Fokus penelitian ini adalah;

- Perkembangan *telehealth* di Indonesia
- *Telehealth* pada layanan *homecare*
- Manfaat *telehealth*

Literatur yang digunakan sejumlah enam artikel yang berasal dari jurnal internasional terindeks dan buletin teknologi kesehatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Berikut adalah beberapa artikel yang dianalisa sesuai dengan tema penelitian, yaitu pemanfaatan *telehealth*:

No.	Judul	Penulis	Tujuan	Metode	Hasil
1.	Farrar, F. C.	<i>Transforming Home Health Nursing with Telehealth Technology.</i>	Manfaat penggunaan <i>telehealth</i> pada perawatan kesehatan mental di layanan home	<i>Evidence-based research</i>	Teknologi <i>telehealth</i> dapat diintegrasikan menjadi perencanaan dalam pelayanan kesehatan mental pada pasien, serta meningkatkan kualitas kehidupan pasien
2.	Foster, M. V, & Sethares, K. a.	Facilitators and barriers to the adoption of telehealth in older adults: an integrative review.	Mendeskripsikan penggunaan dan hambatan <i>telehealth</i> pada pasien dewasa yang memiliki penyakit kronis	<i>Integrative review</i>	Peningkatan fasilitas <i>telehealth</i> untuk mencegah adanya hambatan dalam menggunakan <i>telehealth</i>
3.	NCSBN	<i>The national council of state boards of nursing position paper on telehealth nursing practice.</i>	Regulasi dan aspek legal dalam penggunaan <i>telehealth</i>	Artikel online	-
4.	Olson, Christina.A., & Thomas, J.A. (2017). Telehealth: No longer an idea for the future	Telehealth: No longer an idea for the future	Efisiensi <i>telehealth</i> dalam meningkatkan kualitas perawatan	<i>Evidence-based research</i>	Peningkatan kenyamanan pada pasien yang menggunakan komunikasi virtual pada <i>telehealth</i>
5.	Sri Hariyati, R. T., & Sahar, J.	Perceptions of Nursing Care for Cardiovascular Cases, Knowledge on the Telehealth and Telecardiology in Indonesia	Menjabarkan persepsi masyarakat dalam perawatan kardiovaskular dengan menggunakan <i>telehealth</i>	Studi kualitatif dengan FGD	Persepsi masyarakat bahwa <i>telehealth</i> dapat dimanfaatkan dalam mengobservasi tanda dan gejala pasien untuk upaya preventif
6.	Wiweko, Budi., Zesario, Aulia., & Agung, P.G	Overview the development of tele health and mobile health application in indonesia.	Perkembangan teknologi <i>telehealth</i> di Indonesia	Literatur review	<i>Telehealth</i> saat ini lebih banyak digunakan pada layanan konsuling pasien dan dokter

HASIL

Konsep dan Teori *Telehealth*

Indonesia dengan geografis dan mayoritas terdiri dari kepulauan menjadi tantangan tersendiri bagi perawat. Aplikasi *telehealth* telah dikembangkan sejak lama sebagai solusi dalam mengatasi akses pelayanan kesehatan. Cakupan layanan yang dikembangkan aplikasi *telehealth* memiliki ruang lingkup yang lebih luas dan berfokus pada upaya kesehatan masyarakat dan pendidikan kesehatan (Soemitro, 2016; Olson & Thomas, 2017). Hal ini diprediksikan bahwa *telehealth* dapat diaplikasikan dalam upaya preventif dan rehabilitatif, seperti pelayanan *homecare*.

Telehealth dibagi menjadi dua metode, yaitu secara langsung/*real time* dan secara tidak langsung/*store & forward* (Farrar, 2015). Konsep layanan *telehealth* secara langsung menggunakan *videoconferencing* yang disampaikan pasien pada perawat dalam menyampaikan masalahnya. Penerapan *telehealth* pada layanan *homecare* adalah salah satu bentuk aplikasi metode *telehealth* secara langsung. Pasien secara langsung berinteraksi pada perawat mengenai masalahnya, kemudian

mendapatkan umpan balik secara langsung dari perawat (Farrar, 2015).

Berbeda hal-nya dengan metode aplikasi *telehealth* secara tidak langsung. Pasien dan perawat berinteraksi dengan menggunakan *e-mail* sebagai penghubung interaksi antara keduanya (Farrar, 2015). Pasien berkonsultasi mengenai masalah atau hasil laboratoriumnya pada perawat. Kelemahan dari metode ini adalah lambatnya respon yang diberikan perawat.

Telehealth pada layanan *homecare* merupakan bagian dari konsep keperawatan berkelanjutan (*continuum of care*). Pelayanan dapat berfokus pada upaya rehabilitasi dan pemulihan/*recovery* (Farrar, 2015). Pada umumnya, tahap pelaksanaan *telehealth* tidak ada perbedaan antara model rehabilitasi dan pemulihan/*recovery*. Tahap awal, perawat melakukan pengkajian pada pasien yang disesuaikan kriteria penerima layanan *homecare* (Taylor, dkk, 2015). Setelah itu, pasien diberikan pilihan intervensi yang diberikan sesuai dengan hasil yang diharapkan (Taylor, dkk, 2015). Tahap kedua, perawat memberikan intervensi dan selanjutnya melakukan pengawasan atau *monitoring* terhadap perkembangan pasien (Taylor, dkk, 2015). Hal yang

perlu diperhatikan dalam layanan *homecare* dengan *telehealth*, pasien harus kooperatif dan berkomitmen untuk melakukan intervensi secara mandiri di rumah (Taylor, dkk, 2015).

Legal Etik Pelaksanaan *Telehealth*

International Code of Ethics menyusun prinsip-prinsip dalam pelayanan kesehatan berbasis teknologi, meliputi; (1) berterusterang, (2) jujur, (3) mempertahankan kualitas, (4) adanya *inform consent*, (5) menjaga privasi, (6) profesionalisme, (7) bertanggungjawab, dan (8) akuntabilitas (Farrar, 2015). Meskipun pelayanan kesehatan yang diberikan secara virtual, namun pentingnya *informed consent* sebagai bukti legal pasien dalam menerima intervensi yang diberikan (Sri & Sahar, 2012). Penyusunan kode etik layanan kesehatan berbasis teknologi ini sesuai dengan prinsip aspek legal hukum untuk melindungi perawat dan pasien.

The National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) menyusun cakupan layanan kesehatan dalam penggunaan *telehealth*, seperti layanan *homecare*.. Perawat yang lulus uji kompetensi dengan dibuktikan memiliki sertifikasi/*license* dilegalkan untuk memberikan layanan

homecare dengan *telehealth* (Farrar, 2015). NCSBN mendukung penggunaan video dan teknologi oleh perawat sebagai deteksi awal tanda/gejala dari masalah komplikasi yang dimiliki oleh pasien (NCSBN, 2014).

PEMBAHASAN

Manfaat dan Dampak

Telehealth sebagai solusi dalam memberikan layanan pada pasien yang memiliki keterbatasan akses. Penerapan *telehealth* ini sesuai dengan kondisi geografis Indonesia yang terdiri dari daerah kepulauan. Beberapa manfaat penggunaan aplikasi *telehealth* pada layanan *homecare* (Farrar, 2015) adalah (1) efektif pada intervensi terapi modalitas; (2) meningkatkan kesadaran pasien untuk patuh obat dan mengurangi komplikasi; (3) menjadi sistem monitoring pada layanan penyakit kronik pasien; (4) efektif memberikan intervensi kesehatan yang terjadi dalam waktu bersamaan; dan (5) memberikan keefektifan waktu dan efisiensi intervensi, karena pelaksanaan intervensi dilakukan secara fleksibel.

Pelayanan *homecare* dengan menggunakan *telehealth* memiliki dampak secara tidak langsung pada

perawat, seperti meningkatkan kualitas pelayanan karena tidak terjadi *overload* pasien di layanan kesehatan (Farrar, 2015). Selain itu, pelayanan *homecare* memberikan dampak perubahan pada penerapan layanan kesehatan, seperti perubahan pada sistem dokumentasi dengan menggunakan *e-documentation* (Farrar, 2015). Hal ini dapat meminimalisir hilangnya data pasien yang sebelumnya menggunakan *paper-based* pada sistem dokumentasi.

Telehealth menggunakan sistem jaringan nirkabel pada proses interaksinya. Dahulu tenaga kesehatan dan pasien bertemu secara tatap muka (*face to face*), setelah menggunakan layanan *telehealth*, akses informasi dapat dilakukan dalam jarak jauh (Farrar, 2015). Kondisi ini sesuai dengan manfaat *telehealth* yang memberikan keefektifan waktu layanan kesehatan. Pasien dan perawat dapat berkomunikasi secara fleksibel sesuai waktu yang disepakati oleh keduanya.

Dampak selanjutnya adanya *telehealth* adalah dengan memanfaatkan perkembangan teknologi sebagai solusi dalam intervensi masalah kesehatan pasien (Farrar, 2015). Hasil kajian literatur mengenai perkembangan

telehealth di Indonesia yang dilakukan oleh Wiwiko, Zesario, & Aulia (2016) menjelaskan beberapa layanan *telehealth* memberikan fasilitas dalam memberikan *alarm* pada pasien dengan menggunakan aplikasi teknologi *mobile health* (m-Health). Beberapa aplikasi melalui *smartphone* telah dikembangkan untuk memberikan kemudahan masyarakat dalam pencegahan risiko penyakit. Manfaat *telehealth* ini memberikan salah satu dampak yang baik dalam promosi kesehatan untuk meningkatkan paradigma sehat. Salah satunya aplikasi menjaga keseimbangan berat badan, mengurangi risiko penyakit kronis, mencegah potensi gejala kegawatdaruratan, hingga rencana kehamilan (Sri & Sahar, 2012; Wiwiko, Zesario, & Aulia, 2016).

Penggunaan *telehealth* dengan sistem nirkabel juga berdampak pada kolaborasi inter-profesi kesehatan. Perawat dan profesi lainnya dapat memberikan edukasi melalui *website* (Farrar, 2015). Secara tidak langsung akan berdampak pula pada kemampuan riset perawat, karena secara rutin memberikan naskah di *website* pada layanan *telehealth*. Dampak aplikasi *telehealth* ini tidak hanya bermanfaat pada pasien, namun perawat dan sistem layanan kesehatan menunjukkan

peningkatan kemampuan dan pengetahuan mengenai teknologi kesehatan.

Hambatan Penggunaan *Telehealth*

Penggunaan *telehealth* memiliki kelemahan dalam penerapannya. Kelemahan itu terjadi karena adanya kesulitan yang dialami pasien dalam melakukan akses *telehealth* dengan sistem komputerisasi. Hasil penelitian yang dilakukan (Demiris et al., 2012) menunjukkan perilaku frustrasi yang dialami oleh pasien arthritis yang kesulitan menggunakan *mouse* komputer, karena mengalami nyeri di kedua tangannya. Masalah teknis yang terjadi ini tidak dapat terbantahkan, karena pengembangan teknis *telehealth* belum disesuaikan dengan masalah kondisi fisik yang terjadi pada pasien. Kondisi ini dapat diselesaikan jika peran keluarga terjalin selama intervensi dilaksanakan. Keluarga adalah *support system* keberhasilan pelayanan *homecare* menggunakan *telehealth*.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Foster & Sethares (2014) bahwa *telehealth* memiliki beberapa hambatan teknis dalam penggunaannya, seperti ukuran *font* yang ditampilkan dalam karakter website dan beberapa

pasien sulit menggunakan *smartphone*. Hambatan-hambatan yang dijelaskan pada berbagai penelitian tersebut terjadi pada teknis pelaksanaan *telehealth*. Hal ini semakin meyakinkan bahwa dukungan keluarga dibutuhkan dalam keberhasilan pelayanan *homecare* dengan aplikasi *telehealth*.

Penerapan *Telehealth* oleh Perawat di Indonesia

Rencana kerja strategis pemerintah terkait penerapan *e-health* sudah mulai dikembangkan sejak tahun 2015. Beberapa *e-health* yang saat ini mulai berkembang adalah *telemedicine* yang berfokus pada upaya kesehatan perorangan (Soemitro, 2016). *Telemedicine* lebih berfokus pada upaya dokter untuk memberikan konsultasi mengenai pengobatan pada pasien. Teknis intervensi *telemedice* yang selama ini sudah dilaksanakan di Indonesia berupa teleradiologi dan telekardiologi (Wiwieko, Zesario, & Aulia, 2016).

Perkembangan teknologi berdampak pada profesi perawat yang diberikan kemudahan dalam proses intervensi. Pada dasarnya konsep keperawatan mengacu pada perawatan berkelanjutan (*continuum of care*). Pemanfaatan teknologi

perawatan berkelanjutan dijelaskan pada penelitian Wiwiko, Zesario, & Aulia (2016), yaitu *telehealth* telah diinisiasi oleh MediFa dan Halodokter.com dengan memanfaatkan *video streaming*, WAP (*Wireless Application Protocol*), dan SMS sebagai interaksi antara dokter dan pasien pada upaya kuratif dan rehabilitatif. Aplikasi ini masih digunakan sebagai interaksi dokter dan pasien. Belum banyak penelitian yang menjelaskan bahwa aplikasi *telehealth* digunakan oleh perawat dan pasien di Indonesia.

Beberapa hasil penelitian dan fenomena yang terjadi bahwa perkembangan *telehealth* di Indonesia masih berfokus pada pelayanan kuratif oleh dokter ke pasien. Komitmen pemerintah dalam meningkatkan akses yang terjangkau dan berkualitas bagi masyarakat memiliki keterbatasan pada akses. Hasil survei COIA mengenai eHealth di Indonesia menunjukkan tingkat kesiapan Indonesia mengenai penyediaan *telehealth* di Indonesia berada pada level 1- 2, yaitu membutuhkan banyak sumber daya dalam mewujudkan infrastruktur teknologi *telehealth* (Wiwiko, Zesario, & Aulia, 2016).

Telehealth dalam layanan *homecare* menjadi salah satu solusi perbaikan kesenjangan layanan kesehatan di kondisi geografis Indonesia yang memiliki beberapa daerah terpencil dan perbatasan. Penerapan *telehealth* sangat dianjurkan sebagai upaya peningkatan paradigma sehat di Indonesia. *Telehealth* dapat diterapkan sebagai upaya preventif dan rehabilitatif masyarakat yang memiliki masalah keterbatasan akses ke pelayanan kesehatan. Pengembangan *telehealth* saat ini sudah mulai dirancang, seperti ketersediaan infrastruktur dan jaringan internet di beberapa daerah (Wiwiko, Zesario, & Aulia, 2016). Selain dari ketersediaan infrastruktur, peran pemerintah dalam penerapan *telehealth* sangat dibutuhkan, seperti dalam perancangan peraturan penggunaan *telehealth* pada layanan *homecare*.

Beberapa tantangan yang harus diantisipasi oleh pemerintah dalam merancang *telehealth* di Indonesia adalah akses jaringan di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dan kurangnya kesadaran tenaga kesehatan terhadap manfaat *telehealth*. Pemerintah saat ini dapat memulai memberikan pelatihan pentingnya *telehealth* pada tenaga kesehatan Indonesia. Oleh karena

itu, pemerintah membutuhkan kerjasama lintas sektor dalam mengatasi kesenjangan kesehatan ini, seperti organisasi profesi kesehatan, NGO, CSR, LSM dan komunitas-komunitas yang berfokus pada upaya peningkatan layanan kesehatan.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Peningkatan kualitas hidup masyarakat menjadi salah satu target pemerintah Indonesia. Adanya akses pelayanan kesehatan yang mudah untuk masyarakat menjadi salah satu aspek dalam meningkatkan kualitas hidup manusia. *Telehealth* menjadi solusi dalam meningkatkan kesenjangan pelayanan kesehatan yang disebabkan karena akses. Masih banyaknya daerah tertinggal dan perbatasan menjadi tantangan pemerintah

dalam pengembangan *telehealth*. Jika pembangunan infrastruktur *telehealth* merata hingga Sabang sampai Merauke, maka Nawacita Presiden tercapai dalam peningkatan kualitas hidup.

Perawat memiliki peran dalam upaya peningkatan layanan kesehatan di Indonesia. Intervensi secara holistik menjadi konsep perawat dalam pemberian asuhan. Perawat dapat memanfaatkan perkembangan teknologi dalam layanan *telehealth*. Penerapan layanan ini dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan berupa tindakan preventif dan rehabilitatif. Penggunaan *telehealth* ini sangat efektif dalam layanan *homecare*. Hal ini akan mencapai kesehatan yang mandiri, efektif, dan efisien seiring perkembangan teknologi dan informasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)

REFERENSI

- Demiris, G., Thompson, H., Boquet, J., Le, T., Chaudhuri, S., & Chung, J. (2012). Older adults' acceptance of a community-based telehealth wellness system. *Informatics for Health and Social Care*, 38(January), 1–10. <https://doi.org/10.3109/17538157.2011.647938>
- Farrar, F. C. (2015). Transforming Home Health Nursing with Telehealth Technology. *Nursing Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.03.004>

- Foster, M. V., & Sethares, K. a. (2014). Facilitators and barriers to the adoption of telehealth in older adults: an integrative review. *Computers, Informatics, Nursing : CIN*, 32(11), 523–33. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000105>
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Pusat Komunikasi Publik. <https://doi.org/351.077> Ind r
- NCSBN (Agustus, 1997). *The national council of state boards of nursing position paper on telehealth nursing practice*. April, 2014. https://www.ncsbn.org/14_Telehealth.pdf
- Olson, Christina.A., & Thomas, J.A. (2017). Telehealth: No longer an idea for the future. *Advances in Pediatrics*, 64, 347-370
- Soemitro, Daryo. (Juni, 2016). Tantangan e-kesehatan di indonesia. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, 1-21
- Sri Hariyati, R. T., & Sahar, J. (2012). Perceptions of Nursing Care for Cardiovascular Cases, Knowledge on the Telehealth and Telecardiology in Indonesia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*, 4(2), 115–128
- Taylor, J., Coates, E., Wessels, B., Mountain, G., & Hawley, M. S. (2015). Implementing solutions to improve and expand telehealth adoption: participatory action research in four community healthcare settings. *BMC Health Services Research*, 15(1), 529. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1195-3>
- Tedjasukmana, Deddy. (Maret, 2015). *Indikator telemedicine pada RPJMN 2015-2019*. Disampaikan pada presentasi Direktur Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Saranan Kesehatan RI
- Tenforde, A. S., Hefner, J. E., Kodish-Wachs, J. E., Iaccarino, M. A., & Paganoni, S. (2017). Telehealth in Physical Medicine and Rehabilitation: A Narrative Review. *PM&R*, 9(5), S51–S58. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.02.013>
- VOA Indonesia. *Teknologi Penanganan Kesehatan Jarak Jauh*.(23 Oktober 2017). Diakses dari <https://www.voaindonesia.com/a/teknologi-penanganan-kesehatan-jarakjauh/3428471.html>
- Wiweko, Budi., Zesario, Aulia., & Agung, P.G.(2016). Overview the development of tele health and mobile health application in indonesia. *IEEE*. 16

Kajian Literatur: Penggunaan *Virgin Coconut Oil* Dalam Pencegahan Luka Dekubitus Pada Pasien Imobilitas

Jessica G. Rukmana¹, Renata Komalasari², Shinta Yuliana Hasibuan³

1. Mahasiswa Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan

2. Dosen Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Pelita Harapan

3. Clinical Educator Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Pelita Harapan

Karawaci 15811 Tangerang

E-mail: jessica.rukmana@gmail.com

ABSTRAK

Virgin Coconut Oil (VCO) merupakan minyak kelapa murni yang mengandung asam lemak yang dapat melembutkan kulit dan sebagai *moisturizer* yang dapat meningkatkan hidrasi kulit. Kajian literatur ini bertujuan untuk meninjau efektivitas penggunaan *virgin coconut oil* dalam pencegahan luka dekubitus pada pasien imobilitas. Metode penelitian ini merupakan sebuah kajian literatur. Kata kunci yang digunakan untuk melakukan pencarian literatur meliputi minyak kelapa murni, luka dekubitus, pasien imobilitas, *virgin coconut oil*, *decubitus ulcer*, *immobility patients*. Database yang digunakan adalah Portal Garuda dan Google Scholar. Dari xxx artikel yang teridentifikasi, lima artikel eligible untuk direview. Metode analisis yang digunakan *thematic analysis: simplified approach*. Hasil penelitian ini mengidentifikasi empat tema, meliputi metode pijat yang efektif mencegah luka dekubitus, penggunaan VCO mencegah kejadian luka dekubitus, penggunaan VCO mengurangi efek gesekan dan tekanan serta penggunaan VCO menghambat infeksi jamur dan bakteri. Dapat disimpulkan, VCO efektif dalam pencegahan luka dekubitus pada pasien imobilitas. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan VCO dalam pencegahan luka dekubitus.

Kata Kunci: Luka Dekubitus, Pasien Imobilitas, *Virgin Coconut Oil*

ABSTRACT

Virgin Coconut Oil (VCO) is a pure coconut oil which contains fatty acids that can soften the skin and serve as a moisturizer that can improve the hydration of the skin. This literature review was aimed at exploring the application of virgin coconut oil in the decubitus ulcer prevention for immobile patients. The keywords used consisted of pure coconut oil (minyak kelapa murni), decubitus ulcers (luka dekubitus), immobile patients (pasien imobilitas), virgin coconut oil. The databases included Portal Garuda and, Google Scholar. Of xx Total articles identified, five were reviewed. The method of analysis used thematic analysis: simplified approach. The results of this study found four themes, namely effective massage methods to prevent decubitus ulcers, the use of VCO to prevent the incidence of decubitus ulcer, the use of VCO reduces the effects of friction and pressure and the use of VCO inhibits candida and bacterial infections. It can be concluded that VCO is effective to prevent sores in immobile patients. Future study is needed to identify factors affecting VCO effectiveness in the prevention of decubitus ulcers.

Keywords: Decubitus Ulcer, Imobility Patients, *Virgin Coconut Oil*

PENDAHULUAN

Keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara aktif atau bebas dikarenakan kondisi yang mengganggu aktivitas dapat disebut imobilitas atau tirah baring (Rismawan, 2014). Dampak negatif imobilitas terhadap fisik yaitu kerusakan

integritas kulit salah satunya yaitu ulkus dekubitus atau luka tekan (Asmadi, 2008). Rismawan (2014) mengungkapkan, beberapa kondisi dapat menyebabkan terjadinya imobilisasi diantaranya gangguan sendi dan tulang, penyakit yang berhubungan dengan saraf, penyakit yang

berhubungan dengan jantung dan pernapasan serta penyakit kritis yang memerlukan tirah baring. Dekubitus sering ditemukan pada pasien tirah baring atau imobilitas dalam waktu lama (Rubenstein *et al*, 2007).

Potter & Perry (2013) mengungkapkan bahwa luka tekanan, luka dekubitus atau luka baring adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan tekanan yang lama dan tak henti-henti. Luka dekubitus atau luka tekan merupakan kondisi yang paling sering dialami oleh individu yang mengalami imobilitas lama (Marrelli, 2007). Tekanan dan toleransi jaringan dapat menyebabkan luka tekan atau luka dekubitus (Setiani, 2014). Bryant (2007) menyatakan patofisiologi terbentuknya luka tekan secara primer disebabkan tekanan konstan yang cukup lama dari luar. Daerah yang sering terjadi luka tekan adalah tonjolan tulang yang mendapat atau mengalami tekanan. Ulkus dekubitus terjadi di atas tonjolan tulang pelvis sebanyak 95% (Marrelli, 2007).

Beberapa usaha dapat dilakukan sebagai tindakan intervensi pencegahan luka dekubitus seperti perawatan luka, obat topikal, kasur terapeutik dan edukasi (Mutia *et al*, 2015). Merawat kulit merupakan

tindakan perawatan pada kulit yang berisiko terjadi kerusakan integritas kulit, khususnya pada daerah yang mengalami tekanan atau tonjolan (Uliyah & Hidayat, 2008). Merawat kulit dengan memberikan topikal yang berfungsi untuk melembabkan kulit pada daerah yang berisiko terjadinya luka tekan.

Virgin Coconut Oil (VCO) merupakan minyak kelapa murni yang dihasilkan dari proses pengolahan daging buah kelapa tanpa melakukan pemanasan atau melalui pemanasan dengan suhu rendah sehingga menghasilkan minyak dengan warna yang jernih serta bebas dari radikal bebas akibat pemanasan (Handayani *et al*, 2011). Lucida *et al* (2008) mengungkapkan kandungan asam lemak (terutama asam laurat dan oleat) dalam VCO memiliki sifat yang dapat melembutkan kulit. VCO efektif digunakan sebagai *moisturizer* pada kulit sehingga dapat meningkatkan hidrasi kulit dan mempercepat penyembuhan pada kulit (Agero & Verallo-Rowell, 2004; Lucida *et al*, 2008).

Berdasarkan pengamatan penulis selama praktik di ruang Intensive Care Unit Siloam *Hospitals* Kebon Jeruk, hampir semua pasien yang dirawat adalah pasien dalam keadaan imobilitas atau tirah baring lama.

Lama rawat pasien di ICU beragam, dari seminggu sampai tiga bulan hari perawatan. Kondisi penyakit yang dialami pasien ICU Kebon Jeruk adalah cedera tulang, penyakit yang berhubungan dengan saraf, penyakit yang berhubungan dengan jantung dan pernapasan, serta penyakit kritis yang memerlukan istirahat seperti sepsis. Sejak pertama kali dinas di ruangan ICU (08 Mei 2017) sampai saat ini (30 Juni 2017), penulis telah mengamati setiap setelah mandi dan merubah posisi miring kanan-miring kiri (dua jam sekali), tubuh bagian belakang setiap pasien selalu diolesi VCO. Sebagian pasien memakai *lotion* atau minyak zaitun, tetapi perawat di ruang ICU lebih banyak memakai VCO karena tersedia di ruang ICU *Siloam Hospitals Kebon Jeruk*.

Beberapa peneliti telah membuktikan efektivitas *virgin coconut oil* untuk mencegah luka dekubitus pada pasien di *Intensive Care Unit* (Setiani, 2014) dan pada pasien yang dirawat dengan imobilisasi (Sihombing et al, 2016). Pertimbangan-pertimbangan ini yang menarik minat penulis untuk melakukan penelitian mengenai efektivitas penggunaan *virgin coconut oil* terhadap pencegahan luka dekubitus pada pasien imobilitas.

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan kajian literatur studi kuantitatif dengan *experimental design* guna memperoleh keefektifan penggunaan *virgin coconut oil* dalam pencegahan luka dekubitus pada pasien imobilitas. Kata kunci yang digunakan untuk melakukan pencarian literatur *didatabase* adalah kunci pertama “Luka Dekubitus AND Minyak Kelapa Murni AND Pasien Imobilitas” dan kata kunci kedua “*Decubitus Ulcer AND Virgin Coconut Oil AND Immobility Patients*”. *Database* yang digunakan meliputi Portal Garuda dan Google *Scholar*. Hasil dari pencarian literatur akan penulis dokumentasikan ke dalam bagan PRISMA.

Kriteria inklusi dalam kajian literatur ini adalah artikel dalam berbentuk *full-text*, berbahasa Indonesia dan Inggris yang diterbitkan dalam rentang 10 tahun terakhir (2007-2017), artikel menggunakan metode penelitian kuantitatif dan sampel penelitian adalah pasien dewasa yang mengalami imobilitas dan belum memiliki luka dekubitus. Kriteria eksklusinya adalah artikel yang merupakan pendapat ahli atau komentar pakar, *literature review* dan sampel penelitian adalah pasien anak.

Menurut Wager dan Wiffen (2011) terdapat beberapa standar etik ketika melakukan kajian literatur. Pertama, hindari duplikat publikasi dengan cara menyeleksi artikel yang sama pada setiap *database* yang digunakan agar tidak terjadi *double counting*. Penulis mencantumkan kajian literatur pada judul untuk menunjukkan penelitian yang dilakukan adalah kajian literatur. Kedua, hindari plagiat dengan cara mengutip hasil penelitian orang lain. Penulis menggunakan sitasi *in-text* atau *end-text* dan mencantumkan referensi dengan menggunakan ketentuan *APA style* untuk mencegah plagiarisme.

Ke tiga, memastikan data yang dipublikasikan telah diekstraksi secara akurat dan tidak adanya indikasi untuk mencoba mencondongkan data ke arah tertentu. Keempat, transparansi dengan cara memaparkan segala sesuatu yang terjadi selama penelitian dengan jelas dan terbuka, misalnya dalam hal pendanaan atau alasan penulis lebih memilih artikel satu dibanding yang lainnya (Wager & Wiffen, 2011). Standar etik inilah yang akan penulis gunakan untuk melakukan *literature review*.

Dalam pembuatan kajian literatur ini, penulis tidak menggunakan pengambilan

data dari responden atau partisipan. Kajian literatur ini merupakan hasil evaluasi dan analisa dari berbagai literatur yang didapatkan oleh penulis dari berbagai *database*. Oleh karena itu, penulis mendapat izin legalitas dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Pelita Harapan melalui uji etik *Research Comunity Service and Technical Service*.

Setelah menyusun strategi pencarian dan pertimbangan etik penelitian, penulis menentukan metode untuk menganalisa data guna menjawab pertanyaan penelitian dari *literature review* ini. Analisa data pada kajian literatur dimulai dengan *critical appraisal* dari Aveyard (2010). Untuk melakukan *critical appraisal*, penulis membutuhkan instrumen untuk menilai artikel-artikel yang penulis gunakan. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan tujuh pertanyaan dari Woolliams *et al* dalam Aveyard (2010) untuk melakukan *critical appraisal*.

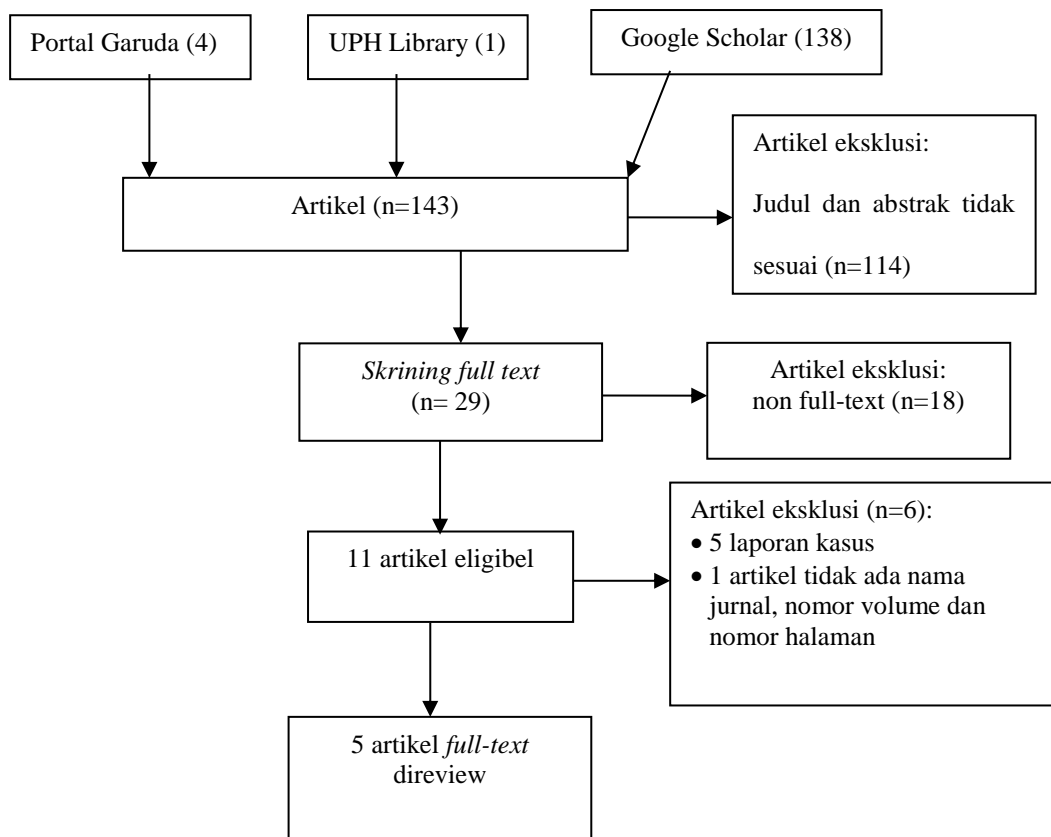
Pendekatan yang digunakan dalam menganalisa data yang telah dikritisi pada penelitian ini adalah *simplified approach*. Menurut Aveyard (2010), pendekatan ini adalah sebuah pendekatan bertujuan untuk menyimpulkan artikel yang berkualitas dengan metode yang berbeda guna

menjawab pertanyaan penelitian kajian literatur bagi pemula, yang biasanya digunakan oleh mahasiswa atau *undergraduate* untuk melakukan kajian literatur dibidang kesehatan maupun sosial.

HASIL

Kajian literatur dilakukan dari pertengahan bulan November 2017 hingga awal bulan Januari 2018. Total artikel yang didapatkan dari pencarian menggunakan kata kunci pertama dan kedua melalui tiga *database* adalah 143 artikel dan artikel yang dianalisis berjumlah lima artikel. Hasil pencarian juga disajikan dalam bentuk bagan di bawah ini seperti yang disarankan oleh PRISMA (2009).

Diagram 1
Flow diagram hasil pencarian literatur dan pemilihan studi. Sumber Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group (2009).



Pada proses pencarian artikel, ditemukan sebanyak 114 artikel yang tidak sesuai judul dan tujuan penelitian, 18 artikel yang tidak *full-text*, yang kemudian dikeluarkan dari daftar artikel yang akan dikaji, sehingga tersisa 11 artikel *full-text* untuk dikaji dari abstrak dan judul dengan kriteria inklusi. Berdasarkan hasil pengkajian, terdapat 6 artikel *full-text* yang dikeluarkan, yaitu lima laporan kasus dan satu artikel yang tidak ada nama jurnal, nomor volume dan nomor halaman. Setelah dilakukan seleksi, didapatkan lima artikel *full-text* yang sesuai dengan kriteria inklusi dan akan digunakan dalam melakukan kajian literatur.

Kajian literatur ini menggunakan empat artikel penelitian dengan desain *quasi-experimental* dan satu penelitian dengan desain *longitudinal eksperimental*. Empat penelitian dilakukan pada populasi Indonesia dan satu penelitian pada populasi India. Total sampel yang terlibat dalam penelitian adalah 188 partisipan. Tema yang ditemukan berdasarkan pernyataan hasil penelitian yang menjawab pertanyaan *literature review* yang telah penulis rangkum pada tahap pertama analisis *simplified approach* dalam tabel hasil *literature review*.

Tabel 1
Hasil *Literatur Review*

Peneliti, Tahun, Judul	Metode Pijat Yang Efektif Mencegah Luka Dekubitus	Penggunaan VCO Mencegah Kejadian Luka Dekubitus	Penggunaan VCO Mengurangi Efek Gesekan Dan Tekanan	Penggunaan VCO Menghambat Infeksi Jamur dan Bakteri
Penulis: Setiani. (2014) Judul: Efektivitas <i>Massage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> Terhadap Pencegahan Luka Tekan di <i>Intensive Care Unit</i>	<i>Massage effleurage</i> dengan VCO di daerah skapula, sakrum dan tumit.	Tidak terjadi luka tekan pada responden.	VCO dapat digunakan sebagai pelumas sehingga dapat mengurangi efek gesekan dan tekanan.	Asam lemak antiseptik pada minyak kelapa membantu mencegah infeksi jamur dan bakteri.

<p>Penulis: Handayani <i>et al.</i> (2011)</p> <p>Judul: Pencegahan Luka Tekan Melalui Pijat Menggunakan <i>Virgin Coconut Oil</i></p>	<p><i>Massage Effleurage</i> di daerah skapula, sakrum, dan tumit.</p>	<p>Tidak terjadi luka tekan pada responden.</p>	<p>Kandungan dalam VCO dapat membantu mengurangi gesekan dan tekanan.</p>	<p>VCO secara topikal dapat menghambat infeksi jamur sebagai faktor yang menurunkan resistensi jaringan.</p>
<p>Penulis: Sihombing <i>et al.</i> (2016)</p> <p>Judul: <i>The Effectiveness Of Back Massage Using Virgin Coconut Oil and White Petroleum Jelly To Prevent Pressure Sores</i></p>	<p>Pijat punggung dengan menggunakan VCO menurunkan resiko terjadinya luka tekan.</p>	<p>Terjadi luka tekan sebanyak 5 responden dari 25 total responden.</p>		
<p>Penulis: Dhikhil, <i>et al.</i> (2014)</p> <p>Judul <i>Effect of Coconut Oil Usage in Risk of Pressure Ulcers Among Bedridden Patients of Selected Hospitals in North India</i></p>	<p>Pijat punggung dengan menggunakan VCO.</p>	<p>Tidak terjadi luka tekan pada responden.</p>		

<p>Penulis: Marina <i>et al.</i> (2013)</p> <p>Judul: Pencegahan Kejadian Luka Tekan Melalui Masase <i>Virgin Coconut Oil</i> Pada Pasien dengan Imobilisasi</p>	<p>Pijat menggunakan VCO pada titik penonjolan tulang, yaitu daun telinga, skapula, siku, sakrum, bokong, pinggul, lutut, pergelangan kaki dan tumit.</p>	<p>Tidak terjadi luka tekan pada responden.</p>		
--	---	---	--	--

PEMBAHASAN

Metode Pijat Yang Efektif Mencegah Luka Dekubitus

Pada kajian literatur ini terdapat lima artikel yang membahas jenis pijat menggunakan *virgin coconut oil*. Terdapat dua artikel penelitian yang mengungkapkan bahwa intervensi yang dilakukan yaitu *massage effleurage* dengan VCO (Setiani, 2014 & Handayani *et al.*, 2011). Dua artikel penelitian yang melaporkan intervensi yang dilakukan yaitu pijat punggung menggunakan VCO (Sihombing *et al.*, 2016 & Dhikhil *et al.*, 2016). Terdapat satu artikel yang menyatakan bahwa intervensi yang dilakukan adalah pijat pada titik-titik penonjolan tulang (Marina *et al.*, 2013).

Mituhu *et al.* (2011) menyatakan bahwa tindakan masase punggung dapat merubah tekanan dan melancarkan peredaran darah pada area tertekan sehingga mencegah

dekubitus. Penggunaan VCO dengan pijat tidak hanya dapat meningkatkan relaksasi otot dan meningkatkan sirkulasi, tetapi juga dapat meningkatkan absorpsi kandungan biologis VCO melalui kulit (Handayani *et al.*, 2011 & Sihombing *et al.*, 2016).

Penggunaan VCO Mencegah Kejadian Luka Dekubitus

Berdasarkan hasil pengkajian pada kelima artikel penelitian, didapatkan rentang rata-rata kejadian luka dekubitus adalah nol (0) responden sampai lima (5) responden. Empat artikel mengatakan tidak ada terjadi luka dekubitus pada responden kelompok VCO. Satu artikel penelitian menyatakan kejadian luka dekubitus sebanyak lima (5) responden dari total 25 responden.

Luka dekubitus dapat disebabkan oleh paparan keringat, darah, urin dan feses (Al

Rasyid & Misbach, 2015). Pasien imobilitas sangat rentan untuk terkena paparan keringat urine atau feses karena ketidakmampuan untuk mobilitas. *Virgin Coconut Oil* dapat diberikan sebagai bahan topikal yang berfungsi menjadi pelembab untuk mencegah kulit kering dan sebagai bahan topikal untuk meminimalkan paparan keringat berlebihan, urin atau feses karena sifatnya sebagai minyak yang tidak dapat bercampur dengan air (Setiani, 2014).

National Guideline Clearinghouse (NGC) & *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (2010) mengungkapkan bahwa salah satu pencegahan luka dekubitus adalah memberikan topikal seperti krim, minyak pelumas atau salep yang diperlukan untuk melindungi dan merawat kulit utuh, atau untuk merawat sel yang tidak utuh. Lucida *et al* (2008) juga menyatakan bahwa kandungan asam lemak (terutama asam laurat dan oleat) dalam VCO memiliki sifat yang dapat melembutkan kulit. Selain itu, molekul *medium chain fatty acids* (MCFA) yang kecil dalam VCO mudah diabsorpsi permukaan kulit (Handayani *et al*, 2011).

Penggunaan VCO Mengurangi Efek Gesekan Dan Tekanan

Pada kajian literatur ini terdapat dua artikel yang membahas penggunaan VCO dapat mengurangi efek gesekan dan tekanan (Setiani, 2014 & Handayani *et al*, 2011). Menurut *National Guideline Clearinghouse* (NGC) & *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) (2010), salah satu pencegahan luka dekubitus adalah memperkecil atau menghilangkan gesekan dan tekanan. Secara berkala, gunakan minyak pelumas *hypoallergenic*, krim atau *lotion* yang dapat menurunkan tekanan dan gesekan (*National Guideline Clearinghouse & Institute for Clinical Systems Improvement*, 2010). *Virgin coconut oil* dapat digunakan sebagai topikal pencegahan luka dekubitus karena kandungan yang beragam. Proses pembuatan VCO yang diolah dengan minimal pemanasan atau tanpa pemanasan sama sekali dapat menghasilkan minyak kelapa dengan tekstur yang lembut dan berwarna jernih serta beraroma kelapa segar (Handayani *et al*, 2011).

Penggunaan VCO Menghambat Infeksi Jamur dan Bakteri

Pada kajian literatur ini terdapat dua artikel yang membahas penggunaan VCO pada pasien imobilitas untuk menghambat infeksi

jamur dan bakteri (Setiani, 2014 & Handayani *et al*, 2011). Penelitian oleh Rajan *et al* (2016), menerangkan bahwa minyak kelapa murni diekstrak dan dijernihkan dengan metode filtrasi yang membuktikan bahwa minyak kelapa murni telah dapat menghambat perkembangan jamur. Menurut Setiani (2014), asam lemak yang terkandung pada minyak kelapa tidak langsung berfungsi sebagai anti-mikroba namun akan bereaksi dengan bakteri-bakteri kulit menjadi bentuk asam lemak bebas seperti yang terkandung dalam sebum (sebum mengandung *uric acid* dan asam laktat). Pada tema ini disimpulkan bahwa topikal VCO dapat menghambat infeksi jamur dan bakteri dalam pencegahan luka dekubitus.

KESIMPULAN

Penelitian kajian literatur ini telah mengkaji lima artikel yang didapatkan dari tiga *database* dengan menggunakan beberapa kata kunci. Dari hasil pencarian, didapatkan 143 artikel yang kemudian diperiksa kembali menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi hingga menyisakan lima artikel. Seluruh artikel yang digunakan dalam kajian literatur ini menjelaskan penelitian yang menggunakan metode penelitian

kuantitatif dengan desain *longitudinal experimental* dan *quasi experimental*.

Pada kajian literatur ini, didapatkan hasil bahwa rentang rata-rata kejadian luka dekubitus pada pasien imobilitas yang menggunakan VCO adalah nol sampai lima responden. Hal itu menunjukkan bahwa *virgin coconut oil* efektif dalam pencegahan luka dekubitus pada pasien imobilitas karena dapat mengurangi efek gesekan dan tekanan. Selain itu, VCO dapat menjadi penghambat infeksi jamur dan bakteri untuk mencegah adanya infeksi. Berdasarkan kesimpulan kajian literatur, maka *virgin coconut oil* direkomendasikan untuk digunakan pada pasien imobilitas dengan resiko jatuh rendah, sedang dan tinggi.

SARAN

Penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan VCO dalam pencegahan luka dekubitus. Berdasarkan review ini, dibutuhkan pembuatan SOP pencegahan luka dekubitus dengan menggunakan VCO pada pasien imobilitas di Indonesia karena dapat mencegah kejadian luka dekubitus, sehingga dapat mengurangi lama hari rawat dan biaya pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agero, A. L & Verallo-Rowell, V. M. (2004). A Randomized Double-Blind Controlled Trial Comparing Extra Virgin Coconut Oil As A Moisturizer For Mild To Moderate Xerosis. *Dermatitis*, 15 (3), 109-116.
- Alrasyid & Misbach, J. (2016). *Komplikasi Medis dan Tata Laksana*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide. 2nd ed.* Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Bryant, R. A. (2007). *Acute and Chronic Wounds Nursing Management, Second Edition*. Missouri: Mosby Inc.
- Dhikhil, *et al.* (2007). Effect of Coconut Oil Usage in Risk of Pressure Ulcers Among Bedridden Patients of Selected Hospitals in North India. *Dhikhil C D et al, iP-Planet, Vol 1 (2)*, 71-78, 2014.
- Handayani *et al.* (2011). Pencegahan Luka Tekan Melalui Pijat Menggunakan *Virgin Coconut Oil*. *Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 14, No. 3*, November 2011; hal. 141-148.
- Lucida *et al.* (2008). Uji Daya Peningkat Penetrasi *Virgin Coconut Oil* (VCO) Dalam Basis Krim. *Jurnal Sains dan Teknologi Farmasi, Vol. 13, No. 1, 2008*, hal. 23-30.
- Marina *et al.* (2015). Pencegahan Kejadian Luka Tekan Melalui Masase *Virgin Coconut Oil* Pada Pasien dengan Imobilisasi. *Nursing Current Vol. 1* Januari 2013-Juni 2013.
- Marrelli, T. M. (2007). *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan, Ed. 3*. Jakarta: EGC.
- Mituhu *et al.* (2011). Efektifitas Pemberian Masase Punggung Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Tirah Baringdi RSUD Kajen Kab Pekalongan. *J. Keperawatan dan Kebidanan (JIKK). Vol. 1 No. 4, Juni 2011 : 196-204*
- Mutia *et al.* (2015). Profil Penderita Ulkus Dekubitus Yang Menjalani Tirah Baring Di Ruang Rawat Inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Periode Januari 2011-Desember 2013. *JOM FK Volume 2 No. 2* hal. 1-11. 2015.
- National Guideline Clearinghouse (NGC) & Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2010. *Pressure ulcer prevention and treatment. Health Care Protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- Potter, P. A & Perry, A. G. (2013). *Fundamental of Nursing, Eight Edition*. Canada: Mosby Elsevier.

- Rajan *et al.* (2016). A Study on In-Vitro Antimicrobial Activity of Coconut Water and Coconut Oil on Candida Species. *Rajan et al., World J Pharm Sci* 2016; 4(12): 266-268
- Rismawan, W. (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Klien Tentang Pencegahan Dekubitus Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Bedrest Total Di RS Dr. Soekardjo Tasikmalaya Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bukti Tunas Husada Volume 12 No. 1*, hal. 112-127.
- Rubenstein *et al.* (2007). *Lecture Notes: Kedokteran Klinis, Edisi Keenam*. Jakarta: Erlangga.
- Setiani, D. (2014). Efektivitas Massage Dengan Virgin Coconut Oil Terhadap Pencegahan Luka Tekan Di Intensive Care Unit. *Jurnal Husada Mahakam Volume III No. 8*, hal. 389-442.
- Sihombing *et al.* (2016). The Effectiveness of Back Massage Using Virgin Coconut Oil and White Petroleum Jelly To Prevent Pressure Sores. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 1(2)*, hal. 1-9.
- Uliyah, M & Hidayat, A. A. A. (2008). *Praktikum Keterampilan Dasar Praktik Klinik: Aplikasi Dasar-dasar Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wager, E & Wiffen, P. J. (2011). Ethical issues in preparing and publishing systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine, 4(2)*, hal. 130- 134.

PETUNJUK PENULISAN JURNAL NURSING CURRENT

The Journal of Nursing Current (NC) terbit dua kali setahun. Jurnal ini bertujuan menjadi media untuk meregistrasi, mendiseminasi, dan mengarsip karya perawat peneliti di Indonesia. Karya yang dipublikasikan dalam jurnal ini secara tidak langsung diakui sebagai karya kecendekiawanan penulis dalam bidang keperawatan. Artikel dapat meliputi sub-bidang keperawatan dasar, keperawatan dewasa, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan jiwa, keperawatan gerontik, keperawatan keluarga, keperawatan komunitas, manajemen keperawatan, dan pendidikan keperawatan. Jenis artikel yang diterima redaksi adalah hasil penelitian, tinjauan pustaka (*literature review*) atau laporan kasus. *Literature review* berisi telaah kepustakaan berbagai sub-bidang keperawatan. Laporan kasus berisi artikel yang mengulas kasus di lapangan yang cukup menarik dan baik untuk disebarluaskan kepada kalangan sejawat. Penulisan setiap jenis artikel harus mengikuti petunjuk penulisan yang diuraikan berikut ini. Petunjuk ini dibuat untuk meningkatkan kualitas artikel dalam NC. Petunjuk penulisan meliputi petunjuk umum, persiapan naskah, dan pengiriman naskah.

Panduan Bagi Penulis

Naskah yang dikirim ke NC merupakan karya asli dan belum pernah dipublikasikan sebelumnya. Naskah yang telah diterbitkan menjadi hak milik redaksi dan naskah tidak boleh diterbitkan lagi dalam bentuk apapun tanpa persetujuan dari redaksi. Naskah yang pernah diterbitkan sebelumnya tidak akan dipertimbangkan oleh redaksi.

Nursing Current (NC) is a biannually publication which aims to be a media for registering, disseminating, and archiving the work of Indonesian nurse researchers. The works published in this journal are not directly recognized as the work of nurse scholars in the field of nursing. Articles include sub field of foundation of nursing practice, adult nursing, pediatric, maternity, mental health, gerontic nursing, family nursing, community nursing, nursing management, and nursing education. Articles received by the NC Editorial including research, literature review or case report. Literature review contains of various sub-fields of nursing. Case report contains articles which review the interesting cases in the field and useful to be disseminated to the peer. Article writing should follow the instructions outlined below. These instructions were made to improve the quality of articles in NC. Instructions include general guideline writing, manuscript preparation, and delivery of the manuscript.

Guidelines for Authors

Manuscript sent to NC is original work and has never been published before. The manuscript that has been published become the property of the editorial and should not be published again in any form without the consent from the editor. Previously published manuscripts will not be considered by the editors.

Selama naskah dalam proses penyuntingan (*editing*), penulis tidak diperkenankan memasukkan naskah tersebut pada jurnal lain sampai ada ketetapan naskah diterima atau ditolak oleh redaksi NC.

Naskah harus ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris, dengan judul, abstrak, dan kata kunci dalam bahasa Indonesia dan Inggris dengan menggunakan format seperti tertuang dalam petunjuk penulisan ini. Semua naskah yang masuk akan disunting oleh dewan editor (*Editorial board/EB*), dan teknikal editor (*TE*). NC akan mengirimkan naskah kepada penyunting secara anonim sehingga identitas penulis dan penyunting dapat dijaga kerahasiaannya.

Review Secara Anonim

Naskah akan direview secara anonim oleh periview sesuai bidang keahlian topik naskah. Pada halaman judul, penulis diminta hanya menulis judul artikel, tidak perlu menulis nama atau institusinya. Halaman judul ini tidak akan diberikan kepada periview, dan identitas periview tidak akan diberitahukan kepada penulis.

Petunjuk Persiapan Naskah

*Persiapan naskah meliputi format pengetikan naskah dan penulisan isi setiap bagian naskah. Penulis perlu memastikan naskahnya tidak ada kesalahan pengetikan. Ketentuan **Format Naskah** sebagai berikut:*

1. Naskah ditulis 2500-3000 kata, jenis huruf "Times New Roman" dalam ukuran 12 (kecuali judul dengan font 14 dan abstrak font 10), 1,5 spasi, pada kertas ukuran A4. Batas/margin tulisan pada empat sisi berjarak 2,54 cm. Tanpa indentasi dan menggunakan spasi antar paragraf.
2. Nomor halaman ditulis pada pojok kanan atas.
3. Gambar dan tabel tidak dikelompokkan tersendiri melainkan terintegrasi dengan naskah.

*During the process of editing scripts (*editing*), the author is not allowed to enter the manuscript in another journal with no provision whether it is accepted or rejected by the NC Editor.*

The manuscript must be written in Bahasa Indonesia or English, with the title, abstract, and keywords in Bahasa Indonesia and English using the format as attach in the writing instructions. All the incoming manuscripts will be edited by the editorial board (EB), and technical editor (TE). NC will send the manuscript to the editor so that the identity of the anonymous authors and editors can be kept confidential.

Anonymous Review

Manuscripts are reviewed anonymously by peer reviewers with expertise in the manuscript topic area. Authors should not identify themselves or their institutions other than on the title page. The title page will not be seen by reviewers, and reviewers' identities will not be revealed to authors.

Manuscript Preparation Instructions

Preparation of manuscripts includes manuscript typing format and content of each part of the manuscript. Writers need to make sure there are no typos in the script. Manuscript format provisions as follows:

1. The manuscript is written 2500-3000 words, font "Times New Roman" in size 12 (except the title-font 14 and abstract-font 10), 1,5 space, in A4 paper size. Margin in each of side is one inch (2,54 cm). Without indents and uses spaces between paragraphs.
2. Page numbers is written on the upper right corner.
3. Figures and tables are not grouped separately but integrated with the text/manuscript.

Bagian dari naskah hasil penelitian ditulis dengan urutan IMRAD. Secara rinci meliputi bagian;

1. Judul
2. Data lengkap penulis
3. Abstrak (Indonesia dan Inggris)
4. Kata Kunci (Indonesia dan Inggris)
5. Pendahuluan
6. Metode
7. Hasil
8. Pembahasan (mencakup keterbatasan penelitian)
9. Kesimpulan
10. Ucapan terima kasih
11. Referensi

Petunjuk Pengiriman Naskah

Naskah yang telah memenuhi ketentuan dalam petunjuk penulisan dikirimkan dalam bentuk *hardcopy* dan *softcopy* dalam CD. Penulis harus memastikan *file* yang dikirim bebas virus. Naskah dikirimkan ke Sekretariat *Nursing Current*.

Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan
Universitas Pelita Harapan
Jalan Jendral Sudirman Boulevard no 15
Gedung Lama Fakultas Kedokteran UPH
Tangerang 15811 – Indonesia
Atau melalui email: nursingcurrent@uph.edu

Penulisan uraian bagian naskah mengikuti ketentuan berikut:

JUDUL

(semua huruf besar, font 14, bold, center)

Judul publikasi (berbeda dari judul penelitian), ditulis dengan mencakup kata kunci utama dan tidak menggunakan singkatan, 12-14 kata. Penulis perlu menuliskan juga judul pendek yang diinginkan ditulis sebagai *page header* di setiap halaman jurnal. Penulis **tidak** menuliskan kata studi/hubungan/pengaruh dalam judul publikasi. Contoh: Penurunan gula darah melalui latihan senam DM pada lansia.

Part of text / manuscript written with the IMRAD order. In detail parts;

1. Title
2. Author data
3. Abstract (Indonesian and English)
4. Keywords (Indonesian and English)
5. Introduction
6. Method
7. Result
8. Discussion (including limitations of the study)
9. Conclusion
10. Acknowledgements
11. References

Manuscript Delivery Instructions

The manuscript that has complied with the instructions of writing submitted in hardcopy and softcopy on CD. Authors must ensure that the file sent is free of viruses. Manuscript submitted to the Secretariat of Nursing Current.

Faculty of Nursing and Allied Health
Universitas Pelita Harapan
Jendral Sudirman Boulevard no 15
Gedung Lama Fakultas Kedokteran UPH
Tangerang 15811 – Indonesia
Or via email: nursingcurrent@uph.edu

Writing the description section of manuscripts complies with the following:

TITLE

(All uppercase, font 14, center)

The title of the publication (different from the title of the study), written by including keywords and do not use abbreviations, 12-14 words. Writers need to write a short title that has desired to be written on the page header every page of the journal. The author do not write a word of study / relationship / influence in the title of the publication. Example: Decrease in blood sugar through gymnastics DM in the elderly.

Penulis

(font 12, center)

Nama lengkap penulis (tanpa gelar) terletak di bawah judul. Urutan penulis berdasar kontribusi dalam proses penulisan (lihat panduan penulisan Dikti tentang petunjuk sistem skor untuk penentuan hak kepengarangan bersama sebuah karya tulis ilmiah).

Data Penulis

(font 10, center)

Nama lengkap penulis beserta dengan gelar dan afiliasi penulis. Alamat korespondensi (salah satu penulis) meliputi alamat pos dan *e-mail*. Contoh: Yakobus Siswandi, BSN, MSN. Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Pelita Harapan, Gedung Kedokteran Lantai 4 Lippo Karawaci. E-mail: yakobus@yahoo.co.id.

Abstrak

(font, 10, bold)

Abstrak ditulis menggunakan **bahasa Indonesia** dan **Inggris**. Jumlah kata tidak melebihi 200 kata, tidak ada kutipan dan singkatan/akronim. Abstrak harus diawali dengan **pendahuluan** (latar belakang, masalah, dan tujuan). **Metode** (desain, sampel, cara pengumpulan, dan analisis data). **Hasil** yang ditulis adalah hasil riset yang diperoleh untuk menjawab masalah riset secara langsung. Tuliskan satu atau dua kalimat untuk mendiskusikan hasil dan **kesimpulan**. **Rekomendasi** dari hasil penelitian dituliskan dengan jelas.

Kata kunci: kata kunci ditulis menggunakan **bahasa Indonesia** dan **Inggris**. Berisi kata atau frase maksimal enam kata, diurutkan berdasarkan abjad.

Author

(Font 12, center)

The full name of author (without a degree) is located under the title. The order of the authors based on contributions in the writing process (see the posting of Higher Education on the instructions of a scoring system for determining the rights of authorship of a scientific paper).

Author Data

(Font 10, center)

The full name of the author, the title and author affiliations. Correspondence address (one of the authors) include postal address and e-mail. Example: Yakobus Siswandi, BSN, MSN. Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Allied Health Universitas Pelita Harapan, Medical Building 4th Floor Lippo Village. E-mail: yakobus@yahoo.co.id.

Abstract

(Font, 10, bold)

Abstract written in Bahasa Indonesia and English. Word count does not exceed 200 words, no citations and abbreviations / acronyms. Abstracts must be preceded by the introduction (background, issues, and goals). Methods (design, sampling, collection method, and data analysis). The results which is written is the result of the research obtained to answer the research problem directly. Write one or two sentences to discuss the results and conclusions. Recommendations from the study clearly written.

Keywords: keywords written in Bahasa Indonesia and English. Containing the word or phrase, with maximum of six words, sorted alphabetically.

Pendahuluan

(font 14, bold)

Pendahuluan berisi justifikasi pentingnya penelitian dilakukan. Kebaruan hal yang dihasilkan dari penelitian ini dibandingkan hasil penelitian sebelumnya perlu ditampilkan dengan jelas. Nyatakan satu kalimat pertanyaan (masalah penelitian) yang perlu untuk menjawab seluruh kegiatan penelitian yang dilakukan penulis. Penulisan pendahuluan **tidak** melebihi enam paragraf.

Metode

(font 14, bold)

Metode menjelaskan desain, sampel, instrumen, prosedur pengambilan, pengolahan, dan analisis data, serta etika pengambilan data.

Hasil

(font 14, bold)

Hasil dinyatakan berdasarkan tujuan penelitian. Pada hasil tidak menampilkan data yang sama dalam dua bentuk yaitu tabel/gambar/grafik. Kutipan tidak ada pada bagian hasil. Nilai rerata (*mean*) harus disertai dengan standar deviasi. Penulisan tabel menggunakan ketentuan berikut:

- Tabel hanya menggunakan 3 garis *row* (tanpa garis kolom)
- Penulisan nilai rerata (*mean*), SD, dan uji t menyertakan nilai 95% CI (Confidence Interval). Penulisan kemaknaan tidak menyebutkan *p* lebih dahulu. Contoh: Rerata umur kelompok intervensi 25,4 tahun (95% CI). Berdasarkan uji lanjut antara kelompok intervensi dan kontrol didapatkan hasil yang bermakna ($p=0,001$; $\alpha=0,005$)

Introduction

(Font 14, bold)

Introduction provides justification for the importance of the research conducted. New thing resulted from this study compared to the previous research results need to be displayed clearly. State one sentence question (research issues) that need to answer all the research activities of the author. Writing introductory does not exceed six paragraph.

Method

(Font 14, bold)

The method describes the design, sample, instruments, data collecting procedures, processing, data analysis, and the ethics of data collection.

Result

(Font 14, bold)

*The results stated based on the research goals. In the results do not display the same data in two forms, for example tables / images / graphics. No citations in the results section. Average value (*mean*) must be accompanied by the standard deviation. Writing tables should use the following terms:*

- ▲ *Table row using only 3 lines (no line column)*
- ▲ *Writing average value (*mean*), SD, and t-test should include the value of 95% CI (Confidence Interval). Writing the significance do not mention *p* first. Example: The mean age of the intervention group was 25.4 years (95% CI). Based on further test between intervention and control groups obtained significant results ($p = 0.001$; $\alpha = 0.005$)*

Pembahasan

(font 14, bold)

Uraian pembahasan dengan cara membandingkan data yang diperoleh saat ini dengan data yang diperoleh pada penelitian/tinjauan sebelumnya. Tidak ada lagi angka statistik dalam pembahasan. Pembahasan diarahkan pada jawaban terhadap hipotesis penelitian. Penekanan diberikan pada kesamaan, perbedaan, keunikan serta keterbatasan (jika ada) hasil yang peneliti peroleh. Peneliti melakukan pembahasan mengapa hasil penelitian menjadi seperti itu. Pembahasan diakhiri dengan memberikan rekomendasi penelitian yang akan datang berkaitan dengan topik tersebut.

Kesimpulan

(font 14, bold)

Kesimpulan merupakan jawaban hipotesis yang mengarah pada tujuan penelitian. Peneliti perlu mengemukakan implikasi hasil penelitian untuk memperjelas dampak hasil penelitian ini pada kemajuan bidang ilmu yang diteliti. Saran untuk penelitian lebih lanjut dapat ditulis pada bagian ini.

Ucapan Terima Kasih

(font 14, bold)

Ucapan terima kasih diberikan kepada sumber dana riset (institusi pemberi, nomor kontrak, tahun penerimaan) dan pihak/individu yang mendukung pemberian dana tersebut. Nama pihak/individu yang mendukung atau membantu penelitian dituliskan dengan jelas.

Discussion

(Font 14, bold)

Description of the discussion in a way to compare the current data obtained with the data obtained in the study / review earlier. No more statistics in the discussion. The discussion focused on the answers to the research hypothesis. Emphasis is placed on the similarities, differences, uniqueness and limited (if any) research results obtained. Researchers conducted a discussion why the results of the research need to be like that. The discussion concluded with a recommendation of future studies related to the topic.

Conclusion

(Font 14, bold)

Conclusion is the answer to the hypothesis that leads to the research objectives. Researchers needs to have suggested implikasi hasil research to clarify the impact of these results on the progress of science under study. Suggestions for further research can be written in this section.

Acknowledgements

(font 14, bold)

Acknowledgement is given to the source of funding of research (institutional providers, contract number, year revenue) and party / individual who supports the provision of funds. Major parties / individuals that support or assist research is clearly written.

Referensi

(font 14, bold)

Referensi dalam naskah dengan mengikuti gaya pengutipan “nama penulis dan tahun terbit”. Semua referensi di dalam naskah harus diurut secara abjad pada akhir tulisan dengan mengacu pada format (*American Psychological Association*). Sebagai contoh, dalam menulis referensi dari artikel jurnal ilmiah, penulis harus dirujuk di dalam naskah (*in text citation*) dengan menuliskan nama keluarga/nama belakang penulis dan tahun penerbitan di dalam kurung: (Potter & Perry, 2006) atau Potter dan Perry (2006). Nama penulis pertama dan “dkk” ditulis bila terdapat lebih dari enam (6) penulis. Contoh penulisan referensi dapat dipelajari melalui situs APA atau melalui link berikut: <http://flash1r.apa.org/apastyle/basics/data/resources/references-sample.pdf>

References

(font 14, bold)

References in text are inserted by following citation style "name of author and year of publication". All references used in the text should be listed alphabetically order at end of paper using APA (American Psychological Association) format. For example, writing in the scientific journal article references, the author must be referenced in the text (in text citation) by writing the family name/ last name of the author and year of publication in parentheses, for example: (Potter & Perry, 2006) or Potter and Perry (2006). Name of the first author and "et al" is written when there are more than six (6) authors. Sample references can be further learnt through APA website or the following link: <http://flash1r.apa.org/apastyle/basics/data/resources/references-sample.pdf>

KRITERIA PENILAIAN AKHIR DAN PETUNJUK PENGIRIMAN

Lampirkan fotokopi format ini bersama naskah dan *softcopy* naskah Anda. Beri tanda (v) pada setiap nomor/bagian untuk meyakinkan bahwa artikel Anda telah memenuhi bentuk dan sesuai syarat-syarat yang ditentukan NC. Contoh:

♣ **Jenis Artikel**

- Artikel Penelitian
Berisi artikel tentang hasil penelitian asli dalam ilmu kedokteran dasar atau terapan. Format terdiri dari **abstrak, pendahuluan, bahan dan cara kerja/metode, hasil, dan pembahasan, kesimpulan.**
- Tinjauan Pustaka
Artikel ini merupakan kaji ulang mengenai masalah-masalah ilmu keperawatan dan kesehatan yang mutakhir. Format terdiri dari **abstrak, pendahuluan, metode, pembahasan, dan kesimpulan.**
- Laporan Kasus
Suatu artikel yang berisi tentang kasus-kasus klinik menarik sehingga baik untuk disebarluaskan kepada rekan-rekan sejawat. Format terdiri dari **pendahuluan, laporan kasus, pembahasan, dan kesimpulan.**
- Penyegar Ilmu Keperawatan
Artikel ini memuat hal-hal lama tetapi masih *up to date*. Format **pendahuluan, pembahasan, dan kesimpulan.**

FINAL EVALUATION CRITERIA AND DELIVERY INSTRUCTIONS

Attach a copy of this format with the script and softcopy of your manuscript. Tick (v) on any number / part to ensure that your article has met the NC appropriate forms and requirements specified. Example:

♣ *Article Type*

- *Research Articles*
*Contains of the results of original research in basic or applied medical science. The format consists of an **abstract, introduction, materials and practices/methods, results, discussion, and conclusion.***
- *Literature Review*
*This article reviews the up to date of nursing issues and health sciences. The format consists of **abstract introduction, method, discussion, and conclusion.***
- *Case Report*
*An article that contains interesting clinical field cases which so good to be disseminated to colleagues. The format consists of **introduction, cases reports, discussion, and conclusion.***
- *Toner Nursing / Commentary*
*This article contains old stuff but still up to date. The format is **introduction, discussion, conclusion***

- Catatan Pengajaran Keperawatan Terkini
Merupakan suatu tulisan dan laporan di bidang dunia kedokteran/kesehatan terkini yang harus disebarluaskan. Format **sesuai dengan naskah asli ceramah.**
- Tinjauan buku baru
Suatu tulisan mengenai buku baru di bidang kedokteran/kesehatan yang akan menjadi sumber informasi bagi pembaca. Format terdiri dari **pendahuluan, isi buku, dan kesimpulan.**

▲ **Halaman Judul**

- Judul artikel
- Nama lengkap penulis
- Tingkat pendidikan penulis
- Asal institusi penulis
- Alamat lengkap penulis

▲ **Abstrak**

- Abstrak dalam Bahasa Indonesia
- Abstrak dalam Bahasa Inggris
- Kata Kunci dalam Bahasa Indonesia
- Kata Kunci dalam Bahasa Inggris

▲ **Teks**

Artikel penelitian sebaiknya dibuat dalam urutan

- Pendahuluan
- Metode
- Hasil
- Pembahasan
- Kesimpulan

- *Lecture Notes*
It is a writing and reporting in the field of medicine / health which has to be disseminated. Format is same to the original lecture.

- *Overview of new books*
*An article about a new book in the field of medical / health will be a source of information for the reader. The format consists of **introduction, book contents, and conclusion.***

▲ **Page Title**

- *Article Title*
- *Author full name*
- *Writer's level of education*
- *Origin author's institution*
- *Author full address*

▲ **Abstract**

- *Abstract in Bahasa Indonesia*
- *Abstract in English*
- *Keywords in Bahasa Indonesia*
- *Keywords in English*

▲ **Text**

Research articles should be made in the following order

- *Introduction*
- *Methods*
- *Results*
- *Discussion*
- *Conclusion*

♣ **Gambar dan Tabel**

- Pemberian nomor gambar dan/atau tabel dalam penomoran secara Arab
- Pemberian judul tabel dan/atau judul utama dari seluruh gambar

♣ **Kepustakaan**

- Menggunakan gaya *APA*
- Maksimal 25 referensi

♣ ***Figures and Tables***

- *Providing image numbers and/or tables in Arabic numbering*
- *Providing the table's title and/or the main title of the whole picture*

♣ ***Library***

- *Using APA style*
- *Maximum 25 references*

INFORMASI JURNAL NURSING CURRENT

Bagi yang berminat untuk melakukan pemasangan iklan, dapat menghubungi tim marketing Jurnal Nursing Current pada alamat email atau alamat surat-menyurat redaksi Jurnal Nursing Current yang tercantum di bawah ini.

Adapun permintaan iklan yang disampaikan akan ditampilkan pada halaman terakhir Jurnal Nursing Current, dengan tarif pemasangan iklan sebagai berikut:

Ukuran media reklame 8x12 cm : Rp. 300.000*

Ukuran media reklame 12x15 cm: Rp. 500.000*

Ukuran media reklame 18x25 cm: Rp. 700.000*

**Keterangan: Harga di atas adalah harga terbit satu jenis iklan per terbitan jurnal Iklan akan tebit dengan tampilan hitam-putih*

Redaksi Nursing Current Journal:

Universitas Pelita Harapan - Faculty of Nursing and Allied Health Sciences
Gedung FK-FON UPH Lt. 4. Jend. Sudirman Boulevard No.15. Lippo Village Karawaci,
Tangerang. Telp. (021) 54210130 ext. 3423/3401. Fax. (021) 54203459.
Email redaksi: nursingcurrent@uph.edu

Untuk berlangganan dapat menghubungi tim marketing Jurnal Nursing Current:
Catharina Guinda, S.Kep., Ners (085269950825)