

Jurnal

Keperawatan Klinis dan Komunitas

Clinical and Community Nursing Journal

Evaluasi Pelatihan Daring *Training of Trainer* untuk Pelatih Keperawatan Gawat Darurat

Arcellia Farosyah Putri, Uke Pemila, Arief Wahyudi Jadmiko, Kharisma Adytama Putra, Deny Kurniawan

Pengetahuan dan Sikap tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Guru Sekolah Menengah Atas di Sleman DIY

Anggis Yustika Muningsgar, Happy Indah Kusumawati, Syahirul Alim

Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian Fibrinolisis pada Pasien ST Elevation Myocardial Infarction Anterolateral Inferior (STEMI) dengan Syok Kardiogenik: Studi Kasus

Galuh Puspito Sari, Maryami Yuliana Kosim, Febriana Prananingrum

Pengaruh Edukasi dengan Video Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Kecemasan dalam Pencegahan Covid-19

Wenny Artanty Nisman, Agustina Dwi Rahmawati, Aizizha Syeilla Noverlis, Fitria Endang Pratiwi, Ika Parmawati, Lely Lusmilasari, Itsna Luthfi Kholisa

Gambaran Rasa Takut Pasien *Diabetic Foot Ulcer* (DFU) terhadap Tindakan Amputasi di RSUP Dr. Sardjito

Indah Rizky, Intansari Nurjannah, Christantie Effendy, Suko Basuki, Sri Wandansari, Ulfa Hikmawati

Hubungan antara Persepsi Penyakit dengan Manajemen Diri pada Penderita Hipertensi

Shofia Nurmalita Hamiidah, Uki Noviana, Haryani

Volume 8	Nomor 1	Halaman 1-58	Maret 2024	ISSN 2614-4948 (online) ISSN 2614-445x (print)
-------------	------------	-----------------	---------------	---

JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS *Clinical and Community Nursing Journal*

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) merupakan suatu jurnal *open akses* yang dilakukan *peer review*, terbit 3 kali setahun (Maret, Juli, dan November) dengan nomor ISSN 2614-445x (*print*), ISSN 2614-4948 (*online*). Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) mulai terbit tahun 2017.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) mempublikasikan hasil-hasil penelitian, studi kasus, studi literatur, uji psikometrik di bidang keperawatan klinik dan komunitas. Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) mengundang penulis untuk mengirimkan manuskrip dalam topik yang beragam dari keperawatan medikal bedah, keperawatan dasar dan emergensi, pendidikan keperawatan dan manajemen, keperawatan anak dan maternitas, keperawatan komunitas, keperawatan jiwa, dan Kesehatan.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (*Clinical and Community Nursing Journal*) diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada bekerjasama dengan Dewan Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia Daerah Istimewa Yogyakarta (DPW PPMI DIY).

Diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM Yogyakarta

PELINDUNG DAN PENGARAH

Dekan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM

PEMIMPIN REDAKSI

Sri Warsini

ANGGOTA DEWAN REDAKSI

Uki Noviana, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK, UGM
Lely Lusmilasari, Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, FK-KMK, UGM
Christantie Effendy, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK, UGM
Melyza Perdana, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK, UGM
Dluha Maf'ula, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, FK-KMK, UGM
Arcellia Putri, Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI)
Yanuar Fahrizal, Program Studi Ilmu Keperawatan, FKIK, UMY

PELAKSANA

Arif Annurrahman
Wahida Yuyun Suciati

MITRA BESTARI

Sri Setiyarini, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, FK-KMK UGM
Syahirul Alim, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, FK-KMK UGM
Heny Suseani Pangastuti, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Azam David Saufullah, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Ema Madyaningrum, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM

ALAMAT REDAKSI

Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

Alamat: Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281

Telp: (0274) 545674/ Fax: (0274) 631204

Email: jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id Website: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkkk>

JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS
Clinical and Community Nursing Journal
Volume 8/ Nomor 1/ Maret 2024

DAFTAR ISI

No	Judul	Hal
1	Evaluasi Pelatihan Daring <i>Training of Trainer</i> untuk Pelatih Keperawatan Gawat Darurat Arcellia Farosyah Putri, Uke Pemila, Arief Wahyudi Jadmiko, Kharisma Adytama Putra, Deny Kurniawan	1-8
2	Pengetahuan dan Sikap tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Guru Sekolah Menengah Atas di Sleman DIY Anggis Yustika Muninggar, Happy Indah Kusumawati, Syahirul Alim	9-20
3	Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian Fibrinolisis pada Pasien <i>ST Elevation Myocardial Infarction Anterolateral Inferior (STEMI)</i> dengan Syok <i>Kardiogenik</i>: Studi Kasus Galuh Puspito Sari, Maryami Yuliana Kosim, Febriana Prananingrum	21-26
4	Pengaruh Edukasi dengan Video Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Kecemasan dalam Pencegahan Covid-19 Wenny Artanty Nisman, Agustina Dwi Rahmawati, Aizizha Syeilla Noverlis, Fitria Endang Pratiwi, Ika Parmawati, Lely Lusmilasari, Itsna Luthfi Kholisa	27-38
5	Gambaran Rasa Takut Pasien <i>Diabetic Foot Ulcer (DFU)</i> terhadap Tindakan Amputasi di RSUP Dr. Sardjito Indah Rizky, Intansari Nurjannah, Christantie Effendy, Suko Basuki, Sri Wandansari, Ulfa Hikmawati	39-47
6	Hubungan antara Persepsi Penyakit dengan Manajemen Diri pada Penderita Hipertensi Shofia Nurmalita Hamiidah, Uki Noviana, Haryani	48-58

Evaluasi Pelatihan Daring *Training of Trainer* untuk Pelatih Keperawatan Gawat Darurat

The Evaluation of Online Training of Trainer for Emergency Nursing Trainer

Arcellia Farosyah Putri^{1*}, Uke Pemila², Arief Wahyudi Jadmiko³, Kharisma Adytama Putra⁴, Deny Kurniawan⁵

¹Instalasi Gawat Darurat, RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

²Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

³Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta

⁴Pusat Krisis Kesehatan dan Kegawatdaruratan Daerah

⁵Brawijaya Healthcare

Submitted: 05 Agustus 2023

Revised: 21 Februari 2024

Accepted: 13 Maret 2024

ABSTRACT

Background: Training of trainer (TOT) has its own challenges due to the characteristics of the participants, who are professionals with higher experience and knowledge. This condition is even more challenging when conducting online. Thus, it is necessary to choose an andragogy learning method that can improve learning experience without reducing learning quality.

Objective: To evaluate the implementation of online TOT and scrutinize an online learning method that can be applied towards experienced and knowledgeable participants.

Method: This was cross sectional design research which was conducted from June to July 2023. A total of 50 people participated in this training for four days and the training was delivered through one-way lecture, problem discussion, and coaching. The training evaluation included training delivery evaluation, knowledge aspect evaluation, and practical teaching evaluation/micro teaching. Data was collected using Google Forms which consisted of closed and open questions, pre-and post-test, and teaching practice observation. Data was analyzed using univariate analysis and Wilcoxon test

Results: Most of the respondents (58%) have a Bachelor's Degree in Nursing as their educational background and have work experience for more than 10 years. A total of 43 respondents (86%) work in hospitals. There were problems during online training, such as: internet instability and lack of time management. Most respondents (96%) were very satisfied and satisfied with the training. Coaching became the method chosen by most of the respondents that can facilitate constructive feedback and interaction among the trainees and facilitators. There was significant difference ($p = 0,000$) between pre-test and post-test score. Participant's scores for micro teaching practical test score were 89,42 in average.

Conclusion: Coaching is a recommended method that can be used as an online learning method for training with more experienced and knowledgeable participants.

Keywords: coaching; nurse; online; training

INTISARI

Latar belakang: Pelaksanaan *training of trainer* (TOT) memiliki tantangan tersendiri karena karakteristik peserta merupakan individu yang telah berpengalaman dan memiliki pengetahuan lebih lanjut. Tantangan tersebut bertambah ketika pelaksanaan dilakukan secara daring. Oleh karena itu, diperlukan metode pembelajaran orang dewasa yang dapat memfasilitasi pengalaman belajar secara optimal tanpa mengurangi kualitas pembelajaran.

Tujuan: Mengevaluasi pelaksanaan TOT daring dan mendiskusikan metode pembelajaran daring yang memiliki potensi untuk diterapkan pada peserta pelatihan yang sudah berpengalaman dan memiliki pengetahuan lebih lanjut.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* yang dilaksanakan bulan Juni – Juli 2023. Kegiatan TOT diselenggarakan pada 50 orang peserta, secara daring selama 4 hari dengan metode ceramah, diskusi tanya jawab, dan *coaching*. Evaluasi pelaksanaan TOT meliputi: evaluasi penyelenggara pelatihan, evaluasi pengetahuan, dan evaluasi pengalaman mengajar (penilaian *micro teaching*) peserta. Data dikumpulkan melalui Google Form yang berisi pertanyaan terbuka dan tertutup, *pretest* dan *posttest*, serta observasi praktik mengajar. Analisis data menggunakan *univariat* dan uji Wilcoxon.

Hasil: Sebagian besar peserta (58%) adalah sarjana keperawatan dengan pengalaman kerja lebih dari 10 tahun. Terdapat 43 peserta (86%) yang bekerja di rumah sakit. Sebanyak 48 peserta (96%) merasa puas dan sangat puas terhadap penyelenggaraan TOT. Kendala selama pelatihan daring adalah sinyal internet tidak stabil dan kelemahan manajemen waktu. Metode *coaching* adalah metode yang paling berkesan karena memfasilitasi proses pemberian umpan balik dan interaksi antara peserta dan peserta lainnya, serta peserta dan fasilitator. Terdapat perbedaan yang signifikan ($p = 0,000$) terhadap nilai *pretest* dan *posttest* pengetahuan peserta. Rata-rata skor praktik mengajar (*microteaching*) peserta adalah 89,42.

Simpulan: Metode *coaching* merupakan metode yang direkomendasikan untuk digunakan pada pelatihan daring dengan peserta yang memiliki kemampuan lebih lanjut untuk meningkatkan pengetahuan dan pengalaman peserta.

Kata kunci: *coaching*; daring; pelatihan; perawat

PENDAHULUAN

Kondisi pandemi *corona virus disease* 2019 (COVID-19) di tahun 2020 membuat pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan tentang pembatasan sosial berskala besar dalam rangka percepatan penanganan dan penekanan penyebaran COVID-19. Kebijakan ini mulai diberlakukan pada bulan Maret 2020. Implikasi dari penerapan kebijakan tersebut berdampak terhadap sebagian besar aktivitas masyarakat di berbagai sektor, dari yang semula dilakukan secara luar jaringan (luring) menjadi dalam jaringan (daring), termasuk di dalamnya kegiatan belajar-mengajar.

Beberapa studi terdahulu telah melakukan analisis terhadap pelaksanaan pembelajaran daring selama pandemi COVID-19 di Indonesia. Amin dalam studinya menyajikan data bahwa platform yang paling sering digunakan di Indonesia untuk pembelajaran daring di antaranya dengan pemanfaatan *Learning Management System* (LMS) berupa Google Classroom, Ms. Teams, Schoology, Edmodo, dan Moodle serta alat komunikasi berbasis jaringan lainnya seperti WhatsApp Group.¹ Alasan pemilihan platform ini adalah karena kemudahan aksesibilitas, tidak berbayar, dan cenderung digunakan oleh banyak orang.¹

Terdapat beberapa keuntungan pemanfaatan media pembelajaran dan pelatihan dengan menggunakan metode dalam jaringan (daring), di antaranya yaitu kegiatan pembelajaran menjadi tidak dibatasi oleh lingkup geografi, jangkauan yang luas, lebih fleksibel dan efisien.^{2,3} Namun, beberapa tantangan juga ditemukan pada proses pembelajaran daring, meliputi kesulitan akses internet, kurang mahir menggunakan teknologi, serta minimnya interaksi antara pendidik dan peserta didik.²

Menyelenggarakan *training of trainer* (TOT) memiliki tantangan tersendiri. Hal ini karena karakteristik peserta pelatihan yang berasal dari golongan profesional dan sudah memiliki pengalaman serta pengetahuan lanjut, sehingga tidak bisa disamakan dengan pembelajaran

pada kelompok mahasiswa. Tantangan tersebut meningkat ketika pelatihan dilaksanakan secara daring. Beberapa aspek dari teori pembelajaran orang dewasa perlu dipertimbangkan dalam menyusun desain dan metode pembelajaran daring untuk peserta TOT. Metode pembelajaran yang digunakan harus dapat memfasilitasi proses pengembangan dan evaluasi diri, pembelajaran mandiri, serta kolaborasi (*brain storm*).⁴

Berdasarkan model Kirkpatrick terdapat empat level kriteria untuk mengevaluasi pelatihan, yaitu: reaksi, pembelajaran, perilaku, dan hasil.⁵ Model ini relevan digunakan untuk mengevaluasi berbagai jenis pelatihan.⁵ Penelitian untuk mengevaluasi pelatihan menggunakan model ini telah banyak dilakukan di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Sebuah telusur pustaka yang bertujuan untuk mengevaluasi pelatihan di Indonesia menggunakan metode Kirkpatrick menyimpulkan bahwa metode ini dapat digunakan untuk pelatihan luring dan daring, serta menekankan pada kepuasan pelaksanaan, serta penyelenggaraan pelatihan, proses belajar dan transfer pengetahuan.⁶ Namun, dalam konteks pelatihan TOT untuk peserta dengan kemampuan lanjut, belum secara spesifik dilakukan.

Studi ini bertujuan untuk melakukan evaluasi kegiatan TOT secara daring dan mendiskusikan metode pembelajaran daring yang memiliki potensi untuk diterapkan pada peserta pelatihan profesional, yang sudah berpengalaman dan memiliki pengetahuan lanjut.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni sampai Juli 2023. Kriteria inklusi untuk responden penelitian ini adalah perawat berpengalaman yang memiliki: (1) ijazah pendidikan keperawatan (D3, Ners, Magister, Ners Spesialis atau Doktor); (2) sertifikat pelatihan ENBL/ENIL/BTCLS yang masih berlaku (ber-SKP DPP PPNI); (3) memiliki STR dan NIRA aktif; (4) memiliki surat tugas dari institusi; dan (5) mendapat rekomendasi dari HIPGABI provinsi, serta (6) mampu mengoperasikan Ms. Office. Sebanyak 50 orang peserta memenuhi kriteria inklusi sebagai responden. Sementara kriteria eksklusi meliputi: (1) mahasiswa keperawatan; dan (2) perawat yang tidak bersedia menjadi responden penelitian.

Pengumpulan data dilakukan melalui Google Form. Kuesioner dikembangkan berdasarkan instrumen evaluasi yang selama ini digunakan oleh Bidang DIKLAT PP HIPGABI untuk mengevaluasi TOT. Pertanyaan dalam kuesioner terdiri dari pertanyaan terkait data demografi responden, tingkat kepuasan terhadap penyelenggaraan pelatihan, dan metode pembelajaran. Pertanyaan yang digunakan terdiri dari pertanyaan tertutup dan terbuka. Selain data dari kuesioner ini, nilai ujian *posttest* dan *microteaching* peserta juga dianalisis. Analisis *univariat* dan uji Wilcoxon terhadap data penelitian dilakukan menggunakan *software* komputer.

Kegiatan *training of trainer* (TOT) merupakan pelatihan yang diselenggarakan secara daring selama 4 hari. Metode yang digunakan dalam proses pembelajaran pelatihan ini, yaitu ceramah, diskusi tanya jawab, dan *coaching*. Selain itu, penugasan mandiri kepada

peserta juga diberikan untuk memperdalam pemahaman peserta terkait teknik melatih, seperti pembuatan rencana pembelajaran dan bahan tayangan yang sesuai dengan substansi materi inti pelatihan yang akan disampaikan oleh peserta. Dalam TOT ini, selain materi tentang teknik melatih, peserta juga mendapatkan materi berbasis bukti terkini yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan gawat darurat yang meliputi tata laksana pasien dengan kegawatdaruratan kardiovaskular dan trauma.

Metode *coaching* yang digunakan dalam pelatihan ini, sebagai berikut: hari ke-3 pelatihan, peserta dibagi menjadi grup kecil, terdiri dari 10 peserta dengan 2 fasilitator yang berasal dari organisasi profesi terkait keperawatan gawat darurat dan sudah tersertifikasi TOT. Satu orang fasilitator fokus pada pemberian umpan balik terkait teknik melatih dan satu fasilitator lainnya fokus pada pemberian umpan balik terkait substansi asuhan keperawatan gawat darurat. Masing-masing peserta diberikan waktu 10 menit untuk melakukan simulasi mengajar/*microteaching/ microtraining* dengan bahan tayang yang telah dibuat berdasarkan satuan acara pembelajaran sehari sebelumnya. Peserta lain dipersilakan untuk memberikan umpan balik konstruktif terhadap peserta yang melakukan presentasi tersebut, diikuti oleh umpan balik dari kedua fasilitator.

Evaluasi TOT meliputi evaluasi terkait pengetahuan peserta terhadap materi kegawatdaruratan, kemampuan mengajar peserta, dan penyelenggara pelatihan. Pengetahuan peserta dievaluasi menggunakan pertanyaan pilihan ganda sebanyak 30 soal sebelum dan setelah pelatihan. Kemampuan mengajar peserta dievaluasi melalui *microteaching* oleh tim penilai dari Widyaaiswara dan organisasi profesi terkait Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana. Evaluasi terkait penyelenggara dilakukan melalui survei kepuasan peserta.

Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta (nomor: 211/2024/KEP) dan izin penelitian (nomor: 108/HIPGABI Pusat/Ket/KS/VI/2023) dari Himpunan Perawat Gawat dan Bencana Indonesia (HIPGABI). Sebelum mengisi instrumen Google Form, peserta diberi penjelasan terkait penelitian. Kemudian peserta diminta mengisi *informed consent* terkait kesediaannya untuk terlibat dalam penelitian ini.

HASIL

Dari total 50 peserta pelatihan, mayoritas memiliki latar belakang pendidikan Ners, memiliki pengalaman kerja lebih dari 10 tahun, dan bekerja di bidang pelayanan. Karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1.

Gambaran kepuasan responden terhadap kegiatan TOT digambarkan pada Tabel 2. Peserta mayoritas merasa sangat puas terhadap penyelenggaraan *training of trainer* (TOT). Pada pertanyaan terbuka dalam survei, didapatkan beberapa kendala yang dirasakan peserta selama pelatihan daring, seperti jaringan internet, ketepatan, dan perbedaan waktu. Mengingat terdapat peserta yang berada di zona waktu bagian Timur dan Tengah Indonesia, sementara

pelatihan diselenggarakan pada Waktu Indonesia Barat (WIB) dengan selisih waktu 1–2 jam.

Tabel 1. Data demografi peserta Training of Trainer (TOT) (n = 50)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pendidikan		
Diploma	10	20,0
Ners	29	58,0
Magister	10	20,0
Ners spesialis	1	2,0
Lama kerja		
2-5 tahun	8	16,0
6-10 tahun	13	26,0
>10 tahun	29	58,0
Area kerja		
Pelayanan	43	86,0
Pendidikan	7	14,0

Tabel 2. Kepuasan peserta Training of Trainer (n = 50)

Kepuasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Cukup puas	2	4,0
Puas	22	44,0
Sangat puas	26	52,0

Hasil respons responden terkait metode pembelajaran yang paling berkesan ditampilkan pada Tabel 3. Berdasarkan hasil evaluasi, sebanyak 86% peserta memilih metode *coaching* sebagai metode pembelajaran daring yang paling berkesan. Pada pertanyaan terbuka dalam survei, peserta menyampaikan bahwa terdapat beberapa keunggulan metode *coaching* yang membuat mereka terkesan, antara lain: (1) lebih banyak interaksi antar sesama peserta, serta antar peserta dan fasilitator; (2) praktik mengajar langsung; dan (3) mendapat umpan balik langsung terkait teknik mengajar serta substansi materi dari fasilitator dan peserta lain.

Tabel 3. Kepuasan peserta Training of Trainer (n = 50)

Metode	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ceramah	4	8,0
Diskusi tanya jawab	5	10,0
Coaching	41	82,0

Gambaran hasil evaluasi penilaian responden ditampilkan pada Tabel 4. Sebanyak 51 peserta mengalami peningkatan pada nilai *posttest* dibandingkan *pretest* pada *positive ranks*. Terdapat 4 peserta dengan nilai *posttest* sama dengan *pretest* (*ties*) dan 4 peserta dengan nilai *posttest* lebih rendah dari *pretest*. Uji Wilcoxon membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan ($p = 0,000$) antara hasil *pretest* dan *posttest* peserta TOT.

Tabel 4. Nilai akhir peserta pelatihan Training of Trainer (n = 59)

	n	Mean Ranks	Sum of Ranks
Post – Pretest	Negative Ranks	4 ^a	20,50
	Positive Ranks	51 ^b	1519,50
	Ties	4 ^c	

Keterangan: a) *Posttest* < *Pretest*; b) *Posttest* > *Pretest*, c) *Posttest* = *Pretest*

Dari hasil evaluasi *microteaching* didapatkan nilai rata-rata skor praktik mengajar peserta mendapatkan nilai 89,42 (SD ± 2,72) dari total skor 100 (baik) untuk ujian praktik mengajar (*microteaching*). Hasil ini didapatkan dari total rata-rata dua orang asesori yang berasal dari Widyaiswara dan Organisasi Profesi terkait Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana.

PEMBAHASAN

Peserta pelatihan merasa sangat puas dengan penyelenggaraan pelatihan TOT. Kegiatan TOT dapat meningkatkan pengetahuan partisipan, serta memberikan pengalaman mengajar (*microteaching*) dengan baik. Kendala yang dirasakan oleh peserta *training of trainer* (TOT) daring dalam penelitian ini sama dengan peserta didik pada umumnya, yaitu sinyal yang kurang baik dan manajemen waktu.^{2,3}

Berdasarkan latar belakang pendidikan dan lama kerja, peserta TOT merupakan peserta yang memiliki pengetahuan dan pengalaman tingkat mahir dan lanjut. Oleh karena itu, dibutuhkan metode pembelajaran yang dapat memfasilitasi pembelajaran orang dewasa secara optimal. Berdasarkan hasil penelitian ini, metode *coaching* merupakan metode yang paling berkesan bagi peserta TOT karena dirasakan paling efektif dan aplikatif dalam memperdalam pemahaman peserta terkait teknik melatih dan substansi yang akan dilatih. Dalam telusur pustaka integratif, terkait *coaching* dalam keperawatan, Richardson *et al.*⁷ menyimpulkan bahwa metode *coaching* dapat memberikan manfaat terhadap kinerja, kepercayaan diri, efektivitas, dan transisi peran para *coachee*. Seiring dengan Richardson *et al.*,⁷ evaluasi pelaksanaan TOT juga menggarisbawahi bahwa umpan balik dan kesempatan interaksi dua arah merupakan keunggulan utama dalam metode *coaching*. Menurut para responden, kedua fitur unggulan *coaching* ini sangat membantu dalam mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan peserta dalam melatih dan memberikan alternatif solusi untuk peserta. Hal ini membuat peserta dapat memperbaiki dan mengembangkan diri. Selain itu, metode *coaching* juga dapat melatih kemampuan manajemen emosi dan menyesuaikan diri para *coachee*.⁸

Semua peserta didik berpotensi untuk mendapat manfaat dari model, teknik, atau konten pembinaan apa pun. Namun, kecocokan pendekatan dan kebutuhan peserta didik yang optimal, lebih memungkinkan untuk mempercepat hasil positif. *Coaching* adalah proses relasional untuk memfasilitasi perubahan yang berkelanjutan dan pertumbuhan yang mendukung peserta didik, dengan meningkatkan refleksi diri, motivasi, dan penetapan tujuan.⁹ *Coaching* adalah seni dan ilmu dalam memfasilitasi perubahan, pertumbuhan positif, dan berkelanjutan untuk mewujudkan potensi penuh, termasuk pembelajaran, pengembangan, kinerja, serta kesejahteraan yang optimal. Proses *coaching* menghasilkan *self-awareness*, *discovery*, dan *self-determination*. Hal ini berbeda dengan mentoring yang lebih fokus pada membimbing dan menasihati.¹⁰

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi efektivitas peningkatan pengetahuan pada pembelajaran *e-learning*, yaitu interaktif, kolaborasi, motivasi, kesempatan, dan

pedagogi.^{11,12} Kelima faktor tersebut menitikberatkan pada metode atau variasi aktivitas pembelajaran yang dilakukan selama proses pembelajaran dalam jaringan. Interaksi dan *feedback* dari fasilitator maupun peserta, serta kesempatan melakukan *microteaching*, merupakan variasi pengalaman belajar yang dapat membantu meningkatkan *learning outcome*.¹² Selain itu, dalam konteks pembelajaran orang dewasa, diperlukan metode pembelajaran yang dapat memfasilitasi aplikasi teori ke dalam pelayanan.⁴ Oleh karena itu, metode pembelajaran yang direkomendasikan adalah metode yang dapat memfasilitasi pembelajaran orang dewasa yang terarah dan bersifat transformasional.

SIMPULAN DAN SARAN

Peserta pelatihan merasa sangat puas dengan pelatihan TOT. Salah satu metode yang paling berkesan dalam pelatihan TOT adalah metode *coaching*. Fitur unggulan metode *coaching*, meliputi umpan balik langsung dan interaksi dua arah antara sesama peserta, serta antara peserta dan fasilitator secara daring. Fitur ini dirasa mampu memfasilitasi pengalaman belajar daring yang optimal, bagi perawat ahli dengan pengetahuan dan pengalaman lanjut. Pelatihan TOT dengan metode *coaching* dapat meningkatkan pengalaman mengajar dan pengetahuan peserta pelatihan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu-persatu, yang telah bersuka rela membantu proses penelitian ini, dari sebelum dilakukan penelitian hingga penelitian selesai. Peneliti juga mengucapkan banyak terima kasih kepada pihak-pihak dari Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta dan juga Himpunan Perawat Gawat dan Bencana Indonesia (HIPGABI) yang telah senantiasa memberikan arahan dan bantuan selama proses penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amin M, Sibuea AM, Mustaqim B. The Effectiveness of Online Learning using E-Learning during Pandemic Covid-19. *Journal of Education Technology*. 2022; 6(2): 247–257. <https://doi.org/10.23887/jet.v6i2.44125>.
2. Herwiana S, Laili EN. Exploring Benefits and Obstacles of Online Learning during The Covid-19 Pandemic in EFL Students' Experiences. *QALAMUNA: Jurnal Pendidikan, Sosial, dan Agama*. 2022; 14(1): 61–72. <https://doi.org/10.37680/qalamuna.v14i1.1259>.
3. Mukhtar K, Javed K, Arooj M, Sethi A. Advantages, Limitations and Recommendations for Online Learning during COVID-19 Pandemic Era. *Pak J Med Sci*. 2020; 36(COVID19-S4): 27-31. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2785>.
4. Teaching Excellence in Adult Literacy (TEAL). *Adult Learning Theories* [homepage on the internet]. c.2011. [updated 2011; cited 2023]. Available from https://lincs.ed.gov/sites/default/files/11_%20TEAL_Adult_Learning_Theory.pdf.
5. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating Training Programs*. San Francisco, United State: Berrett-Koehler Publishers Inc; 2008.
6. Tamsuri A. Literatur Review Penggunaan Metode Kirkpatrick untuk Evaluasi Pelatihan di Indonesia. *JIP*. 2021; 2(8): 2723-2734. <https://doi.org/10.47492/jip.v2i8.1154>.
7. Richardson C, Wicking K, Biedermann N, Langtree T. Coaching in Nursing: An Integrative Literature Review. *Nurs Open*. 2023;10(10):6635-6649. <https://doi.org/10.1002/nop2.1925>.
8. Costeira C, Dixe MA, Querido A, Vitorino J, Laranjeira C. Coaching as A Model for Facilitating The Performance, Learning, and Development of Palliative Care Nurses. *SAGE Open Nurs*. 2022; 8: 1-7. <https://doi.org/10.1177/23779608221113864>.

9. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Gill PR, Satele D V, West CP. Effect of A Professional Coaching Intervention on The Well-being and Distress of Physicians: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019; 179(10): 1406–1414. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2425>.
10. Deiorio NM, Moore M, Santen SA, Gazelle G, Dalrymple JL, Hammoud M. Coaching Models, Theories, and Structures: An Overview for Teaching Faculty in The Emergency Department and Educators in The Offices. *AEM Educ Train.* 2022; 6(5): 1-6. <https://doi.org/10.1002/aet2.10801>.
11. Gamage, D, Fernando, S, Perera, I. Factors Affecting to Effective E-Learning: Learners Perspective. *Scientific Research Journal.* 2014; 2(5): 42-48. <https://www.scirj.org/papers-0514/scirj-P0514139.pdf>.
12. Nortvig AM, Petersen AK, Balle SH. A Literature Review of The Factors Influencing E-Learning and Blended Learning in Relation to Learning Outcome, Student Satisfaction and Engagement. *The Electronic Journal of E-Learning.* 2018; 16(1): 46-55. <https://academic-publishing.org/index.php/ejel/article/view/1855/1818>.

Pengetahuan dan Sikap tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Guru Sekolah Menengah Atas di Sleman DIY

Knowledge and Attitude toward Basic Life Support (BLS) among Senior High School Teachers in Sleman DIY

Anggis Yustika Muninggar^{1*}, Happy Indah Kusumawati², Syahirul Alim²

¹Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

Submitted: 24 November 2023

Revised: 18 Maret 2024

Accepted: 18 Maret 2024

ABSTRACT

Background: Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is the leading cause of death worldwide. OHCA can occur in any settings such as in school. Basic life support (BLS) is an intervention to get the greatest chance of OHCA survival outcomes. Teachers are expected to have a role to provide BLS at the scene of medical emergency. The success of BLS outcome is influenced by knowledge and attitudes toward BLS.

Objective: To assess knowledge and attitude towards basic life support among senior high school teachers in Sleman DIY.

Method: Cross sectional design was used in this descriptive study. This study was conducted from February-March 2022. A total of 103 senior high school teachers in Sleman were participated and selected using cluster random sampling, simple random sampling, and consecutive sampling. Data were collected using Public Knowledge and Attitude towards BLS questionnaire. Data were analyzed using univariate to analyze respondents characteristic, knowledge, and attitude towards BLS.

Results: The result of the study showed that 64 respondents (62,1%) had good BLS knowledge, especially on the questionnaire item which mentioned the first thing to do when there is someone collapse. The highest responses were found toward two questionnaire items, i.e.: BLS training is important in every workplace (70,9%) and general community should receive BLS training (81,6%).

Conclusion: Most of high school teachers in Sleman have good level of BLS knowledge. The attitude towards BLS is shown as that they are aware that BLS training is important for general community and in every workplace and they are willing to receive BLS training.

Keywords: attitude; BLS; high school teacher; knowledge

INTISARI

Latar belakang: *Out-of-hospital cardiac arrest* (OHCA) menjadi penyebab utama kematian di seluruh dunia. Bantuan hidup dasar (BHD) merupakan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan kesempatan hidup pada korban henti jantung. Guru sebagai tenaga pendidik, diharapkan dapat memiliki peran dan keterampilan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan. Keberhasilan tindakan BHD dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap tentang BHD.

Tujuan: Mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap tentang BHD pada guru SMA di Sleman, DIY.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2022. Responden dalam penelitian ini berjumlah 103 orang yang terdiri dari guru Sekolah Menengah Atas di Kabupaten Sleman yang pengambilan *sampelnya* dengan teknik *cluster sampling*, *simple random sampling*, dan *consecutive sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan kuesioner *Public Knowledge and Attitude towards BLS*. Analisis *univariate* digunakan untuk menganalisis data karakteristik responden, gambaran pengetahuan BHD, dan gambaran sikap terhadap BHD.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 62,1% guru memiliki pengetahuan BHD yang baik, terutama pada pernyataan mengenai tindakan pertama yang harus dilakukan ketika melihat seseorang dalam keadaan tidak sadar. Sebagian besar responden memiliki sikap sadar bahwa pelatihan BHD penting dilakukan di segala jenis pekerjaan (70,9%) dan masyarakat umum berhak mendapatkan pelatihan BHD (81,6%).

Simpulan: Sebagian besar guru SMA di Sleman memiliki pengetahuan BHD yang baik. Sebagian besar guru SMA menunjukkan sikap sadar akan pentingnya memiliki pengetahuan dan keterampilan BHD pada masyarakat umum di bidang pekerjaan apa pun, serta memiliki keinginan yang tinggi untuk mengikuti pelatihan BHD.

Kata kunci: Bantuan Hidup Dasar; guru SMA; pengetahuan; sikap

PENDAHULUAN

Henti jantung merupakan salah satu komplikasi penyakit jantung yang sering menyebabkan kematian.¹ Kematian akibat henti jantung tergolong tinggi, baik untuk *in-hospital cardiac arrest* (IHCA), maupun *out-of-hospital cardiac arrest* (OHCA). Di Amerika Serikat, kematian akibat henti jantung mencapai 366.807 orang.² Sementara itu, di Jepang, Singapura, Malaysia, dan negara Asia lainnya, henti jantung mencapai urutan tiga besar sebagai penyebab kematian terbanyak.³ Di Indonesia, menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) setiap tahunnya kasus henti jantung mencapai 300.000 – 350.000.⁴

Angka kejadian OHCA lebih tinggi dibandingkan dengan IHCA,⁵ dengan angka keberlangsungan hidup korban OHCA tergolong buruk, jika dibandingkan dengan IHCA.⁶ Penanganan segera dan respons yang benar pada kasus henti jantung, perlu dilakukan untuk mencegah kecacatan permanen, bahkan kematian.⁷

Chain of survival pada pasien OHCA secara ideal meliputi pemberian resusitasi jantung paru (RJP) dan pemberian defibrilasi.⁸ Namun, hanya 40% kasus OHCA yang mendapatkan RJP oleh individu awam dan hanya 12% yang menggunakan AED.⁹ Sementara itu, seseorang yang mengalami OHCA sangat mengandalkan masyarakat sebagai *bystander* yang harus mengetahui, memahami, dan mampu memberikan BHD dalam pertolongan awal, ketika tidak tersedia tenaga profesional di waktu dan tempat kejadian.¹⁰ Peran penting *bystander* dalam pemberian penanganan korban henti jantung, dipengaruhi oleh pengetahuan tentang keterampilan RJP, perubahan sikap terhadap keinginan belajar keterampilan RJP, dan kemauan melakukan RJP.¹¹

Salah satu golongan masyarakat non-kesehatan yang dapat memberikan BHD adalah guru SMA karena kejadian henti jantung dapat terjadi, salah satunya di lingkungan sekolah. Berdasarkan data CARES, pada tahun 2020 perkiraan lokasi OHCA yang terjadi di tempat umum adalah 15,1%, termasuk sekolah.¹² Sementara penelitian mengenai pengetahuan BHD pada guru yang dilakukan di Turki menunjukkan pada tingkat pengetahuan masih rendah, tetapi sikap guru dalam tindakan BHD dinilai positif.¹³

Guru sebagai tenaga pendidik di sekolah, bertanggung jawab terhadap kesejahteraan siswa selama jam sekolah. Di beberapa daerah, guru semakin diandalkan untuk dapat

memberikan pengobatan, seperti mengobati luka ringan sampai menangani kejadian darurat yang terjadi selama jam sekolah.¹⁴ Penanganan adekuat yang dilakukan oleh guru akan berdampak baik untuk kelangsungan korban henti jantung yang terjadi di sekolah. Guru yang tidak memiliki pengetahuan dan sikap yang baik tentang BHD, tentunya tidak dapat memberikan pertolongan pertama yang tepat dan efektif, kepada siswa atau rekan kerja yang mengalami kegawatdaruratan medis, seperti henti jantung.

Penelitian mengenai pengetahuan dan sikap BHD pada guru SMA belum banyak dilakukan di Indonesia. Beberapa penelitian mengenai pengetahuan dan sikap BHD lebih banyak dilakukan pada populasi awam. Meskipun belum didapatkan data yang jelas mengenai kasus henti jantung di sekolah, penting dilakukan untuk mengetahui bagaimana pengetahuan dan sikap BHD pada guru SMA sehingga ketika terjadi henti jantung di sekolah, guru sebagai *bystander* mampu memberikan pertolongan pertama.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan dan sikap tentang BHD pada guru SMA di Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Harapan kami, penelitian ini dapat menjadi dasar dalam penyusunan strategi peningkatan pengetahuan dan sikap guru terhadap SMA di Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh responden menggunakan Google form untuk 4 sekolah dan kuesioner cetak pada 1 sekolah. Penelitian dilakukan pada bulan Februari-Maret 2022.

Penelitian ini dilakukan di SMA Negeri 1 Ngaglik, SMA Negeri 2 Ngaglik, SMA Negeri 1 Ngemplak, SMA Negeri 1 Turi, dan SMA Ma'arif 1 Sleman. Dari seluruh populasi SMA, dilakukan pengelompokan berdasarkan klaster kecamatan lokasi sekolah. Kemudian beberapa klaster dipilih secara acak dengan *simple random sampling* untuk dijadikan sampel. Selanjutnya, dilakukan *consecutive sampling* dengan memilih semua elemen yang tersedia secara berurutan, sampai mencapai ukuran sampel yang diinginkan.

Responden pada penelitian ini adalah 103 orang. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah guru SMA di Sleman PNS/ honorer dan guru yang bersedia menjadi responden penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah guru yang sedang cuti.

Alat ukur pada penelitian ini menggunakan kuesioner *Public Knowledge and Attitude towards Basic Life Support in Jeddah, Saudi Arabia* oleh Abbas *et al.*,¹⁵ pada tahun 2021 yang digunakan untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap BHD pada masyarakat awam. Kuesioner terdiri dari pertanyaan mengenai karakteristik responden, 15 pertanyaan pengetahuan BHD, dan 6 pertanyaan sikap BHD.

Kuesioner versi asli berbahasa Inggris sehingga perlu dilakukan proses penerjemahan dan adaptasi lintas budaya pada kuesioner tersebut. Peneliti melakukan uji keterbacaan dan

menerjemahkan dengan bahasa yang lebih sederhana pada kuesioner sikap BHD dikarenakan kuesioner sikap BHD yang bervariasi sehingga tidak dapat dilakukan analisis uji validitas konstruk dan reliabilitas dengan SPSS. Uji keterbacaan dilakukan dengan menilai apakah unit pertanyaan dapat dimengerti dan dipahami oleh responden. Responden dapat memberikan saran dan masukan kalimat yang digunakan sebagai perbaikan pada unit kuesioner. Uji validitas isi dilakukan pada kuesioner pengetahuan BHD dan sikap BHD. Hasil uji validitas isi yang dilakukan melalui penilaian oleh 3 ahli, didapatkan bahwa 15 unit pertanyaan pengetahuan BHD dan 6 unit pertanyaan sikap BHD mendapatkan nilai I-CVI 1,00 pada setiap unit dan nilai S-CVI 1,00 pada keseluruhan unit. Hal ini dapat dikatakan bahwa 15 unit pertanyaan pada kuesioner pengetahuan BHD dan 6 unit pertanyaan pada kuesioner sikap BHD, hasilnya valid. Modifikasi dilakukan pada unit pertanyaan sesuai dengan masukan responden dan masukan dari para ahli.

Selanjutnya, dilakukan uji validitas konstruk dengan korelasi *Pearson Product Moment* untuk kuesioner pengetahuan BHD. Setelah dilakukan analisis menggunakan korelasi *Pearson*, didapatkan bahwa 8 unit pertanyaan pengetahuan BHD memiliki nilai r hitung $> 0,312$. Jadi, didapatkan hasil bahwa 8 unit yang melebihi nilai r tabel tersebut valid. Uji reliabilitas juga dilakukan pada 8 unit pengetahuan BHD, yang diperoleh hasil nilai *Cronbach's Alpha* 8 unit pertanyaan pengetahuan BHD adalah 0,703. Jadi, dapat disimpulkan 8 unit pertanyaan pengetahuan BHD tergolong reliabel.

Data dianalisis menggunakan analisis *univariat*. Hasil analisis menjelaskan karakteristik responden, gambaran pengetahuan, dan gambaran sikap BHD pada responden. Hasil skor pengetahuan BHD dihitung berdasarkan jumlah jawaban benar oleh responden. Setiap jawaban yang benar pada unit pengetahuan BHD akan mendapatkan nilai 1 dan jawaban salah mendapatkan nilai 0, dengan total skor aspek pengetahuan adalah 8. Sementara sikap BHD dihitung berdasarkan persentase responden yang menjawab pada setiap jawaban di setiap unit pertanyaan.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan uji kelayakan etik dari Komisi Etik FK-KMK UGM dengan nomor KE/FK/1089/EC/2021 pada 1 Oktober 2021. Sebelum melakukan pengambilan data, peneliti telah memberikan *informed consent* kepada setiap responden yang terlibat.

HASIL

Responden pada penelitian ini berjumlah 103 orang dengan usability rate 97,1%. Karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1. Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan rentang usia paling banyak antara 46 – 55 tahun. Seluruh responden memiliki latar belakang pendidikan perguruan tinggi. Sebagian besar responden tidak pernah mengikuti pelatihan RJP sebelumnya. Sebagian besar responden pernah melihat praktik RJP, dengan sumber informasi RJP paling banyak dari internet.

Tabel 1. Gambaran karakteristik responden guru SMA di Sleman DIY tahun 2022 (n = 103)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	35	34,0
Perempuan	68	66,0
Usia		
17 – 25 tahun	3	2,9
26 – 35 tahun	24	23,3
36 – 45 tahun	14	13,6
46 – 55 tahun	41	39,8
56 – 65 tahun	21	20,4
Tingkat pendidikan		
Perguruan tinggi	103	100,0
Pelatihan RJP sebelumnya		
Ya	13	12,6
Tidak	90	87,4
Durasi waktu pelatihan RJP (n = 13)		
≤ 1 tahun yang lalu	0	0,0
2 – 3 tahun yang lalu	8	61,5
≥ 3 tahun yang lalu	5	38,5
Melihat praktik kasus RJP		
Ya	45	43,7
Tidak	58	56,3
Sumber informasi RJP*		
Sekolah/ universitas/ tempat kerja	23	22,3
TV	40	38,8
Internet	57	55,3
Brosur	9	8,7
Lainnya	9	8,7

Keterangan: *) dapat memilih satu sumber informasi atau lebih

Gambaran hasil pengetahuan BHD responden ditampilkan pada Tabel 2. Tabel 2 menunjukkan bahwa skor median pengetahuan BHD yang dianalisis pada 103 guru SMA adalah 4 dari rentang median 1 sampai dengan 8. Penentuan skor pengetahuan responden menggunakan nilai ambang median karena data tidak terdistribusi normal ($p < 0,05$).

Tingkat pengetahuan BHD responden dikategorikan berdasarkan perolehan skor jawaban benar. Kategori pengetahuan BHD ditentukan berdasarkan pembagian kategori pada kuesioner asli. Tabel 2 menunjukkan mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan BHD baik.

Tabel 2. Gambaran Tingkat Pengetahuan BHD Responden (n=103)

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)	Median (Min-Max)
Pengetahuan baik (nilai median ≥ 4)	64	62,1	4 (1-8)
Pengetahuan kurang (nilai median < 4)	39	37,9	

Frekuensi jawaban benar oleh responden ditampilkan pada Tabel 3. Pada Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 8 pertanyaan pengetahuan BHD, persentase tertinggi jawaban benar oleh responden adalah pertanyaan mengenai langkah pertama kali yang dilakukan ketika melihat orang tidak sadar di tengah jalan, langkah BHD pada orang dewasa, dan nomor telepon medis darurat dengan nilai persentase berturut-turut 68%, 63%, dan 61%. Sementara

pertanyaan yang memiliki jawaban benar dengan persentase terendah adalah pertanyaan nomor 7, yaitu mengenai frekuensi kompresi dada selama RJP pada orang dewasa dan anak-anak (34%).

Tabel 3. Frekuensi jawaban benar oleh responden pada setiap unit pertanyaan (n = 103)

Unit Pertanyaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1. Gejala henti jantung	41	39,8
2. Langkah yang pertama kali dilakukan ketika melihat orang dalam keadaan tidak sadar di tengah jalan	70	68,0
3. Langkah awal Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk orang dewasa	65	63,0
4. Langkah pertolongan berikutnya setelah memeriksa respons	51	49,5
5. Bagian kompresi dada dilakukan	50	48,5
6. Kedalaman kompresi dada pada orang dewasa selama Resusitasi Jantung Paru (RJP)	43	41,7
7. Frekuensi kompresi dada selama Resusitasi Jantung Paru (RJP) untuk orang dewasa dan anak-anak	35	34,0
8. Nomor telepon darurat medis yang benar	63	61,0

Skor pengetahuan BHD dikelompokkan berdasarkan data karakteristik responden pada Tabel 4.

Tabel 4. Gambaran pengetahuan BHD berdasarkan karakteristik responden (n = 103)

Karakteristik Responden	f	%	Skor Median	Kategori Pengetahuan
Jenis kelamin				
Laki-laki	35	34,0	4,0	Baik
Perempuan	68	66,0	4,0	Baik
Usia				
17 – 25 tahun	3	2,9	3,0	Kurang
26 – 35 tahun	24	23,3	5,0	Baik
36 – 45 tahun	14	13,6	4,5	Baik
46 – 55 tahun	41	39,8	4,0	Baik
56 – 65 tahun	21	20,4	4,0	Baik
Tingkat pendidikan				
Perguruan tinggi	103	100,0	4,0	Baik
Pelatihan RJP sebelumnya				
Ya	13	12,6	5,0	Baik
Tidak	90	87,4	4,0	Baik
Durasi waktu pelatihan RJP (n = 13)				
≤ 1 tahun yang lalu	0	0,0	N/A	N/A
2 – 3 tahun yang lalu	8	61,5	5,0	Baik
≥ 3 tahun yang lalu	5	38,5	5,0	Baik
Melihat praktik kasus RJP				
Ya	45	43,7	4,0	Baik
Tidak	58	56,3	4,0	Baik
Sumber informasi RJP*				
Sekolah/ universitas/ tempat kerja	23	22,3	4,0	Baik
TV	40	38,8	4,0	Baik
Internet	57	55,3	4,0	Baik
Brosur	9	8,7	4,0	Baik
Lainnya	9	8,7	5,0	Baik

Keterangan: *) dapat memilih satu sumber informasi atau lebih.

Skor pengetahuan antara responden laki-laki dan perempuan sama (median = 4,0). Skor tertinggi menurut kelompok usia didapatkan pada kelompok usia 26 – 35 tahun (median = 5,0). Skor responden yang pernah mengikuti pelatihan RJP (median = 5,0) lebih tinggi dibandingkan dengan yang belum pernah mengikuti RJP (median = 4,0). Responden yang mengikuti pelatihan dengan durasi 2 – 3 tahun yang lalu dan lebih dari 3 tahun yang lalu mendapatkan skor yang sama (median = 5,0).

Pada responden yang pernah melihat praktik RJP maupun yang belum pernah melihat praktik RJP mendapatkan skor yang sama (median = 4). Skor median tertinggi juga diperoleh responden yang memilih sumber informasi RJP selain dari sekolah, TV, internet, dan brosur (median = 5,0).

Sikap BHD diukur menggunakan kuesioner sikap BHD yang terdiri dari 6 unit pertanyaan. Hasil sikap BHD disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Frekuensi sikap BHD responden (n=103)

Item Pertanyaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jika Anda belum pernah mengikuti pelatihan RJP, apa alasannya?*		
Tidak ada waktu	4	3,9
Kurang tertarik	8	7,8
Tidak tahu tempat pelatihan	61	59,2
Biaya	4	3,9
Tidak menjawab	13	12,6
Alasan kurangnya pengetahuan tentang BHD*		
Sibuk bekerja	28	27,2
Kurangnya ketertarikan terhadap BHD	10	9,7
Tidak ada pelatihan profesional yang tersedia	59	57,3
Jarang menemui keadaan gawat darurat medis	49	47,6
Penyebab lainnya	6	5,8
Siapa yang harus menerima pelatihan BHD*		
Tenaga kesehatan di pelayanan kegawatdaruratan	54	52,4
Semua tenaga kesehatan	67	65,0
Masyarakat umum	87	81,6
Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan BHD		
Ya	7	6,8
Tidak	96	93,2
Apakah pelatihan RJP wajib dilakukan?*		
Ya, di sekolah.	54	52,4
Ya, wajib di bidang pekerjaan apa pun.	73	70,9
Tidak wajib, pelatihan RJP harus bersifat opsional.	17	16,5
Pelatihan perawatan gawat darurat wajib diberikan di tempat kerja		
Sangat setuju	50	48,5
Setuju	42	40,8
Netral	10	9,7
Tidak setuju	1	1,0
Sangat tidak setuju	0	0,0

Keterangan: *) dapat memilih satu sumber informasi atau lebih.

Tabel 5 menunjukkan bahwa alasan tertinggi responden yang belum pernah mengikuti pelatihan RJP adalah dikarenakan tidak tahu tempat pelatihan (59,2%) dan paling sedikit

menjawab karena tidak ada waktu dan biaya (3,9%). Kemudian untuk alasan responden kurang pengetahuan BHD, sebanyak 59 orang (57,4%) menjawab dikarenakan tidak ada pelatihan profesional yang tersedia. Pada unit pertanyaan siapa saja yang harus menerima pelatihan BHD, sebanyak 84 orang (81,5%) menjawab masyarakat umum harus menerima pelatihan BHD. Pada unit pertanyaan mengenai riwayat pelatihan BHD, sebanyak 96 orang (93,2%) mengatakan belum pernah mengikuti pelatihan BHD dan sebanyak 73 orang (70,8%) mengatakan bahwa pelatihan RJP wajib diberikan pada masyarakat dengan bidang pekerjaan apa pun.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden guru memiliki pengetahuan BHD baik. Hasil pengetahuan BHD baik ini juga ditemui pada penelitian Evelyn & Winarti¹⁶ yang melaporkan bahwa hasil pengetahuan BHD pada guru SD di Jakarta cukup baik. Namun, berbeda dengan penelitian Ghrayeb *et al.*¹⁷ dan Dursun *et al.*¹⁸ yang melaporkan bahwa hasil penelitian mengenai pengetahuan BHD pada guru tergolong rendah.

Pada penelitian ini, responden dengan pelatihan RJP mendapatkan skor tertinggi (median = 5,0). Hasil ini sejalan dengan penelitian Ojifinni *et al.*¹³ yang menunjukkan bahwa skor pengetahuan tertinggi didapatkan pada responden yang pernah mengikuti pelatihan RJP. Durasi waktu pelatihan juga berpengaruh terhadap penurunan pengetahuan dan keterampilan RJP.^{19,20} Apabila dilihat dari sumber informasi RJP, responden dengan sumber informasi lainnya, termasuk pelatihan RJP mendapatkan skor tertinggi (median = 5,0). Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar responden tersebut mendapatkan informasi RJP secara langsung dengan teknis yang runtut seperti pada pelatihan.

Unit pertanyaan mengenai langkah yang dilakukan ketika melihat orang dalam keadaan tidak sadar, algoritma BHD untuk orang dewasa, dan nomor telepon medis darurat mendapat jawaban benar paling banyak oleh responden. Hasil persentase tinggi jawaban yang benar mengenai langkah yang dilakukan ketika mengetahui seseorang dalam keadaan tidak sadar dan mengenai pengetahuan algoritma BHD pada orang dewasa juga ditemui pada penelitian Chilappa & Waxman.²¹ Hal ini dapat disebabkan karena algoritma BHD disajikan dalam langkah-langkah yang logis dan ringkas sehingga mudah dipelajari, diingat, dan dilakukan pada semua golongan penolong.⁶

Pengetahuan mengenai nomor medis darurat merupakan aspek penting dalam rantai keselamatan hidup korban OHCA. Nomor medis darurat di Indonesia (119) merupakan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang melibatkan masyarakat untuk pelayanan korban gawat darurat berbasis *call center*.²² Hasil dari tingginya persentase responden yang menjawab benar dapat menunjukkan adanya sosialisasi yang terpadu dari Public Safety Center (PSC). Adanya program PSC 119 mendapatkan dampak positif dengan meningkatnya laporan keadaan darurat oleh masyarakat.²³

Sementara itu, unit pertanyaan yang mendapatkan jumlah jawaban benar paling rendah adalah mengenai frekuensi kompresi dada pada orang dewasa dan anak-anak. Hasil yang sama ditemukan pada penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya.¹⁹ Kurangnya pengetahuan mengenai frekuensi kompresi dada pada orang dewasa dan anak-anak, dapat disebabkan karena belum mendapatkan pelatihan RJP dan belum pernah mendapatkan informasi mengenai cara dan aplikasi dalam menolong korban saat terjadi kondisi darurat.²⁴ Dalam penelitian ini, persentase yang telah mendapatkan pelatihan RJP lebih rendah dibandingkan yang telah mendapatkan pelatihan RJP. Jadi, rendahnya jumlah jawaban benar pada pengetahuan tentang frekuensi kompresi, dimungkinkan karena banyaknya responden yang belum mengikuti pelatihan RJP.

Tidak ada perbedaan skor pengetahuan BHD antara laki-laki dan perempuan (median = 4,0). Hasil ini berbeda dengan penelitian Rahmawati *et al.*²⁵ yang menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan BHD pada laki-laki dan perempuan. Adanya persamaan antara hasil pengetahuan antara responden laki-laki dan responden perempuan dapat disebabkan karena responden penelitian kali ini berada pada lingkungan kerja yang sama. Lingkungan pekerjaan dapat memengaruhi seseorang dalam mendapatkan pengetahuan dan pengalaman secara langsung maupun tidak langsung.²⁶

Skor tertinggi pengetahuan BHD didapatkan pada kelompok usia 26 – 35 tahun. Hasil pengetahuan BHD yang bervariasi pada kelompok usia tertentu ini juga dilaporkan oleh Muthmainnah.³ Menurut Hurlock,²⁷ pada usia dewasa awal (19 – 40 tahun) merupakan masa perkembangan individu di posisi puncak. Namun, ketika terjadi penuaan, maka akan terjadi penurunan fungsi kognitif pada salah satu dimensinya, yaitu kecepatan serta ketepatan dalam proses berpikir.²⁸

Dalam penelitian ini, seluruh responden berlatar belakang pendidikan perguruan tinggi dengan skor pengetahuan BHD seluruh responden adalah 4,0. Megahed *et al.*²⁹ berpendapat bahwa pendidikan secara signifikan memengaruhi pengetahuan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seorang individu, maka akan cenderung lebih mudah untuk menerima informasi.³⁰

Sikap mengenai BHD pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan jawaban dari setiap unit pertanyaan. Sikap terhadap BHD diketahui melalui bagaimana respons seseorang terhadap kewajiban untuk mengetahui BHD, keinginan mengikuti pelatihan, keinginan meningkatkan keahlian BHD, serta kesediaan untuk memberikan tindakan BHD.^{21,31,32} Chong *et al.*³¹ melaporkan bahwa terdapat hubungan antara sikap seseorang terhadap BHD dengan keikutsertaan dalam pelatihan BHD.

Sementara itu, mayoritas responden pada penelitian ini belum pernah mengikuti pelatihan BHD (93,2%) yang didominasi alasan tidak tahu tempat pelatihan. Pada pertanyaan mengenai alasan kurangnya pengetahuan BHD, sebagian besar responden menjawab karena tidak ada pelatihan profesional. Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian Fariduddin & Siau³² bahwa alasan tidak mengikuti pelatihan pada sebagian besar responden, lebih banyak karena

tidak mengetahui informasi mengenai pelatihan, dibandingkan masalah biaya. Sementara itu, Chong *et al.*³¹ melaporkan bahwa terdapat hubungan antara sikap seseorang terhadap BHD dengan keikutsertaan dalam pelatihan BHD.

Pelatihan BHD dapat diberikan kepada siapa saja untuk dapat meningkatkan angka keberhasilan penanganan kejadian OHCA. Pada penelitian ini, sebagian besar guru menjawab bahwa pelatihan BHD tidak hanya diberikan kepada tenaga kesehatan, akan tetapi juga dapat diberikan kepada masyarakat umum. Guru sebagai salah satu dari populasi komunitas yang berpotensi menjadi *bystander* pada kejadian OHCA. Promosi BHD atau memberikan pendidikan dan pelatihan kepada komunitas dapat bertujuan untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam memberikan BHD, baik pada keterampilan melakukan RJP maupun defibrilasi.³³

The International Liaison Committee (ILCOR) dan American Heart Association (AHA) telah merekomendasikan BHD sebagai standar kurikulum di sekolah dan menerapkan pelatihan RJP serta *first aid*.³⁴ Namun, belum banyak negara yang menerapkan kurikulum tersebut.³⁵ Di beberapa negara maju di Eropa, yaitu Belgia, Denmark, Perancis, Italia, dan Portugal telah menetapkan kebijakan pelatihan BHD di sekolah.³⁶ Di Amerika Serikat, terdapat 38 negara bagian yang telah menetapkan kebijakan pelatihan BHD. Sementara itu, di Kanada kebijakan kurikulum BHD baru ditetapkan di Ontario.^{37,38}

Apabila kurikulum BHD ditetapkan, maka guru juga harus mendapatkan pelatihan. Menurut sebagian besar responden guru, pelatihan RJP wajib dilakukan di bidang pekerjaan apa pun dan pelatihan RJP wajib dilakukan di sekolah. Sementara itu, sebagian besar responden sangat setuju apabila perawatan gawat darurat wajib diberikan di tempat kerja. Dari hasil tersebut, dapat dikatakan bahwa responden memiliki kesadaran terhadap pentingnya memiliki keterampilan BHD serta memiliki keinginan untuk mengikuti pelatihan BHD. Selain memiliki keterampilan dan kesadaran akan pentingnya BHD, guru juga diharapkan dapat memberikan tindakan BHD secara efektif, apabila terdapat kejadian kegawatdaruratan.³³

Kelemahan pada penelitian ini adalah dari 9 *kaparewon* (*kaparewon* merupakan istilah untuk menggantikan kecamatan, di wilayah 4 kabupaten di DIY) sesuai hasil *cluster sampling*, tidak semua sekolah dapat berpartisipasi pada penelitian ini dikarenakan keterbatasan waktu untuk menindaklanjuti perizinan. Namun, sekolah yang berpartisipasi tetap dapat mewakili populasi. Saran untuk penelitian selanjutnya, agar dapat mempersiapkan perencanaan lebih matang sehingga pelaksanaan penelitian lancar dan sesuai dengan waktu perencanaan.

SIMPULAN DAN SARAN

Guru SMA di Sleman memiliki pengetahuan BHD pada kategori baik. Guru SMA di Sleman memiliki sikap sadar akan pentingnya memiliki keterampilan BHD bagi masyarakat umum dan di bidang pekerjaan apa pun.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh guru SMA Negeri 1 Ngaglik, SMA Negeri 2 Ngaglik, SMA Negeri 1 Ngemplak, SMA Negeri 1 Turi, dan SMA Ma'arif 1 Sleman yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti juga mengucapkan banyak terima kasih kepada ibu Hersinta Retno M., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji pada penelitian ini. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Dr. Afnan Ahmad Sulaiman yang telah mengizinkan kuesioner penelitiannya untuk digunakan sebagai kuesioner dalam penelitian ini. Penelitian ini didukung sepenuhnya oleh skema pendanaan dosen bersama mahasiswa tahun 2021, pada Program Studi Ilmu Keperawatan FK-KMK UGM.

DAFTAR PUSTAKA

- Irfani QI. Bantuan Hidup Dasar. *Jurnal CDK (Cermin Dunia Kedokteran)*. 2019; 46(6): 458–61. <https://doi.org/10.55175/cdk.v46i6.443>.
- Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2018 Update: A Report from The American Heart Association. 2018; 137(12): 13767–13492. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000558>.
- Muthmainnah M. Hubungan Tingkat Pengetahuan Awam Khusus tentang Bantuan Hidup Dasar Berdasarkan Karakteristik Usia di RSUD X Hulu Sungai Selatan. *Jurnal Healthy-Mu*. 2019; 2(2): 31-34. <https://doi.org/10.35747/hmj.v2i2.235>.
- Ana KD, Kusyanti A. Pengetahuan Bantuan Hidup Dasar dengan Tingkat Kecemasan Keluarga pada Pasien Henti Jantung. *J Educ Res*. 2023; 4(1): 100–106. <https://doi.org/10.37985/jer.v4i1.131>.
- Stasiowski M, Głowacki Ł, Gąsiorek J, Majer D, Niewiadomska E, Król S, et al. General Health Condition of Patients Hospitalized after An Incident of In-Hospital or Out-of Hospital Sudden Cardiac Arrest with Return of Spontaneous Circulation. *Clin Cardiol*. 2021; 44(9): 1256–1262. <https://doi.org/10.1002/clc.23680>.
- Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD, Swor RA, Terry M, Bobrow BJ, et al. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015; 132(18): S414–435. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000259>.
- Lami M, Nair P, Gadhvi K. Improving Basic Life Support Training for Medical Students. *Adv Med Educ Pract*. 2016; 7: 241–242. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S102111>.
- Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. 2020; 142(16): 366–468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>.
- AHA. Highlights of The 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC. *Am J Hear Assoc*. 2020; 53(9): 1689–99.
- Yan S, Gan Y, Jiang N, Wang R, Chen Y, Luo Z, et al. The Global Survival Rate among Adult Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients who Received Cardiopulmonary Resuscitation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Crit Care*. 2020; 24(1): 8–13. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>.
- Pei-Chuan Huang E, Chiang WC, Hsieh MJ, Wang HC, Yang CW, Lu TC, et al. Public Knowledge, Attitudes and Willingness Regarding Bystander Cardiopulmonary Resuscitation: A Nationwide Survey in Taiwan. *J Formos Med Association*. 2019; 118(2): 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.07.018>.
- Sudden Cardiac Arrest Foundation. The Following Summary by The Sudden Cardiac Arrest Foundation of Selected Highlights of The American Heart Association Heart and Stroke Statistics - 2022 [homepage on the internet]. c2022. [update 2022; cited 2024]. Available from <https://www.sca-aware.org/about-sudden-cardiac-arrest/latest-statistics>.
- Ojifinni K, Motara F, Laher AE. Knowledge, Attitudes and Perceptions Regarding Basic Life Support among Teachers in Training. *Cureus*. 2019; 11(12): 6302. <https://doi.org/10.7759/cureus.6302>.
- Bakke HK, Bakke HK, Schwebs R. First-aid Training in School: Amount, Content and Hindrances. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017; 61(10): 1361–1370. <https://doi.org/10.1111/aas.12958>.
- Abbas HA, Khudari SY, Almalki RH, Abed RT, Sait SA, Sulaiman AA. Public Knowledge and Attitude toward Basic Life Support in Jeddah, Saudi Arabia. *Int J Community Med Public Heal*. 2021; 8(3): 1082-1090. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20210785>.
- Evelyn S, Winarti W. Determinan Pengetahuan BHD dan Pertolongan Pertama. *Indones J Heal Dev*. 2019; 1(2): 60–71. <https://doi.org/10.52021/ijhd.v1i2.24>.
- Ghrayeb FA, Amro NRN, Rahseed O, Yagi H, Amro R, Amro B. Knowledge and Attitude of Basic Life Support (BLS) among School Teachers in Hebron, Palestine. *Int J Res Med Sci*. 2017; 5(6): 2477-2482. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20172432>.

18. Dursun A, Özsoylu S, Emeklioğlu B, Akyıldız BN. Evaluating The Basic Life Support Knowledge among School Teachers: A Cross-sectional Survey in Kayseri, Turkey. *Turk J Pediatr*. 2018; 60(6): 702–708. <https://doi.org/10.24953/turkped.2018.06.011>.
19. Al Enizi BA, Saquib N, Zaghloul MSA. Knowledge and Attitudes about Basic Life Support among Secondary School Teachers in Al-Qassim, Saudi Arabia. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016; 10(3): 397–404. <https://doi.org/10.12816/0048736>.
20. Alharbi MM, Horaib YF, Almutairi OM, Alsuaideh BH, Alghoraibi MS, Alhadeedi FH, et al. Exploring The Extent of Knowledge of CPR Skills among School Teachers in Riyadh, KSA. *J Taibah Univ Med Sci*. 2016; 11(5): 497–501. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.07.007>.
21. Chilappa R, Waxman MJ. Basic Life Support Awareness and Knowledge in High School Students. *KANSAS J Med*. 2021; 14(1): 38–41. <https://doi.org/10.17161/kjm.vol1414611>.
22. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu [Homepage on The Internet]. c.2016. [update 2016; cited 2024] Available from <https://peraturan.bpk.go.id/Download/130799/Permenkes%20Nomor%2019%20Tahun%202016.pdf>.
23. Pieter GR, Rares JJ, Pioh NR, Indonesia M. Implementasi Kebijakan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu di Kota Bitung (Studi Tentang Public Safety Center). *J Pengelolaan Sumberd Pembang*. 2021; 1(1): 1–10. <https://doi.org/10.35801/jpsp.v1i1.36052>.
24. Basri AH, Istiroha. Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Meningkatkan Pengetahuan dan Kesiapan Menolong Korban Kecelakaan pada Tukang Ojek (Basic Life Support (BLS) Training Improving Knowledge and Readiness to Help Victims of Accidents in Motorcycle Taxi Drivers) Ahmad. *Journals Ners Community*. 2019; 10(2): 185–96. <https://doi.org/10.55129/jnerscommunity.v10i2.918>.
25. Rahmawati WD, Sukmaningtyas W, Muti RT, Bangsa UH. Hubungan antara Jenis Kelamin dan Program. 2021; 4(1): 18–24. <https://doi.org/10.61878/bnj.v4i1.49>.
26. Cahyaningrum ED, Siwi AS. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan Ibu dalam Penanganan Demam pada Anak di Puskesmas I Kembaran Kabupaten Banyumas. *J Publ Kebidanan*. 2018; 9(2): 1–13. <https://ojs.stikesypp.ac.id/index.php/JBP/article/view/450>.
27. Putri AF. Pentingnya Orang Dewasa Awal Menyelesaikan Tugas Perkembangannya. *SCHOULID Indones J Sch Couns*. 2018; 3(2): 35-40. <https://doi.org/10.23916/08430011>.
28. Djajasaputra ADR, Halim MS. Fungsi Kognitif Lansia yang Beraktivitas Kognitif secara Rutin dan Tidak Rutin. *J Psikol*. 2019; 46(2): 85-101. <https://doi.org/10.22146/jpsi.33192>.
29. Megahed AM, Khalil NA, Ibrahim RA, El Disoki RS. Knowledge, Attitude and Practice of Rural Mothers towards Home Injuries among Children under 5 Years of Age in Menouf. *Menoufia Med J*. 2016; 29(4): 1033–1039. <https://doi.org/10.4103/1110-2098.202506>.
30. Budiman, Riyanto A. Kapita Selekta Kuesioner. Susila A, Carolina S, Editors. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
31. Chong KM, Chen JW, Lien WC, Yang MF, Wang HC, Liu SSH, et al. Attitude and Behavior toward Bystander Cardiopulmonary Resuscitation during COVID-19 Outbreak. *PLoS One*. 2021; 16(6): 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252841>.
32. Fariduddin MN, Siau CS. Knowledge, Attitude and Perceptions towards Basic Life Support Training among Student Teachers in A Malaysian University. *Eur J Soc Behav Sci*. 2021; 30(2): 132–145. <https://doi.org/10.15405/ejsbs.295>.
33. Scapigliati A, Zace D, Matsuyama T, Pisapia L, Saviani M, Semeraro F, et al. Community Initiatives to Promote Basic Life Support Implementation—A Scoping Review. *J Clin Med*. 2021; 10(24): 1-17. <https://doi.org/10.3390/jcm10245719>.
34. Cave DM, Aufderheide TP, Beeson J, Ellison A, Gregory A, Hazinski MF, et al. Importance and Implementation of Training in Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillation in Schools: A Science Advisory from The American Heart Association. *Circulation*. 2011; 123(6): 691–706. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31820b5328>.
35. Fernandes JMG, Leite AL dos S, Auto B de SD, de Lima JEG, Rivera IR, Mendonça MA. Teaching Basic Life Support to Students of Public and Private High Schools. *Arq Bras Cardiol*. 2014; 102(6): 593–601. <https://doi.org/10.5935/abc.20140071>.
36. Semeraro F, Wingen S, Schroeder DC, Ecker H, Scapigliati A, Ristagno G, et al. KIDS SAVE LIVES Implementation in Europe: A Survey through The ERC Research NET. *Resuscitation*. 2016; 107: 7–9. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.08.014>.
37. American Heart Association News. CPR Training at School Now Required in 38 States [homepage on the internet]. c.2018. [update 2018; cited 2024] Available from <https://www.heart.org/en/news/2018/08/22/cpr-training-at-school-now-required-in-38-states>.
38. Allan KS, Jefkins TT, O'Neil E, Dorian P, Lin S. Mandating Training is Not Enough: The State of Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Training in Ontario Schools. *CJC Open*. 2021; 3(6): 822–826. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.02.008>.

Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian Fibrinolisis pada Pasien ST Elevation Myocardial Infarction Anterolateral Inferior (STEMI) dengan Syok Kardiogenik: Studi Kasus

Indications and Contraindications in Fibrinolytic Administration for Inferior Anterolateral ST Elevation Myocardial Infarction Patient with Cardiogenic Shock: A Case Report

Galuh Puspito Sari^{1*}, Maryami Yuliana Kosim², Febriana Prananingrum³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

³Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada

Submitted: 21 Maret 2024

Revised: 24 Maret 2024

Accepted: 25 Maret 2024

ABSTRACT

Background: Cardiogenic shock is a complication of STEMI. Fibrinolytic reperfusion is one of the revascularization modalities to prevent death in patients with STEMI. Currently, there is no information regarding the indications and contraindications for cardiogenic shock patients.

Objective: To know the indications and contraindications for fibrinolysis in STEMI patients with cardiogenic shock

Case report: A patient who was diagnosed with STEMI, came to the emergency room at RSA UGM. He felt pain in the left side of the chest which was felt like VAS 8 and persisted for 30 minutes but it did not spread to the back, show shortness of breath, or cold sweat. Acral cold, blood pressure 96/50 mmHg, pulse 92/minute. Diagnosis of anterolateral et inferior STEMI, initial management of STEMI was given and reperfusion therapy was planned.

Outcome: There was a decrease in blood pressure of 88/52 mmHg with MAP 62 mmHg pulse of beats per minute. The patient was given support a dobutamine drip 5mcg/kg/min and then pro referred to RSUP Dr Sardjito for primary PCI due to cardiogenic shock. Based on considerations of cardiogenic shock that occurred in the patient, fibrinolysis therapy was not chosen because the results would not be effectived due to low aortic pressure. The low pressure will interfere with the delivery of fibrinolytic agents.

Conclusion: STEMI with cardiogenic shock adds clinical complexity to the patient. Fibrinolysis is not effective in patients with cardiogenic shock. Thus, primary PCI becomes the best choice of therapy for STEMI patient. In conclusion, cardiogenic shock is a contraindication for fibrinolytic reperfusion.

Keywords: contraindications; fibrinolysis; indication; shock; STEMI

INTISARI

Latar belakang: Syok kardiogenik merupakan komplikasi STEMI. Reperfusi fibrinolisis adalah salah satu modalitas revaskularisasi untuk mencegah kematian pada pasien dengan kasus STEMI. Saat ini, belum ada informasi tentang indikasi dan kontraindikasi pada pasien syok kardiogenik.

Tujuan: Untuk memahami indikasi dan kontraindikasi fibrinolisis pada pasien STEMI dengan syok kardiogenik.

Laporan kasus: pasien datang ke IGD RSA UGM dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri, terasa seperti tertindih, VAS 8 menetap sejak 30 menit, tidak menjalar sampai ke punggung, sesak napas, dan keringat dingin. Akral pasien teraba dingin, tekanan darah 96/50 mmHg, nadi 92x/menit. Diagnosis pasien STEMI anterolateral et inferior, diberikan penatalaksanaan awal STEMI dan direncanakan terapi reperfusi.

Hasil: Terdapat penurunan tekanan darah 88/52 mmHg, MAP 62 mmHg, nadi 94x/menit, lalu pasien diberikan *support drip* Dobutamin 5mcg/kg/menit dan pro rujuk RSUP Dr Sardjito untuk *primary PCI ec cardiogenic shock*. Berdasarkan pertimbangan adanya syok *kardiogenik* yang terjadi pada pasien, terapi fibrinolisis tidak dipilih, mengingat hasilnya tidak akan efektif karena rendahnya tekanan aorta. Tekanan aorta yang rendah akan mengganggu pengantaran agen *fibrinolisis*.

Simpulan: STEMI dengan syok *kardiogenik* menambah kompleksitas klinis pasien. Fibrinolisis tidak efektif pada pasien dengan syok *kardiogenik*, sehingga *primary PCI* menjadi modalitas pilihan. Jadi, dapat disimpulkan bahwa syok *kardiogenik* merupakan kontraindikasi pemberian *reperfusion* fibrinolisis.

Kata kunci: fibrinolisis; indikasi; kontraindikasi; STEMI; syok

PENDAHULUAN

Infark miokardium akut elevasi segmen ST (*ST-elevation myocardial infarction/ STEMI*) merupakan bagian dari spektrum sindrom koroner akut (SKA). Di Indonesia, telah terjadi peningkatan penyakit jantung, yakni sebesar 0,5% pada tahun 2013, meningkat menjadi 1,5% pada tahun 2018.^{1,2} Provinsi D.I. Yogyakarta menempati peringkat ketiga terbanyak penderita penyakit jantung di Indonesia. STEMI merupakan kejadian oklusi total pada pembuluh darah arteri koroner yang dapat menyebabkan infark luas pada miokardium dan ditandai dengan gejala nyeri dada akut, disertai peningkatan segmen ST yang persisten pada hasil dua sadapan elektrokardiogram (EKG) yang bersebelahan.³

Di ruang gawat darurat, penatalaksanaan awal SKA meliputi pemberian Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin, Clopidogrel/ Ticagrelor atau biasa yang disebut MONACO, yang diberikan dengan urutan Oksigen-Aspirin-Clopidogrel/ Ticagrelor-Nitrat-Morpin. Terapi tersebut tidak harus diberikan semua atau bersamaan.⁴

Tatalaksana lanjut pasien STEMI adalah terapi *reperfusion* menggunakan fibrinolisis. Tindakan ini digunakan untuk mengembalikan aliran darah pada otot jantung. Fibrinolisis merupakan strategi *reperfusion* dengan farmakologi, baik yang spesifik terhadap fibrin seperti *tenekteplase*, *reteplase*, dan *alteplase*, maupun yang tidak spesifik seperti *streptokinase*. Indikasi terapi fibrinolisis diberikan dalam 12 jam sejak awitan gejala nyeri dada, tanpa kontraindikasi. Waktu dari kontak medis pertama hingga pemberian agen fibrinolisis (*door to needle*) STEMI adalah 30 menit.³ Pemberian agen fibrinolisis dibagi menjadi tiga dosis, yakni dosis *bolus*, dosis pertama diberikan selama 30 menit, dan dosis kedua diberikan selama 60 menit. Evaluasi keberhasilan fibrinolisis adalah 90 menit sejak dimulainya terapi. Kriteria evaluasi, antara lain hemodinamika stabil, berkurangnya nyeri dada, dan penurunan ST elevasi sebanyak >50% dari sadapan awal.⁵

Fibrinolisis dipilih menjadi modalitas *reperfusion* apabila rumah sakit tersebut belum memiliki fasilitas *primary PCI* dan jarak tempuh ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas *primary PCI* lebih dari dua jam. Namun, pemberian fibrinolisis ini memiliki komplikasi antara lain perdarahan, hipotensi, reaksi alergi, angioedema, syok anafilaksis, dan aritmia *reperfusion*.⁵ Oleh karena itu, perlu dilakukan skrining, apakah pasien memiliki kontraindikasi terhadap agen fibrinolisis atau tidak.

Kontraindikasi fibrinolitik pada pasien STEMI dibagi menjadi kontraindikasi absolut dan kontraindikasi relatif. Kontraindikasi absolut, antara lain stroke hemoragik atau stroke yang belum diketahui penyebabnya dengan awitan kapan pun, stroke iskemik 6 bulan terakhir, kerusakan sistem saraf sentral dan neoplasma, trauma operasi/ trauma kepala berat 3 minggu terakhir, perdarahan saluran cerna dalam satu bulan terakhir, riwayat perdarahan, dan diseksi aorta. Sementara itu, kontraindikasi relatif meliputi riwayat *transient ischaemic attack* (TIA), pemakaian antikoagulan oral, kehamilan atau *postpartum* 1 minggu, terdapat pungsi pembuluh darah yang tidak dapat dikompresi, resusitasi traumatis, hipertensi *refrakter* (sistolik >189 mmHg), ulkus *peptikum* aktif, dan *endokarditis* infeksius.⁶

Komplikasi dan penyebab utama kematian pada pasien STEMI adalah syok *kardiogenik* yang terjadi dalam 6-10% kasus dengan laju mortalitas di rumah sakit mendekati 50%.³ Syok *kardiogenik* didefinisikan sebagai keadaan *hipoperfusi* organ akhir, akibat ketidakmampuan sistem kardiovaskular untuk menyediakan aliran darah yang cukup ke ekstremitas dan organ vital. Iskemia pada miokardium menyebabkan gangguan fungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik, yang mengakibatkan depresi kontraktil miokard yang parah. Secara umum, pasien dengan syok *kardiogenik* menunjukkan tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg disertai tanda-tanda klinis *hipoperfusi*, yang meliputi penurunan keluaran urine, perubahan status mental, dan *vasokonstriksi* perifer. Meskipun syok sering kali terjadi di fase awal setelah awitan infark miokardium akut, tetapi biasanya tidak didiagnosis saat pasien pertama tiba di rumah sakit. Sebanyak 50% syok *kardiogenik* terjadi dalam 67 jam dan 75% syok terjadi dalam 24 jam.³

Berdasarkan hasil fakta di lapangan, penulis menemukan kesenjangan data, yaitu adanya pasien kasus STEMI dengan syok *kardiogenik* yang mengalami kontraindikasi pemberian fibrinolitik. Pada keadaan tersebut dokter tidak memilih memberikan modalitas agen fibrinolitik, tetapi memilih modalitas *primary* PCI. Temuan ini menimbulkan pertanyaan mengapa syok *kardiogenik* dijadikan penentu pemilihan modalitas *reperfusi*. Oleh karena itu, penulis ingin mengetahui lebih lanjut terkait indikasi dan kontraindikasi terapi fibrinolitik pada pasien syok *kardiogenik*.

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mengetahui apakah terapi fibrinolitik pada pasien ST elevasi dengan syok *kardiogenik* merupakan indikasi atau kontraindikasi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan sebuah studi kasus pemilihan modalitas *reperfusi* pada pasien STEMI dengan syok *kardiogenik*. Subjek penelitian adalah seorang pasien pria berusia 74 tahun, datang ke IGD Rumah Sakit Akademik UGM pada 9 Desember 2023 pukul 02.00, dengan mengeluhkan nyeri dada sebelah kiri, terasa tertindih, VAS 8 menetap sejak 30 menit sebelum masuk rumah sakit, dan tidak menjalar sampai ke punggung. Keluhan disertai dengan keringat dingin dan sesak napas. Pasien datang tampak gelisah dan tidak nyaman dengan

posisi telentang. Hasil pemeriksaan tanda vital tekanan darah 96/50 mmHg, nadi 92x/menit reguler, pernapasan 24x/menit, SpO₂ 94%, bunyi napas *ronkhi* ditemukan di seluruh lapang paru. Pasien menjalani perekaman EKG dan pengambilan sampel darah, guna pelacakan SKA. Hasil EKG didapatkan segmen ST elevasi pada *lead* I, II, III, AVF, V5, V6 RBBB dianggap baru pada V2, kadar *troponin* I 10456 ng/dL, dan diketahui pasien memiliki gula darah sewaktu 723 mg/dL. Pasien didiagnosis STEMI *anterolateral et inferior*. Pasien langsung diberikan terapi oksigen melalui nasal *kanul* 4 liter/menit dan terapi obat berupa Aspirin 4 tablet, CPG per oral 4 tablet, Atorvastatin per oral 40 mg. Pasien direncanakan untuk diberi terapi *reperfusi*.

HASIL

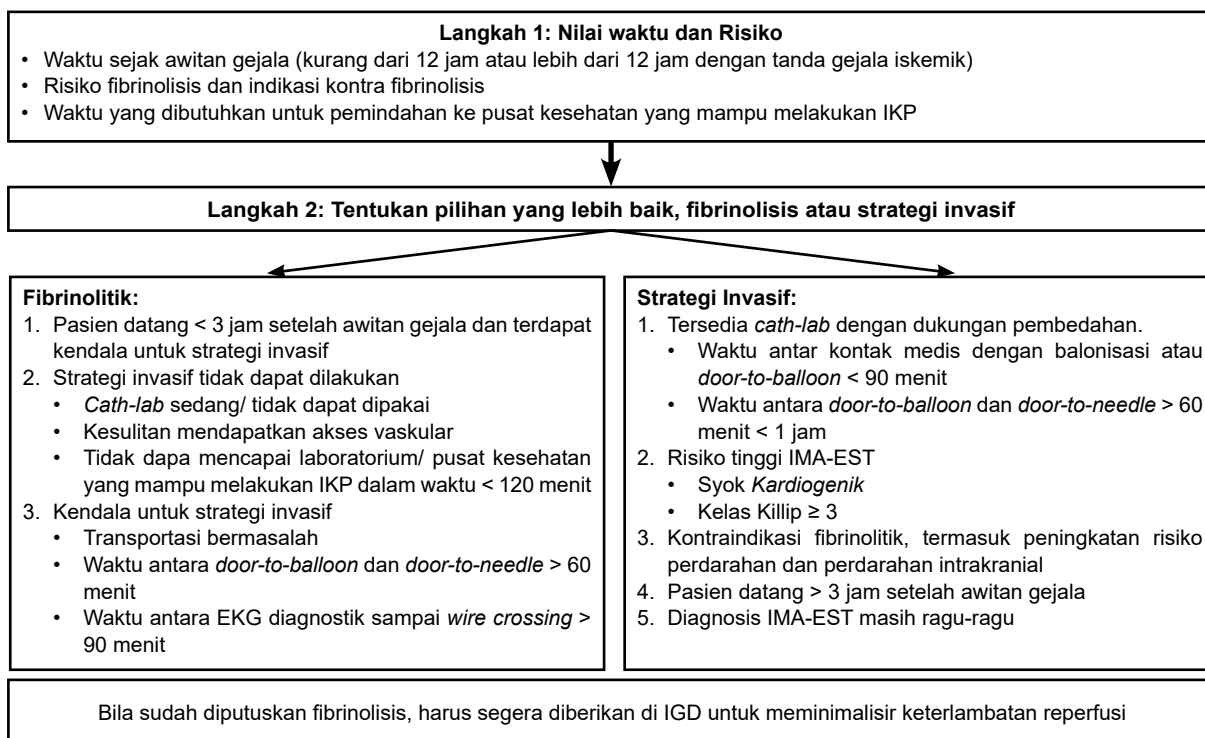
Penatalaksanaan awal SKA menggunakan terapi Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin, Clopidogrel/ Ticagrelor atau biasa yang disebut MONACO, didapatkan hasil penurunan hemodinamika tekanan darah menjadi 88/52 mmHg dengan MAP 62, akral tetap dingin, dan tidak ada penambahan keluaran urine. Pasien dikatakan mengalami syok *kardiogenik*. Tindakan selanjutnya pasien diberi support drip Dobutamin 5mcg/kg/menit dan dirujuk ke RSUP Dr. Sardjito untuk primary PCI akibat syok *kardiogenik*.

PEMBAHASAN

Tujuan dari terapi STEMI adalah pemulihan cepat dari potensi oklusi total pada arteri koroner, memperpendek waktu iskemik, dan mengurangi kemungkinan perluasan infark. Hal ini dilakukan dengan pemberian terapi awal dan dilanjutkan dengan tindakan *reperfusi*. Berdasarkan laporan kasus di atas, pasien telah diberi terapi awal MONACO, yakni Oksigen dan antiplatelet berupa Aspilet dan Clopidogrel. Morfin dan nitrat memang tidak diberikan karena sifat kedua obat tersebut akan berefek pada dilatasi vena.⁴ Hal ini karena dikhawatirkan akan memperburuk kondisi syok *kardiogenik* yang telah terjadi. Sebaliknya, pasien diberikan dukungan farmakologis berupa *vasopressor* Dobutamin, guna meningkatkan curah jantung dengan meningkatkan kontraktil, tanpa peningkatan denyut jantung.⁷ Hal ini sesuai dengan kondisi klinis pada pasien yang memiliki hipotensi, tetapi frekuensi nadi masih dalam batas normal.

Dari kasus tersebut, dapat diketahui bahwa terdapat beberapa langkah dalam menentukan modalitas *reperfusi* pada pasien STEMI.³ Langkah tersebut akan ditampilkan dalam Gambar 1 dan dijelaskan pada Tabel 1 dan 2.

Berdasarkan pemaparan di atas mengenai kondisi klinis pasien dengan kesesuaian pada teori yang ada, maka lebih banyak kesesuaian pada Tabel 2. Dokter beranggapan, walaupun pada pasien tidak ditemukan adanya kontraindikasi pemberian tindakan fibrinolisis, keadaan syok *kardiogenik* yang terjadi, dapat menjadi justifikasi mengapa agen fibrinolisis tidak diberikan. Selain itu, pada pemeriksaan EKG menunjukkan adanya RBBB yang merupakan pertanda prognosis buruk pada pasien yang merupakan pertimbangan untuk *primary* PCI.³



Gambar 1. Langkah-langkah pemberian tindakan fibrinolitik

Tabel 1. Keadaan ketika opsi fibrinolitik lebih baik

Teori	Klinis Pasien	Kesesuaian
Pasien datang kurang dari 3 jam setelah awitan dengan kendala strategi invasif.	Datang awitan <30 menit	Sesuai
Strategi invasif tidak dapat dilakukan berkaitan dengan tidak adanya fasilitas <i>cath-lab</i> , kesulitan vaskular, tidak terdapatnya PCI kurang dari 2 jam.	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien masuk di jalur umum sehingga terdapat fasilitas <i>cath-lab</i> untuk pasien umum. • Akses vaskular mudah. • Fasilitas IKP RSUP Dr. Sardjito dari RSA UGM berjarak 5,4 km dengan waktu tempuh 13 menit. 	Tidak
Kendala strategi invasif berkaitan dengan transportasi bermasalah.	<ul style="list-style-type: none"> • Sarana transportasi tersedia. • Kendala <i>door-to-needle</i> dan <i>balloon</i> lebih dari 2 jam, berupa adanya ketidakstabilan hemodinamika ec syok <i>kardiogenik</i>. 	Tidak

Tabel 1. Keadaan ketika opsi fibrinolitik lebih baik

Teori	Klinis Pasien	Kesesuaian
Tersedia <i>cath-lab</i> dengan dukungan pembedahan.	Tersedia fasilitas <i>cath-lab</i> di RSA UGM	Sesuai
Risiko tinggi STEMI, yaitu syok <i>kardiogenik</i> Killip ≥ 3.	Pasien syok <i>kardiogenik</i> dan STEMI Killip 4.	Sesuai
Kontraindikasi fibrinolitik.	Tidak ada kontraindikasi.	Tidak
Pasien datang >3 jam awitan.	Pasien datang <30 menit dari awitan.	Tidak
Diagnosis STEMI masih ragu.	Tegak diagnosis STEMI.	Tidak

Mekanisme pemberian agen fibrinolitik pemecah *clot* diberikan melalui intravena lalu menuju ke lokasi bekuan.⁵ Pada keadaan syok *kardiogenik* terjadi penurunan curah jantung sehingga tekanan pada aorta juga menurun. Rendahnya tekanan aorta akan mengganggu pengantaran agen fibrinolitik.⁸ Hal ini mengakibatkan tidak efektifnya pemberian agen fibrinolitik. Menurut

peneliti, tidak efektifnya pemberian agen fibrinolisis ini justru memperpanjang waktu iskemik karena pada saat pemberian fibrinolisis membutuhkan waktu kurang lebih 90 menit. Hal ini juga memperpendek waktu *door-to-balloon primary PCI* yang hanya 90 menit.

SIMPULAN DAN SARAN

Kondisi STEMI dengan syok *kardiogenik* dapat menambah kompleksitas kondisi klinis pasien. Fibrinolisis tidak efektif pada pasien dengan syok *kardiogenik*, sehingga *primary PCI* menjadi modalitas pilihan. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa syok *kardiogenik* merupakan kontraindikasi pemberian *reperfusion* fibrinolisis.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami ucapkan kepada pasien beserta keluarga, Program Studi Ners FK-KMK UGM, dan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta yang telah memberikan dukungan pada peneliti sehingga studi kasus ini dapat diselesaikan dengan baik dan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2013 [homepage on the internet]. c.2013. [update 2013; cited 2024]. Available from https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4467/1/Laporan_riskesdas_2013_final.pdf.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hasil Utama Riskesdas 2018 [homepage on the internet]. c.2018. [update 2018; cited 2024]. Available from https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut. 4 ed. Indonesia Heart Association; 2018.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/675/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Sindroma Koroner Akut [homepage on the internet]. c.2019. [update 2019; cited 2024]. Available from https://www.kemkes.go.id/app_asset/file_content_download/17012245296566a05128fce1.82988449.pdf.
5. Baig MU., Bodle J. *Trombolytic Therapy*. San Fransisco: Stat Pearls Publishing; 2024.
6. O Gara P, Ferderick G, Kushner, Deborah D. et al. 2013ACCF/AHA Guideline for The Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. *Journal of The American College of Cardiology*. 2013; 61(4): 362-425. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182742cf6>.
7. Besmaya, Benazier Marcella dan Sidhi Laksono. Manajemen Syok Kardiogenik: Suatu Pedoman Singkat. *Jurnal Medikal Hang Tuah*. 2022; 20(1): 107-121. <http://dx.doi.org/10.30649/htmj.v20i1.334>.
8. Garber PJ, Mathieson AL, Ducas J, Patton JN, Geddes JS, Prewitt RM. Thrombolytic Therapy in Cardiogenic Shock: Effect of Increased Aortic Pressure and Rapid tPA Administration. *Journal Cardiol*, 1995; 11(1): 30-6. <https://doi.org/10.26753/jikk.v13i2.214>.

Pengaruh Edukasi dengan Video Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Kecemasan dalam Pencegahan Covid-19

Influence of Video Education Toward Knowledge, Attitudes, and Anxiety in Preventing Covid-19

Wenny Artanty Nisman^{1*}, Agustina Dwi Rahmawati², Aizizha Syeilla Noverlis²,
Fitria Endang Pratiwi², Ika Parmawati¹, Lely Lusmilasari¹, Itsna Luthfi Kholisa¹

¹Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

Submitted: 03 Februari 2024

Revised: 22 Maret 2024

Accepted: 25 Maret 2024

ABSTRACT

Background: Currently adolescents have limited knowledge about COVID-19. Unfortunately, it needs good understanding and knowledge to break the chain of COVID-19 spreadth. Thus, it is necessary to educate them with video about COVID-19.

Objective: To know the effect of video education on increasing knowledge and attitudes, and reducing anxiety among adolescents in the prevention of COVID-19.

Method: This type of research was a quasi-experimental with a non-equivalent (pretest and posttest) control group design. SMPN A Depok was the intervention group, while SMPN B Depok was the control group. A continuous sampling technique was used to determine the samples in the schools. The video had undergone a content validity test conducted by 3 experts who declared it feasible and valid to provide information about COVID-19. Research instruments in the form of knowledge, attitude and anxiety questionnaires were also declared valid and reliable. Data were analysed using the Mann-Whitney U test.

Results: The score difference of posttest and pretest for knowledges, attitude and anxiety between intervention and control groups were as follows: knowledge ($p = 0,574$), attitude ($p = 0,178$), anxiety ($p=0,144$). COVID-19 education using videos did not have a significant effect on increasing knowledge and attitude, and reducing anxiety in adolescents.

Conclusion: Education using video media can not increase knowledge and reduce anxiety.

Keywords: anxiety; attitude; knowledge; prevention of COVID-19; video education

INTISARI

Latar belakang: Tingkat pengetahuan remaja saat ini tentang COVID-19 masih terbatas. Upaya pemutusan rantai penyebaran COVID-19 memerlukan pemahaman dan pengetahuan yang baik, sehingga perlu edukasi, salah satunya melalui media video.

Tujuan: Mengetahui pengaruh edukasi dengan video terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan penurunan kecemasan remaja dalam pencegahan COVID-19.

Metode: Jenis penelitian adalah *quasi experiment with a nonequivalent (pretest and posttest) control group design*. Lokasi penelitian dilakukan di dua sekolah, yaitu SMPN A Depok sebagai kelompok intervensi dan SMPN B Depok sebagai kelompok kontrol. Penentuan sampel di sekolah dilaksanakan dengan teknik *consecutive sampling*. Video telah melalui uji validitas konten yang dilakukan oleh 3 orang ahli, dinyatakan layak dan valid untuk memberikan informasi tentang COVID-19. Instrumen penelitian berupa kuesioner pengetahuan, sikap, dan kecemasan juga telah dinyatakan valid dan reliabel. Analisis data dengan *Mann-Whitney U test*.

Hasil: Uji beda selisih nilai *posttest* dan *pretest* pengetahuan, sikap, dan kecemasan antara kelompok intervensi dan kontrol sebagai berikut: pengetahuan ($p = 0,574$); sikap ($p = 0,178$); kecemasan ($p=0,144$). Edukasi COVID-19 menggunakan video tidak berpengaruh signifikan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan penurunan kecemasan pada remaja.

Simpulan: Edukasi menggunakan media video belum dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap, serta menurunkan kecemasan secara signifikan pada remaja. Oleh karena itu, diperlukan alternatif metode lain dalam memberikan edukasi pada remaja.

Kata kunci: kecemasan; pencegahan COVID-19 di sekolah; pengetahuan; sikap; video edukasi

PENDAHULUAN

COVID-19 disebabkan oleh infeksi virus Corona jenis baru yang ditemukan di salah satu kota Provinsi Hubei, yaitu Wuhan.¹ Virus tersebut diberi nama *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2).² Virus ini menular secara cepat antar manusia melalui *droplet*.² Di Indonesia, kasus konfirmasi positif COVID-19 pada 24 Desember 2021 adalah 4.261.412.³ Kasus konfirmasi positif COVID-19 di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada 24 Desember 2021 adalah 156.969.³ Gejala individu yang positif COVID-19 muncul setelah terpapar 2-14 hari, yaitu gangguan pernapasan akut, seperti demam, batuk, dan sesak napas, hingga dapat menyebabkan kematian.⁴

Kondisi awal COVID-19 di Indonesia menyebabkan proses pembelajaran dilakukan secara daring.⁵ Setelah kasus COVID-19 terkendali, pemerintah melakukan penyesuaian pembelajaran tatap muka (PTM) terbatas. Penerapan PTM terbatas berisiko memunculkan kluster COVID-19 di sekolah. Pada 22 September 2021, kluster sekolah yang tercatat sebanyak 1.299 kasus, dengan 14 kasus berada di DIY.⁶ Jenjang sekolah menengah pertama (SMP) berada pada peringkat 3 dengan kluster penularan terbanyak.⁶

Siswa SMP berdasarkan usia telah memasuki fase remaja, yaitu usia 10-19 tahun.⁷ Masa remaja merupakan masa perkembangan yang pesat, penemuan jati diri, penerimaan teman sebaya, dan pembentukan nilai-nilai pribadi, sehingga tidak jarang remaja sering melanggar peraturan.⁷

Karakteristik yang dimiliki remaja menjadikan mereka sebagai kelompok yang paling berisiko melanggar protokol kesehatan.⁸ Protokol kesehatan yang rentan dilanggar oleh remaja adalah pembatasan sosial karena remaja cenderung memiliki kelompok sebaya dan kegiatan sosial bersama kelompoknya.⁸ Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko remaja terpapar COVID-19. Pelanggaran protokol kesehatan COVID-19 di DIY mayoritas dilakukan oleh remaja.⁹ Kasus COVID-19 pada anak dan remaja di Indonesia merupakan kasus tertinggi di dunia, yaitu: 11% sampai 12%.¹⁰ Kasus positif COVID-19 pada anak dan remaja di Indonesia adalah 12,6% dari total kasus positif.¹⁰

Hasil survei yang dilakukan oleh UNICEF terhadap 4.000 remaja di dunia terkait COVID-19 menunjukkan bahwa terdapat 25% remaja yang tidak tahu sama sekali tentang COVID-19. Bahkan, beberapa remaja hanya mengetahui gejala positif COVID-19 saja.¹¹ Sebanyak 30% masyarakat Indonesia memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang COVID-19.¹² Masyarakat di Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang COVID-19 sebanyak 21,8%.¹³ Upaya pemutusan rantai penyebaran COVID-19 memerlukan pemahaman

dan pengetahuan yang baik.¹⁴ Pengetahuan merupakan kemampuan untuk menerima, mempertahankan, dan menggunakan informasi yang dipengaruhi oleh pengalaman serta keterampilan.¹⁵ Pengetahuan merupakan hasil dari rasa tahu, melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga, terhadap objek tertentu.¹⁶

Selain itu, sikap juga berperan dalam kepatuhan protokol kesehatan. Sikap adalah pendapat pribadi terhadap objek atau stimulus tertentu, berupa senang, tidak senang, setuju, tidak setuju, dan sebagainya.¹⁶ Sikap memengaruhi niat melakukan tindakan dan perilaku.¹⁷ Sikap yang baik terhadap COVID-19 memengaruhi kepatuhan protokol kesehatan.¹⁸

Selain pengetahuan dan sikap, remaja juga mudah mengalami kecemasan diakibatkan informasi yang keliru dan kurang tepat, terkait pandemi.¹⁹ Kecemasan adalah kondisi emosional yang tidak menyenangkan, ditandai oleh perasaan ketegangan, ketakutan, dan kekhawatiran, serta adanya pengaktifan sistem saraf pusat.¹⁹ Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya masalah mental yang serius pada remaja.

Oleh karena itu, penting untuk memberikan edukasi kepada remaja, salah satunya melalui media video. Dengan adanya video, harapannya remaja dapat menerima informasi melalui indra penglihatan dan pendengaran secara optimal. Pada beberapa penelitian sebelumnya membuktikan bahwa pemberian edukasi melalui video lebih efektif dibandingkan media poster, dalam meningkatkan sikap remaja tentang hidup bersih dan sehat, sikap tentang bahaya Napza, dan sikap tentang pernikahan dini.²⁰⁻²² Begitu pula dengan kecemasan, penggunaan video sebagai media pendidikan kesehatan, terbukti berpengaruh terhadap penurunan nilai kecemasan remaja.²³ Namun penelitian terkait pengaruh pendidikan dengan video edukasi terhadap pengetahuan, sikap dan kecemasan pada siswa SMP di Kabupaten Sleman belum pernah dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi dengan video terhadap pengetahuan, sikap, dan kecemasan dalam upaya pencegahan COVID-19.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment with a nonequivalent (pretest and posttest) control group design*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2021.

Subjek penelitian adalah remaja berusia 12-17 tahun atau siswa-siswi SMP. Besar sampel dihitung menggunakan rumus sampel analisis numerik-numerik berpasangan, dengan hasil perhitungan sampel minimal adalah 94 sampel.²⁴

Penelitian dilakukan di Kabupaten Sleman karena merupakan kabupaten dengan angka COVID-19 tertinggi. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *random sampling* untuk pemilihan 1 dari 17 kecamatan yang ada di Kabupaten Sleman, yang akhirnya terpilih Kecamatan Depok. Pemilihan sekolah juga dilakukan dengan teknik *random sampling*, dari 5 SMP negeri di Kecamatan Depok, terpilih SMPN A Depok sebagai kelompok intervensi dan SMPN B Depok sebagai kelompok kontrol. Sampel dari penelitian ini sebanyak 103 siswa-siswi kelas 7, 8, dan 9 dari masing-masing sekolah.

Penentuan sampel siswa di sekolah dilaksanakan dengan teknik *consecutive sampling*. Berdasarkan kriteria inklusi: siswa SMP yang terdaftar aktif, berusia 12-17 tahun, dapat mengoperasikan *smartphone*, yang meliputi WhatsApp, menonton video, mengakses Google Form, dan Zoom Meeting. Sementara kriteria eksklusi adalah siswa SMP yang sakit atau tidak dapat mengikuti seluruh rangkaian penelitian (*pretest*, edukasi tentang COVID-19 melalui media video, dan *posttest*).

Video edukasi dikembangkan oleh Nursing UGM di tahun 2020 berjudul "Edukasi – Adaptasi Kebiasaan Baru di Sekolah". Video berdurasi 12 menit 39 detik ini, berisi informasi tentang COVID-19 dan cara-cara pencegahannya, terutama di lingkungan sekolah. Video telah melalui uji validitas konten yang dilakukan oleh 3 orang ahli dengan hasil bahwa video ini layak dan valid untuk memberikan informasi tentang COVID-19.

Instrumen pengetahuan mengenai COVID-19 disusun oleh Yanti *et al.*,¹² yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan pilihan jawaban benar dan salah. Benar diberikan skor 1 dan salah skor 0. Kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitas dengan hasil valid dan reliabel (*Cronbach's Alpha* 0,770). Instrumen pengukuran sikap yang digunakan adalah kuesioner sikap terhadap COVID-19 yang dikembangkan oleh Suryaatmaja & Wulandari.²⁵ Kuesioner sikap terhadap COVID-19 tersebut, terdiri dari 14 pernyataan *favourable* dalam skala *Likert*. Kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitas ulang dengan hasil valid dan reliabel (*Cronbach's Alpha* 0,908).

Kecemasan di masa pandemi pada remaja, diukur menggunakan kuesioner *Coronavirus Anxiety Scale (CAS)* yang dikembangkan oleh Lee²³ dalam bahasa Inggris. Kuesioner tersebut telah diujikan oleh pengembang dan menunjukkan bahwa CAS adalah instrumen yang dapat diandalkan (*Alpha* > 0,90), dengan validitas faktorial (faktor tunggal; *invarian* lintas sosio-demografi) dan validitas konstruk (berhubungan dengan gangguan kecemasan, depresi, pemikiran bunuh diri, dan mekanisme koping dengan obat-obatan/ alkohol) yang baik.²³ Instrumen ini telah melewati tahap translasi dan uji pilot. Total pertanyaan dalam kuesioner *Coronavirus Anxiety Scale (CAS)* adalah 5 pertanyaan yang mencakup 5 komponen dalam gejala kecemasan psikologis, yaitu *dizziness*, *sleep disturbances*, *tonic immobility*, *appetite loss*, dan *abdominal distress*.

Tiap butir pernyataan yang terdapat pada CAS digolongkan dalam skala 5 poin, dari 0 (tidak sama sekali) hingga 4 (hampir setiap hari dalam 2 minggu terakhir). Pola pelaksanaan ini sama halnya dengan pengukuran gejala lintas sektoral yang terdapat dalam DSM-5. Total skor CAS ≥ 9 mengindikasikan adanya kecemasan disfungsional terkait COVID-19. Oleh karena itu, peningkatan nilai pada suatu butir pernyataan atau total skor yang tinggi (CAS ≥ 9) dapat menunjukkan adanya gejala yang mengganggu pada seorang individu, sehingga mungkin perlu diadakan penilaian dan/atau pengobatan lebih lanjut.

Proses penelitian dilaksanakan dengan metode daring karena penerapan pembelajaran daring sebagai dampak pandemi COVID-19. Proses penelitian, meliputi: *pretest*, edukasi kesehatan dengan video, tanya jawab, serta *posttest*. Post-test pengetahuan dan sikap

dilakukan pada hari yang sama, sedangkan *posttest* kecemasan dilakukan 14 hari kemudian.²²

Penelitian telah mendapatkan izin kelayakan etik dari Komisi Etik FK-KMK UGM dengan nomor KE/FK/0831/EC/2021. Semua responden yang setuju terlibat dalam penelitian diminta untuk mengisi *informed consent* sebelumnya.

HASIL

Gambaran karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1. Berdasarkan tabel karakteristik responden didapatkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan di kedua kelompok, berada di kelas 7, dan telah mendapatkan edukasi tentang COVID-19 sebelumnya.

Mayoritas responden belum pernah terdiagnosis COVID-19 dan memiliki pengalaman anggota keluarga terdiagnosis COVID-19. Mayoritas responden juga mengaku belum pernah mengalami kehilangan orang terdekat akibat COVID-19.

Tabel 1. Karakteristik kelompok intervensi dan kontrol Tahun 2021 (n=206)

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi (n = 103)	Kelompok Kontrol (n = 103)	p
	f (%)	f (%)	
Jenis kelamin			0,771
Laki-laki	37 (35,9)	35 (34,0)	
Perempuan	66 (64,1)	68 (66,0)	
Kelas			0,000*
7	87 (84,5)	58 (56,3)	
8	6 (5,8)	45 (43,7)	
9	10 (9,7)	0 (0,0)	
Pengalaman mendapat informasi tentang COVID-19			0,749
Belum pernah	27 (26,2)	25 (24,3)	
Sudah pernah	76 (73,8)	78 (75,7)	
Sumber informasi COVID-19 yang digunakan			0,058
Televisi	48 (46,6)	34 (33,0)	
Internet	52 (50,5)	66 (64,1)	
Handphone	1 (1,0)	0 (0,0)	
lainnya	2 (1,9)	3 (2,9)	
Pengalaman terdiagnosis COVID-19			0,417
Belum pernah	91 (88,3)	87 (84,5)	
Sudah pernah	12 (11,7)	16 (15,5)	
Pengalaman anggota keluarga terdiagnosis COVID-19			0,312
Belum pernah	62 (60,2)	69 (67,0)	
Sudah pernah	41 (39,8)	34 (33,0)	
Pengalaman kehilangan orang terdekat karena COVID-19			0,287
Belum pernah	88 (85,4)	93 (90,3)	
Sudah pernah	15 (14,6)	10 (9,7)	
Keanggotaan dalam organisasi PMR/ UKS/ semacamnya			0,017*
Tidak	95 (92,2)	102 (99,0)	
Ya	8 (7,8)	1 (1,0)	

Mayoritas responden pada kedua kelompok tidak tergabung dalam PMR/ UKS/ semacamnya. Hasil uji homogenitas menunjukkan bahwa responden tidak homogen dalam karakteristik kelas dan keanggotaan organisasi PMR/ UKS/ semacamnya. Pada kelompok kontrol, jumlah responden yang berada di kelas 7 dan 8 jumlahnya hampir sama, sedangkan di kelompok intervensi didominasi oleh siswa kelompok 7. Sementara dalam hal keanggotaan ekstra kurikuler, hampir semua responden pada kelompok kontrol mengakui tidak mengikutinya.

Uji homogenitas untuk *pretest* dilakukan untuk mengetahui apakah *baseline* nilai pengetahuan, sikap dan kecemasan pada kedua kelompok sama atau tidak. Uji homogenitas dilakukan menggunakan uji *Mann Whitney*. Hasil ditampilkan pada Tabel 2 yang menunjukkan bahwa nilai *pretest* ketiga variabel pada kedua kelompok bersifat homogen.

Tabel 2. Uji homogenitas *pretest* kelompok intervensi dan kontrol

Variabel	Nilai <i>Pretest</i> Kelompok Intervensi	Nilai <i>Pretest</i> Kelompok Kontrol	p
	Median (<i>Min-Max</i>)	Median (<i>Min-Max</i>)	
Nilai pengetahuan	9 (5-18)	9(4-10)	0,175
Nilai sikap	63 (48-70)	63 (28-70)	0,593
Nilai kecemasan	0 (0-8)	1,5 (0-8)	0,592

Keterangan: *) *Mann-Whitney U*, signifikan *p value* < 0,05

Untuk mengetahui pengaruh edukasi dengan video dilakukan analisis uji beda selisih data *pretest* dan *posttest* pada masing-masing kelompok. Uji beda dilakukan menggunakan *Wilcoxon test* karena data variabel pengetahuan, sikap, dan kecemasan tidak terdistribusi normal. Hasil analisis ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Uji beda nilai *pretest* dan *posttest* variabel pengetahuan, sikap, dan kecemasan pada kedua kelompok tahun 2021 (n = 206)

Kelompok	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	p
	Median (<i>Min-Max</i>)	Median (<i>Min-Max</i>)	
Pengetahuan kelompok intervensi	9 (5-18)	9 (4-10)	0,912
Pengetahuan kelompok kontrol	9 (4-10)	9 (7-20)	0,773
Sikap kelompok intervensi	63 (48-70)	65 (48-70)	0,000*
Sikap kelompok kontrol	63 (28-70)	63 (14-70)	0,037*
Kecemasan kelompok intervensi	0 (0-8)	0 (0-8)	0,007*
Kecemasan kelompok kontrol	0 (0-8)	0 (0-8)	0,001*

Keterangan: *) *Wilcoxon Signed Rank Test*, signifikan *p value* < 0,05

Tabel 3 menunjukkan bahwa perubahan nilai pengetahuan pada kelompok intervensi dan kontrol tidak signifikan ($p > 0,05$). Perubahan nilai sikap pada kelompok intervensi dan kontrol berbeda signifikan ($p < 0,05$). Begitupun dengan perubahan nilai kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang juga bersifat signifikan ($p < 0,05$).

Tabel 4 menunjukkan perubahan nilai *posttest* dan *pretest* pada masing-masing kelompok. Variabel pengetahuan pada kelompok intervensi, sebanyak 18 (17,5%) responden mengalami peningkatan, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 14 (13,6%) responden yang mengalami peningkatan. Untuk variabel sikap, responden yang mengalami peningkatan sikap berjumlah 47 (45,6%) pada kelompok intervensi dan 39 (37,9%) pada kelompok kontrol. Untuk

variabel kecemasan, sebanyak 17 (16,5%) responden yang mengalami penurunan kecemasan pada kelompok intervensi dan 14 (13,6%) responden pada kelompok kontrol. Namun mayoritas responden di kedua kelompok tidak mengalami perubahan nilai dari ketiga variabel tersebut.

Tabel 4. Frekuensi perubahan nilai pengetahuan, sikap, dan kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tahun 2021 (n = 206)

Variabel	Perubahan Nilai		
	Menurun	Meningkat	Tidak Berubah
	f (%)	f (%)	f (%)
Kelompok Intervensi (n = 103)			
Pengetahuan	18 (17,5)	18 (17,5)	67 (65,0)
Sikap	17 (16,5)	47 (45,6)	39 (37,9)
Kecemasan	17 (16,5)	5 (4,9)	81 (78,6)
Kelompok Kontrol (n = 103)			
Pengetahuan	17 (16,5)	14 (13,6)	72 (69,9)
Sikap	24 (23,3)	39 (37,9)	40 (38,8)
Kecemasan	14 (13,6)	0 (0,0)	89 (86,4)

Selisih nilai *posttest* dan *pretest* pada semua variabel dari kedua kelompok tidak terdistribusi normal, sehingga penulis menggunakan uji *Mann Whitney U*. Hasil analisis ab ditunjukkan pada Tabel 5. Dari hasil analisis didapatkan bahwa semua nilai $p > 0,05$. Artinya tidak terdapat perbedaan pengetahuan, sikap dan kecemasan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol. Dapat disimpulkan bahwa edukasi dengan video tidak memengaruhi pengetahuan, sikap dan kecemasan responden.

Tabel 5. Uji beda selisih nilai *posttest* dan *pretest* variabel pengetahuan, sikap, dan kecemasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tahun 2021 (n = 206)

Variabel	Kelompok Intervensi			Kelompok Kontrol			p
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
Selisih <i>posttest</i> dan <i>pretest</i> pengetahuan	0	0	10	0	0	10	0,574
Selisih <i>posttest</i> dan <i>pretest</i> sikap	1	0	15	1	0	56	0,178
Selisih <i>posttest</i> dan <i>pretest</i> kecemasan	0	0	3	0	0	3	0,144

Keterangan: *) *Mann-Whitney U*, signifikan p value $< 0,05$

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, sebanyak 17,5% responden kelompok intervensi mengalami peningkatan nilai pengetahuan setelah menerima pendidikan kesehatan tentang COVID-19 melalui media video. Namun, hasil analisis selisih nilai *posttest* dan *pretest* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Dengan demikian, dapat diketahui bahwa pendidikan kesehatan menggunakan media video tidak memberikan dampak signifikan terhadap pengetahuan siswa SMP tentang COVID-19.

Tidak berpengaruhnya pendidikan kesehatan dengan video terhadap peningkatan pengetahuan dapat disebabkan antara lain: proses edukasi ini dilaksanakan secara daring menyebabkan peneliti tidak dapat mengontrol responden dalam proses penelitian secara maksimal. Peneliti tidak dapat memastikan bahwa responden benar-benar memperhatikan video yang ditampilkan. Peneliti sudah memberikan anjuran untuk mengaktifkan kamera,

tetapi tidak semua responden dapat melakukannya karena kendala sinyal. Selain itu, setiap responden memiliki kemampuan penyerapan informasi dan intensitas perhatian yang berbeda-beda, dalam menyimak informasi melalui video edukasi. Durasi video yang cukup lama lebih dari 6 menit berdampak pula pada menurunnya intensitas perhatian responden sehingga menyebabkan tidak adanya perubahan pengetahuan responden, walaupun telah mengikuti pendidikan kesehatan.²³

Hasil analisis variabel sikap diketahui bahwa terdapat perbedaan signifikan antara nilai *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Walaupun sama-sama berbeda signifikan, peningkatan nilai rata-rata variabel sikap pada kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Pada *posttest*, mayoritas responden kelompok intervensi (45,63%) mengalami peningkatan nilai, sedangkan mayoritas responden kelompok kontrol (38,83%) tidak mengalami perubahan nilai. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa, nilai *posttest* dan *pretest* kelompok intervensi berbeda secara signifikan ($p = 0,000$), sedangkan perbedaan selisih nilai *posttest* dan *pretest* pada kedua kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan bahwa tidak berbeda secara signifikan ($p = 0,059$). Dapat disimpulkan edukasi kesehatan tentang COVID-19 menggunakan media video tidak berpengaruh signifikan terhadap sikap siswa SMP.

Sikap merupakan kecenderungan penilaian pribadi terhadap suatu objek, permasalahan, atau stimulus.²³ Sikap menggambarkan kecenderungan untuk melakukan perilaku.²⁶ Sikap terhadap COVID-19 berarti kecenderungan individu untuk melakukan perilaku yang bermanfaat dalam pencegahan COVID-19.

Hasil penelitian ini berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya. Mamesah & Wijaya²⁷ melakukan intervensi dengan media audiovisual untuk meningkatkan sikap siswa terhadap pencegahan COVID-19 di sekolah. Hasil penelitian Mamesah & Wijaya²⁷ menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan dapat meningkatkan sikap terhadap pencegahan COVID-19. Pemberian stimulus melalui gambar dan suara (video) membantu responden menjadi lebih tanggap dalam berpikir dan bertindak. Siregar *et al.*²⁸ juga melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video. Kelompok responden yang diberikan intervensi pendidikan kesehatan melalui media video, mengalami peningkatan nilai sikap yang berbeda secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol.²⁸ Pada penelitian Nurhumairah²⁹ dibuktikan bahwa edukasi tentang kesehatan reproduksi dengan media video dapat mengubah pengetahuan, sikap, dan perilaku pencegahan keputihan pada remaja putri. Selain itu, penelitian Siregar²⁸ juga menuliskan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pengetahuan dan sikap remaja setelah diberikan intervensi dengan media audiovisual, terkait bahaya merokok.

Terdapat beberapa alasan mengapa hasil penelitian ini mendapati hasil yang berbeda (tidak signifikan). Yale *attitudes change theory* menyatakan bahwa terdapat perantara internal perubahan sikap, yaitu: perhatian, pemahaman, dan penerimaan.³⁰ Ketiga perantara tersebut harus dijaga agar terjadi perubahan sikap yang signifikan. Peneliti tidak dapat sepenuhnya

mengontrol perhatian responden selama edukasi diberikan. Yale *attitudes change theory* juga menyatakan bahwa sikap awal sangat menentukan signifikansi perubahan yang terjadi.³⁰

Saat pengambilan data, sekolah kontrol menjadi kluster COVID-19 sekolah baru, sehingga edukasi protokol kesehatan sangat digalakkan oleh pihak sekolah. Hal tersebut dapat berpengaruh terhadap sikap kelompok kontrol, walaupun tidak mendapat intervensi dari peneliti. Kelompok intervensi maupun kontrol sama-sama mengalami perubahan nilai, sehingga perbedaan yang terjadi antara keduanya tidak signifikan. Pada penelitian ini, edukasi kesehatan tentang COVID-19 berpengaruh terhadap perubahan sikap siswa SMP, tetapi media video tidak memberikan hasil yang berbeda dengan edukasi yang selama ini sudah dilakukan di sekolah. Pada penelitian ini, peneliti tidak dapat mengontrol sumber informasi lain tentang COVID-19 yang didapat oleh responden.

Pada variabel kecemasan, hasil analisis perubahan nilai *posttest* dan *pretest* menunjukkan bahwa mayoritas responden kelompok intervensi mengalami penurunan nilai kecemasan yang berarti menunjukkan hasil baik/positif, sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas nilainya tetap. Hasil analisis perbedaan rata-rata nilai *posttest* dan *pretest* kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan adanya perbedaan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Mundakir *et al.*,³¹ yang menjelaskan bahwa terjadi perubahan tingkat skor kecemasan yang dialami oleh responden, setelah diberikan intervensi berupa penayangan audiovisual. Adanya penurunan skor kecemasan secara bertahap, yakni responden yang sebelumnya masuk dalam klasifikasi kecemasan ringan, setelah mengikuti pendidikan kesehatan, terjadi penurunan menjadi kategori tidak cemas. Responden yang semula masuk kategori kecemasan sedang, setelah mengikuti pendidikan kesehatan, maka tingkat kecemasannya menurun menjadi kecemasan ringan.

Gangguan kecemasan yang tidak diatasi dapat menyebabkan beban yang signifikan pada kualitas hidup dan kesejahteraan individu.³² Gangguan kecemasan ditandai dengan perasaan khawatir, kewalahan, dan takut yang terus-menerus, berlebihan, serta tidak realistis tentang hal sehari-hari. Status dan penyebaran wabah merupakan stresor tersendiri bagi tiap individu. Situasi pandemi dapat memengaruhi kondisi psikologis seseorang secara luas, mulai dari cara berpikir dalam memahami informasi tentang sehat dan sakit, perubahan emosi (takut, khawatir, cemas), dan perilaku sosial (menghindar, stigmatisasi, perilaku sehat). Tanda dan gejala pasien dengan kecemasan adalah perasaan khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, serta mudah tersinggung, pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut, pasien mengatakan takut bila sendiri atau pada keramaian dan banyak orang, mengalami gangguan pola tidur, dan disertai mimpi yang menegangkan.

Namun dari hasil uji beda selisih kecemasan antara kelompok intervensi dan kontrol didapati perbedaannya tidak signifikan. Dapat disimpulkan edukasi dengan video tidak berpengaruh terhadap kecemasan responden. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian oleh Wahyuni *et al.*,³³ telah terbukti bahwa pemberian pendidikan kesehatan melalui

media video berhasil menurunkan nilai kecemasan pada siswa. Selanjutnya, ditegaskan oleh penelitian Daryanto,³⁴ bahwa pemberian pendidikan kesehatan menggunakan media video terbukti dapat menurunkan tingkat kecemasan karena media video memudahkan untuk mengingat, mengembangkan imajinasi, dan memperjelas hal-hal yang abstrak, serta memberikan penjelasan yang lebih realistis dibandingkan dengan media cetak.

Video merupakan media yang terdiri dari unsur audio dan visual.³⁵ Informasi yang disajikan melalui media video menjadi lebih mudah dipahami karena gabungan indra pendengaran dan penglihatan.³⁶ Hasil penelitian sebelumnya, menunjukkan bahwa penggunaan video kondisi asli yang dikombinasikan dengan animasi, lebih menarik perhatian responden.³³ Media video dipilih untuk meningkatkan ketertarikan responden. Gabungan unsur gambar dan suara diharapkan dapat meningkatkan perhatian responden terhadap materi yang disampaikan. Berbeda dengan teori yang sudah ada, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tentang COVID-19 menggunakan media video tidak dapat signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap, serta menurunkan kecemasan dalam pencegahan COVID-19.

Proses penelitian dilakukan secara daring, pada masa pandemi COVID-19. Metode daring ini membuat peneliti tidak dapat mengontrol perhatian responden dalam memahami isi video. Metode daring juga menghambat interaksi peneliti dan responden untuk berdiskusi mengenai isi video. Selain itu, intensitas paparan video yang hanya 1 pertemuan juga dapat mengakibatkan perubahan yang terjadi pada ketiga variabel tidak cukup signifikan. Selain itu edukasi yang diberikan melalui video, tidak sepenuhnya diterima dan diserap dengan baik oleh responden karena pemberian edukasi dilaksanakan secara daring melalui Zoom. Penelitian ini tidak dapat mengobservasi secara langsung, perhatian dan konsentrasi responden saat menyimak video edukasi. Selain itu, imbauan untuk mengaktifkan kamera, belum dapat dilaksanakan oleh semua responden karena terkendala sinyal internet yang kurang stabil. Untuk itu, perlu mengontrol dan meneliti faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi efektivitas pemberian intervensi, antara lain: proses intervensi diupayakan secara luring, untuk memastikan responden berkonsentrasi saat menyimak video yang diberikan, lama/waktu intervensi, dan frekuensi pemberian intervensi.

SIMPULAN DAN SARAN

Pemberian edukasi menggunakan video tidak dapat meningkatkan pengetahuan, dan sikap serta menurunkan kecemasan remaja, dalam pencegahan COVID-19. Terdapat berbagai faktor yang perlu dipertimbangkan dalam memberikan edukasi dengan media video, di antaranya: proses edukasi (daring atau luring), fokus perhatian responden, lama waktu edukasi, frekuensi, dan variabel lain yang dapat memengaruhi hasil, seperti sumber informasi lain yang diterima responden.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penyusunan artikel ini tidak akan berjalan lancar tanpa bantuan dan dukungan berbagai pihak. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Ibu Eko Mardyaningsih, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. Mat., Ibu Wiwin Lismidiati, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. Mat, Ibu Yanita Trisetyaningsih, S. Kep., Ns., M. Kep, serta pihak SMP A Depok, SMP B Depok, SMP C Depok. Peneliti juga mengucapkan terima kasih atas dukungan dana hibah penelitian yang diberikan oleh Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Singhal T. Review of Coronavirus Disease-2019. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2020; 87(4): 281-286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.
2. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 Pathophysiology: A Review. *Clinical Immunology*. 2020; 215(108472): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108427>.
3. Worldmeter. Indonesia; Retrieved from Covid-19 Coronavirus Pandemic [Homepage on The Internet]. c.2021. [Update 2021; Cited 2024]. Available from <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/indonesia/>.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease-19 (COVID-19) [Homepage on The Internet]. c.2020. [Update 2020; Cited 2024]. Available from <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/pedoman-pencegahan-dan-pengendalian-covid-19/view>.
5. Martoredjo NT. Pandemi COVID-19: Ancaman atau Tantangan Bagi Sektor Pendidikan? [Homepage on The Internet]. c.2020. [Update 2020; Cited 2024]. Available from <https://core.ac.uk/download/pdf/328807842.pdf>.
6. Dihni VA. Jumlah Kluster COVID-19 di Sekolah [Homepage on The Internet]. c.2021. [Update 2021; Cited 2024]. Available from <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/09/23/imbas-ptm-1299-sekolah-jadi-kluster-covid-19>.
7. Anu DB, Acquah PA. Social Challenges of Adolescent Secondary School Students in Ghana: Evidence from Cape Coast School. *International Journal of Adolescent and Youth*. 2021; 26(1): 529-240. <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.2011332>.
8. Nivette A, Ribeaud D, Murray A, Steinhoff A, Bechtiger L, Hepp U, et al. (2021). Non-compliance with COVID-19 Related Public Health Measures among Young Adults in Switzerland: Insight A Longitudinal Cohort Study. *Social Science & Medicine*. 2021; 1982(268): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113370>.
9. Priatmojo G. Satpol PP DIY Temukan Mayoritas Pelanggar Protokol Kesehatan Usia Remaja [Homepage on The Internet]. c.2020. [Update 2020; Cited 2024]. Available from <https://jogja.suara.com/read/2020/09/09/143732/satpol-pp-diy-temukan-mayoritas-pelanggar-protokol-kesehatan-usia-remaja>.
10. Margarini E. (2021). Lindungi Anak dan Remaja Kita dari Varian Baru COVID-19 [Homepage on The Internet]. c.2021. [Update 2021; Cited 2024]. Available from <https://promkes.kemkes.go.id/lindungi-anak-dan-remaja-kita-dari-varian-baru-covid-19>.
11. Habibie. UNICEF Survei 4.000 Remaja Terkait Covid-19, 70 persen Percaya Langkah Pemerintah [Homepage on The Internet]. c. 2021. [Update 2021; Cited 2024]. Available from <https://www.merdeka.com/peristiwa/unicef-survei-4000-remaja-terkait-covid-19-70-persen-percaya-langkah-pemerintah.html>.
12. Yanti NPED, Nugraha I MAP, Wisnawa GA, Agustina NPD, & Diantar NPA. Gambaran Pengetahuan Masyarakat tentang Covid-19 dan Perilaku Masyarakat di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 2020; 8(4): 485-491. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.4.2020.491-504>.
13. Rahman NE, Tyas AW, Nadhilah A. (2021). Hubungan Pengetahuan tentang Covid-19 terhadap Sikap Stigma Masyarakat pada Orang yang Bersinggungan dengan Covid-19. *Social Work Journal*. 2021; 10(2): 209. <https://doi.org/10.24198/share.v10i2.29614>.
14. Mona N. Konsep Isolasi dalam Jaringan Sosial untuk Meminimalkan Efek Contagious (Kasus Penyebaran Virus Corona di Indonesia). *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*. 2020; 2(2); 117–125. <https://doi.org/10.7454/jsh.v2i2.86>.
15. Siltrakool B. Assessment of Community Pharmacists' Knowledge, Attitude and Practice Regarding Non-prescription Antimicrobial Use and Resistance 104 in Thailand [Thesis]. School of Life and Medical Sciences University of Hertfordshire; 2017.
16. Donsu JDT. Psikologi Keperawatan. Yogyakarta: Rineka Cipta; 2019.
17. Morissan. Teori Komunikasi Individu hingga Massa. Jakarta: Kencana; 2013.
18. Ratul AI, Hasan E, Hossain MA, Khan NM. Attitude toward COVID-19 among Young Adults: Psychological Distress [Thesis]. Departement of Management Information System, University of Dhaka; 2020.
19. Hartono, Y. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba medika; 2012.
20. Aeni Q, Beniarti F, Warsito BE. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Pemutaran Video tentang PHBS Cuci Tangan terhadap Pengetahuan dan Sikap. *Jurnal Keperawatan*. 2015; 7(2): 1-5. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.7.2.2015.1-5>.

21. Islamiyah F. Pengaruh Promosi Kesehatan dengan Media Video dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Pernikahan Dini di SMP Negeri 2 Sanden Bantul [Skripsi]. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiah; 2017.
22. Purnama AP. Efektivitas Penggunaan Media Video dan Media Leaflet terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Siswa tentang Bahaya Napza di SMP Negeri 3 Mojosongo [Skripsi]. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2013.
23. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A Brief Mental Health Screener for COVID-19 Related Anxiety. *Death Studies*. 2020; 44(7): 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>.
24. Dahlan, M. S. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. 5 ed. Jakarta: Salemba Medika; 2020.
25. Suryaatmaja, DJ, Wulandari IS. Hubungan Tingkat Kecemasan terhadap Sikap Remaja Akibat Pandemi COVID-19. *MANUJU: Malahayati Nursing Journal*. 2020; 2(4): 820-829. <http://dx.doi.org/10.33024/mnj.v2i4.31.31>.
26. Kaim A, Jaffe E, Siman-Tov M, Khairish E, Adini B. Impact of A Brief Educational Intervention on Knowledge, Perceived Knowledge, Perceived Safety, and Resilience of The Public during Covid-19 Crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(16): 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165971>.
27. Mamesah MM, Wijaya H. Effect of Health Education with Audio-visual Media as COVID-19 Prevention on Hand Washing Behaviour in School Age Children. *Journal of Scientific Health*. 2022; 1(2): 97-106. <https://journal.ifpublisher.com/index.php/jsh/article/view/88>.
28. Siregar S, Rochadi K, Maas LT. The Effect of Audio-visual Media on Adolescent Knowledge and Attitude toward Smoking Dangerous at Secondary High School 2 Halongonan Subdistrict, Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services*. 2019; 2(3): 164-171. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i3.147>.
29. Nurhumairah ST. The Effect of Reproductive Health Education with Video Learning Multimedia and Education on The Increasing of Knowledge and Attitude about Prevention of Fluor Albus Pathology of Female Adolescent. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*. 2020; 7(4): 61-167. <http://dx.doi.org/10.18415/ijmmu.v7i4.1618>.
30. Stone DL, Lukaszewski KM. An Expanded Model of The Factors Affecting The Acceptance and Effectiveness of Electronic Human Resource Management System. *Human Resource Management Review*. 2009; 19: 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2008.11.003>.
31. Mundakir M, Masfiyah I, Hasanah U, Sukadiono. Menurunkan Kecemasan Remaja pada Masa Pandemi Covid-19 melalui Pendidikan Kesehatan secara Daring di Dukuh Sutorejo Kecamatan Mulyorejo. *PakMas (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat)*. 2021; 2(2): 354-358. <https://doi.org/10.54259/pakmas.v2i2.1269>.
32. Balaratnasingam S, Janca A. Mass Hysteria Revisited, *Current Opinion in Psychiatry*. 2006; 19(2): 171–174. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000214343.59872.7a>.

Gambaran Rasa Takut Pasien *Diabetic Foot Ulcer* (DFU) terhadap Tindakan Amputasi di RSUP Dr. Sardjito

Morbid Fear of Amputation among Patients with Diabetic Foot Ulcers in Dr. Sardjito General Hospital

Indah Rizky¹, Intansari Nurjannah^{2*}, Christantie Effendy³, Suko Basuki⁴, Sri Wandansari⁴,
Ulfa Hikmawati⁴

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

⁴Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito

Submitted: 01 Agustus 2023

Revised: 27 Maret 2024

Accepted: 28 Maret 2024

ABSTRACT

Background: Diabetes is often associated with complications in the lower extremities, including diabetic foot ulcer (DFU). One of the risks associated with DFU is amputation. Previous studies have found a high risk of amputation in DFU cases. Prior research also indicates that fear affects the effectiveness of therapy and the quality of life of DFU patients.

Objective: To describe the fear of amputation in patients with DFU at Dr. Sardjito Hospital.

Method: Descriptive study used quantitative approach involving 84 participants from January to April 2022 at Dr. Sardjito Hospital. Sampling was done by total sampling through cross-sectional method. The instrument used was the Fear Scale Measurement (FSM) with a scale of 1-10. The higher FSM scores indicated the higher level of fear. Fear was analyzed univariately (frequency, percentage, and mean). Kruskal Wallis Test was used to observe the description of fear based on respondent's characteristics.

Results: Overall, the average level of fear based on FSM was at level 4 (severe anxiety). Around 30,9% were at level 1 (calmness), and 16,7% were at level 3 (moderate anxiety). The smallest percentage, which was 3,6% of the respondents, experienced fear level 8 (severe fear) and level 10 (panic). It was also found that respondents without a history of amputation experienced significantly higher levels of fear.

Conclusion: This study described how the morbid fear of patients with DFU in Dr. Sardjito Hospital varies. Most of the respondents are at the level of calmness to moderate anxiety with an average fear of FSM level 4 (severe anxiety). Respondents without a history of amputation experience significantly higher levels of fear.

Keywords: amputation; diabetic foot; diabetic ulcer; fear

INTISARI

Latar belakang: Diabetes sering dikaitkan dengan komplikasi ekstremitas bawah, termasuk *diabetic foot ulcer* (DFU). Salah satu risiko akibat DFU adalah amputasi. Studi sebelumnya menemukan risiko amputasi pada DFU masih tinggi. Hasil penelitian sebelumnya juga menemukan ketakutan memengaruhi efektivitas terapi dan kualitas hidup penderita DFU.

Tujuan: Mengetahui gambaran rasa takut terhadap amputasi pada pasien DFU di RSUP Dr. Sardjito.

Metode: Penelitian deskriptif ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan 84 responden, dilaksanakan pada bulan Januari-April 2022 di RS Dr. Sardjito. Pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* secara *cross-sectional*. Instrumen yang digunakan adalah *Fear Scale Measurement* (FSM) dengan skala 1-10. Semakin tinggi *score* FSM menunjukkan peningkatan level rasa takut. Rasa takut dianalisis secara *univariat* (frekuensi, persentase, dan *mean*). Uji Kruskal Wallis digunakan untuk melihat gambaran rasa takut berdasarkan karakteristik responden.

Hasil: Secara keseluruhan, rata-rata level rasa takut responden menurut skor FSM adalah level 4 (*severe anxiety*). Sebanyak 30,9% responden mencapai level 1 (*calmness*) dan sebesar 16,7% berada di level 3 (*moderate anxiety*). Jumlah paling sedikit, sebanyak 3,6% responden mengalami rasa takut level 8 (*severe fear*) dan level 10 (*panic*). Selain itu, didapatkan hasil bahwa responden tanpa riwayat amputasi, mengalami level takut yang lebih tinggi secara signifikan.

Simpulan: Penelitian ini menggambarkan bagaimana ketakutan pasien DFU di RSUD Dr. Sardjito. Sebagian besar responden berada pada tingkat *calmness* hingga *moderate anxiety* dengan rata-rata ketakutan FSM level 4 (*severe anxiety*). Responden tanpa riwayat amputasi mengalami level takut yang lebih tinggi secara signifikan.

Kata kunci: amputasi; kaki diabetes; ulkus diabetes; takut

PENDAHULUAN

Diabetes merupakan penyakit *sistemik* yang dapat bermanifestasi pada anggota ekstremitas bawah, termasuk *diabetic foot ulcer* (DFU) dan infeksi kaki yang merupakan penyebab utama terjadinya morbiditas serta mortalitas pada pasien diabetes.¹ Sekitar 15% sampai 25% pasien diabetes akan mengalami ulkus diabetes selama hidupnya, sehingga menjadi penyebab utama terjadinya amputasi *nontraumatic* di dunia.² Selain itu, salah satu risiko terjadinya DFU, yakni adanya riwayat *ulserasi* atau DFU sebelumnya.³

Takut didefinisikan sebagai suatu respons terhadap persepsi ancaman yang dikenali sebagai suatu hal berbahaya, baik hal buruk yang sedang atau pun akan terjadi.^{4,5} Studi sebelumnya menyebutkan bahwa individu dengan diabetes tipe 2 mengalami beberapa ketakutan, antara lain *neuropati*, kerusakan penglihatan, amputasi, disfungsi seksual, dan dialisis.^{6,7} Studi oleh Wukich⁸ menemukan bahwa pasien diabetes dengan *diabetic foot disease* (DFD) lebih takut mengalami amputasi daripada kematian, sedangkan pada orang tanpa keluhan kaki, ditemukan lebih takut pada kebutaan.⁸ Selain itu, studi sebelumnya juga menemukan bahwa orang dengan diabetes tipe 2 memiliki ketakutan atas keberhasilan manajemen diri terapi diabetes. Rasa takut pada kemungkinan komplikasi yang ditimbulkan, termasuk komplikasi berupa amputasi ini, dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup, baik secara mental maupun fisik, sehingga berdampak pada efektivitas terapi.⁶

Amputasi akibat DFU merupakan kondisi yang dapat dicegah. Tingginya angka amputasi dapat dikaitkan dengan beberapa hal, yaitu keterlambatan mencari pengobatan, buruknya kontrol glikemik pada pasien diabetes, serta rendahnya kesadaran terkait perawatan kaki.^{9,10} Ketika DFU sudah menjadi gangren dan mengancam jiwa, maka tindakan amputasi menjadi solusi yang ditawarkan untuk mengatasi kondisi tersebut.⁹

Risiko dilakukannya amputasi pada pasien DFU berdasarkan studi sebelumnya masih cukup tinggi. Sejalan dengan hal ini, ada banyak faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya amputasi pada pasien DFU dan juga ditemukan bahwa angka *reamputasi* cukup tinggi pada pasien DFU. Peneliti melakukan pencarian literatur, ternyata penelitian terkait deskripsi rasa takut terhadap tindakan amputasi khususnya pada penderita diabetes dengan DFU, belum ditemukan. Berdasarkan hal tersebut, studi ini dilakukan bertujuan untuk

mengetahui gambaran rasa takut terhadap amputasi pada pasien DFU di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP Dr. Sardjito.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan desain *cross-sectional*. Pengambilan data dilaksanakan mulai 1 Januari hingga 30 April 2022 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito.

Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, yaitu jumlah sampel sama dengan jumlah populasi.¹¹ Subjek dalam studi ini sebanyak 84 orang yang merupakan pasien perawatan kaki dan bersedia mengikuti penelitian sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien diabetes tipe 2, usia ≥ 18 tahun, dan mengalami DFU. Kriteria eksklusi berupa pasien diabetes selain tipe 2.

Instrumen yang digunakan dalam studi ini adalah *Fear Scale Measurement* (FSM) yang terdiri dari 7 unit pertanyaan positif menggunakan skor 0-10 (skor 0 = tidak takut sama sekali dan 10 = merasa paling takut).¹² Interpretasi rasa takut dijabarkan berdasarkan spektrum "*level of fear*". Skor lebih tinggi diinterpretasikan sebagai peningkatan rasa takut.¹³ Pengambilan data dilakukan secara langsung dengan metode wawancara kuesioner.

Instrumen FSM sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 55 responden untuk mengukur rasa takut terhadap COVID-19. Hasil uji validitas menunjukkan nilai $F = 12,6$ dan $Sig. \leq 0,286$ yang menunjukkan bahwa instrumen tersebut valid. Uji reliabilitas menggunakan *Intraclass Correlation Coefficients* (ICC) adalah sebesar 0,98 yang berarti FSM sudah reliabel.^{11,14} Penelitian ini melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen menggunakan 30 sampel yang terpakai secara acak. Uji validitas dilakukan dengan melakukan korelasi skor butir dengan skor total. Kriteria pengujian jika r hitung $>$ r tabel dengan taraf signifikansi 0,05, maka dinyatakan valid. R tabel dengan 30 responden, yaitu 0,361 (*cut of point*).¹² Hasil analisis validitas mendapatkan r hitung 0,750 - 0,918 yang menunjukkan r hitung $>$ r tabel sehingga instrumen FSM dalam penelitian ini dinyatakan valid. Uji reliabilitas dilakukan menggunakan teknik *Cronbach's Alpha* dengan interpretasi jika *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,60, maka dapat dikatakan reliabel.¹² Hasil uji reliabilitas FSM dalam penelitian ini menunjukkan hasil *Cronbach's Alpha* 0,94 yang berarti instrumen FSM dalam studi ini dinyatakan reliabel.

Analisis data dilakukan secara *univariat* untuk mengetahui frekuensi dan persentase data karakteristik responden. Rasa takut dianalisis secara *univariat* untuk mengetahui frekuensi, persentase, dan *mean*. Uji beda Kruskal Wallis digunakan untuk melihat gambaran rasa takut berdasarkan karakteristik responden.

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan izin kelayakan etik (*ethical clearance*) dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada pada 3 November 2021 dengan nomor KF/FK/1194/EC/2021.

HASIL

Gambaran karakteristik responden penelitian ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik demografi dan klinis responden di Poli Penyakit Dalam RSUP Dr. Sardjito (n = 84)

Karakteristik Demografis dan Klinis	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean ± SD
Usia			57,15 ± 9,76
18-40 tahun	7	8,3	
41-60 tahun	45	53,6	
> 60 tahun	32	38,1	
Jenis kelamin			
Perempuan	36	42,9	
Laki-laki	48	57,1	
Pekerjaan			
PNS	9	10,7	
Wiraswasta	18	21,4	
Pensiunan	18	21,4	
IRT	15	17,9	
Pegawai	2	2,4	
Tidak bekerja	10	11,9	
Petani	5	6	
Buruh	3	3,6	
Lainnya	4	4,8	
Status perkawinan			
Belum menikah	2	2,4	
Menikah	71	84,5	
Janda	6	7,1	
Duda	5	6	
Pendidikan terakhir			
Tidak sekolah	2	2,4	
SD	10	11,9	
SMP	11	13,1	
SMA	33	39,3	
S1	23	27,4	
Pascasarjana	5	6	
Lama diabetes			11,35 ± 7,99
≤ 10 tahun	43	51,2	
> 10 tahun	41	48,8	
Penggunaan insulin			
Tidak	7	8,3	
Ya	77	91,7	
Lama DFU			1,2 ± 1,49
≤1 tahun	55	65,5	
>1 tahun	29	34,5	
Riwayat amputasi			
Tidak	62	73,8	
Ya	22	26,2	
DFU berulang			
Tidak	54	64,3	
Ya	30	35,7	
Tingkat perawatan luka*			
Ringan	27	32,1	
Sedang	44	52,4	
Berat	13	15,5	

Keterangan: *) Berdasarkan catatan medis dengan simpulan yang dibuat oleh perawat yang menangani pasien

Berdasarkan kategori usia, sebanyak 53,6% responden merupakan kelompok usia 41-60 tahun dengan rata-rata usia keseluruhan responden 57,15 tahun. Responden didominasi oleh laki-laki (57,1%), pekerja wiraswasta (23,8%), pensiunan (23,8%), menikah (84,5%), dan pendidikan terakhir SMA (39,3%). Sebanyak 48,8% responden telah terdiagnosis diabetes selama lebih dari 10 tahun. Mayoritas responden (91,7%) telah menggunakan insulin. Sebanyak 65,5% responden telah mengalami DFU selama ≤ 1 tahun dengan rata-rata lama DFU 1,2 tahun. Mayoritas responden dalam penelitian ini tidak memiliki riwayat amputasi (73,8%), tidak mengalami DFU berulang (64,3%), dan mendapatkan perawatan luka tingkat sedang (52,4%).

Gambaran rasa takut responden ditampilkan pada Tabel 2. Berdasarkan Tabel 2 didapatkan bahwa secara keseluruhan level ketakutan responden adalah $3,54 \pm 3,00$ yang diinterpretasikan sebagai level 4 (*severe anxiety*). Namun mayoritas responden (30,9%) mencapai level 1 (*calmness*), dan paling sedikit responden (3,6%) mengalami rasa takut level 8 (*severe fear*), dan 10 (*panic*). Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa 3 responden memiliki nilai FSM maksimal, yaitu 10 (*panic*). Mereka menyampaikan bahwa selama ini mengalami penurunan nafsu makan, tidak bisa tidur, lemas, dan sering sesak napas ketika berpikir mengenai risiko amputasi dari kondisi DFU yang dialami.

Tabel 2. Gambaran rasa takut pasien DFU di Poli Penyakit Dalam RSUP Dr. Sardjito (n = 84)

Level	Fear Scale Measurement (FSM)	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean \pm SD
	Nilai FSM secara keseluruhan			3,54 \pm 3,00
0-1	<i>Calmness</i>	26	30,9	
2	<i>Mild anxiety (Nervousness)</i>	8	9,5	
3	<i>Moderate anxiety (Vigilance)</i>	14	16,7	
4	<i>Severe anxiety (Restlessness)</i>	8	9,5	
5	<i>Mild stress (Tense)</i>	6	7,1	
6	<i>Severe Stress (Distress)</i>	6	7,1	
7	<i>Mild Fear (Fright)</i>	5	6,0	
8	<i>Severe Fear (Dread)</i>	3	3,6	
9	<i>Terror</i>	5	6,0	
10	<i>Panic</i>	3	3,6	

Gambaran analisis pertanyaan FSM secara detail ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil analisis unit pertanyaan FSM (n = 84)

Item	Mean \pm SD
Item 1. Rasa takut saya terkait: amputasi	5,44 \pm 3,80
Item 2. Rasa nyaman saya jika berpikir tentang: amputasi	5,13 \pm 3,92
Item 3. Jika berpikir tentang: amputasi dan kondisi tangan saya.	1,45 \pm 2,92
Item 4. Perasaan takut kehilangan nyawa karena: amputasi	2,58 \pm 3,76
Item 5. Saat melihat berita atau cerita tentang: amputasi di sosial media, saya menjadi cemas	4,37 \pm 3,79
Item 6. Pola tidur saya ketika saya khawatir saya dilakukan: amputasi	2,57 \pm 3,84
Item 7. Detak jantung saya saat berpikir saya dilakukan: amputasi	3,30 \pm 3,87

Berdasarkan Tabel 3, diketahui pertanyaan nomor 1 dengan bunyi pertanyaan “rasa takut saya terkait: amputasi (0 = tidak takut, 10 = merasa paling takut)” cenderung memiliki rata-rata skor paling tinggi, yaitu $5,44 \pm 3,80$. Sementara pertanyaan nomor 3 dengan bunyi pertanyaan “jika berpikir tentang: amputasi, kondisi tangan saya (0 = tidak basah, 10 = basah kuyup)”

cenderung memiliki rata-rata skor paling rendah, yaitu $1,45 \pm 2,92$. Gambaran rasa takut berdasarkan karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 4.

Tabel 4. Karakteristik demografi dan klinis responden di Poli Penyakit Dalam RSUP Dr. Sardjito (n = 84)

Karakteristik Demografis dan Klinis	Mean \pm SD	Interpretasi	p value
Usia			0,637
18-40 tahun	4,29 \pm 2,43	<i>Severe anxiety</i>	
41-60 tahun	3,60 \pm 2,87	<i>Severe anxiety</i>	
> 60 tahun	3,28 \pm 3,33	<i>Moderate anxiety</i>	
Jenis kelamin			0,202
Perempuan	4,44 \pm 3,16	<i>Severe anxiety</i>	
Laki-laki	2,85 \pm 2,72	<i>Moderate anxiety</i>	
Pekerjaan			0,495
PNS	2 \pm 2,00	<i>Mild anxiety</i>	
Wiraswasta	3,44 \pm 2,46	<i>Moderate anxiety</i>	
Pensiunan	3,33 \pm 2,77	<i>Moderate anxiety</i>	
IRT	4,8 \pm 2,96	<i>Mild stress</i>	
Pegawai	4 \pm 2,83	<i>Severe anxiety</i>	
Tidak bekerja	5,3 \pm 3,53	<i>Mild stress</i>	
Petani	3,2 \pm 1,48	<i>Moderate anxiety</i>	
Buruh	5,67 \pm 3,06	<i>Severe stress</i>	
Lainnya	2,5 \pm 1,29	<i>Moderate anxiety</i>	
Status perkawinan			0,972
Belum menikah	4,50 \pm 2,12	<i>Mild stress</i>	
Menikah	3,31 \pm 2,97	<i>Moderate anxiety</i>	
Janda	5,83 \pm 2,48	<i>Severe stress</i>	
Duda	3,60 \pm 3,78	<i>Severe anxiety</i>	
Pendidikan terakhir			0,300
Tidak sekolah	5,5 \pm 6,36	<i>Severe stress</i>	
SD	3,8 \pm 2,57	<i>Severe anxiety</i>	
SMP	5,45 \pm 2,98	<i>Mild stress</i>	
SMA	3,39 \pm 2,65	<i>Moderate anxiety</i>	
S1	3,74 \pm 2,63	<i>Severe anxiety</i>	
Pascasarjana	1,8 \pm 1,10	<i>Mild anxiety</i>	
Lama diabetes			0,631
\leq 10 tahun	3,91 \pm 2,61	<i>Severe anxiety</i>	
> 10 tahun	3,61 \pm 2,93	<i>Severe anxiety</i>	
Penggunaan insulin			0,530
Tidak	4,29 \pm 2,50	<i>Severe anxiety</i>	
Ya	3,47 \pm 3,06	<i>Moderate anxiety</i>	
Lama DFU			0,322
\leq 1 tahun	3,56 \pm 3,05	<i>Severe anxiety</i>	
>1 tahun	3,48 \pm 2,96	<i>Mild anxiety</i>	
Riwayat amputasi			0,035*
Tidak	3,89 \pm 3,04	<i>Severe anxiety</i>	
Ya	2,55 \pm 2,76	<i>Moderate anxiety</i>	
DFU berulang			0,922
Tidak	3,63 \pm 3,06	<i>Severe anxiety</i>	
Ya	3,37 \pm 2,97	<i>Moderate anxiety</i>	
Tingkat perawatan luka*			0,364
Ringan	3,07 \pm 3,01	<i>Moderate anxiety</i>	
Sedang	3,48 \pm 2,90	<i>Moderate anxiety</i>	
Berat	4,69 \pm 3,30	<i>Mild stress</i>	

Keterangan: *) Berdasarkan catatan medis dengan simpulan yang dibuat oleh perawat yang menangani pasien

Berdasarkan Tabel 4 didapati hasil bahwa nilai *Asymp. Sig* < 0,05 hanya didapatkan pada kriteria riwayat amputasi. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor FSM yang signifikan pada orang yang tidak memiliki riwayat amputasi dan yang sudah mengalami amputasi. Responden yang tidak mengalami riwayat amputasi memiliki skor takut lebih tinggi dibandingkan yang sudah.

PEMBAHASAN

Rata-rata skor rasa takut pada pasien DFU dalam studi ini adalah $3,54 \pm 3,00$ yang diinterpretasikan sebagai level 4 (*severe anxiety*). Sejalan dengan studi sebelumnya yang menemukan bahwa ancaman terjadinya amputasi pada pasien DFU mampu memicu kondisi stres. Hal tersebut terjadi karena semakin tinggi derajat DFU, maka semakin tinggi juga risiko amputasi. Selain itu, amputasi juga berdampak pada kondisi psikologis, berupa penurunan kepercayaan diri dan estetika diri.¹⁵ Didukung oleh studi sebelumnya yang menemukan bahwa rasa takut mengalami amputasi, lebih tinggi daripada rasa takut akan kematian/ meninggal dunia, infeksi kaki, atau *end stage renal disease* (ESDR).⁸ Studi lainnya juga menemukan bahwa individu dengan diabetes tipe 2 mengalami beberapa ketakutan, antara lain: neuropati, kerusakan penglihatan, amputasi, disfungsi seksual, dan dialisis.^{6,7}

Berdasarkan analisis *item* pertanyaan FSM, diketahui bahwa *item* pertanyaan 1 yang merupakan pengutaraan rasa takut secara verbal, cenderung menunjukkan level paling tinggi. Sementara unit pertanyaan 3 yang merupakan kondisi secara fisik ketika mengalami takut, cenderung menunjukkan nilai rendah. Hal ini sejalan dengan hasil FSM mayoritas responden yang menunjukkan level 0-1 (*calmness*) dan 3 (*moderate anxiety*). Secara verbal, responden mengatakan takut, tetapi mayoritas responden tidak mengalami manifestasi gejala secara fisik dari rasa takut yang dirasakan.^{12,13} Hal yang menarik dari penelitian ini, adanya 3 responden dengan nilai FSM maksimal, yaitu 10 (*panic*), mengalami keluhan fisik akibat rasa takut yang dialami. Keluhan secara fisik yang dialami responden berupa penurunan nafsu makan, tidak bisa tidur, lemas, dan sering sesak napas, ketika berpikir mengenai risiko amputasi akibat kondisi DFU yang dialami. Salah satu responden dengan nilai FSM 10 merupakan responden yang telah disarankan dokter untuk amputasi, tetapi responden tersebut menolak. Sementara itu, satu responden lain yang juga memiliki nilai FSM 10, tampak menangis ketika dilakukan pengambilan data kuesioner FSM.

Berdasarkan analisis uji beda rasa takut berdasarkan karakteristik responden, ditemukan bahwa tidak ada perbedaan rasa takut berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan, lama diabetes, penggunaan insulin, lama DFU, adanya ulkus berulang dan tingkat perawatan. Namun, terdapat perbedaan rasa takut berdasarkan riwayat amputasi. Responden tanpa riwayat amputasi mengalami *severe anxiety* (FSM level 4) dan responden dengan riwayat amputasi mengalami *moderate anxiety* (FSM level 3). Hal ini dapat terjadi karena responden dengan riwayat amputasi sudah memiliki pengalaman amputasi

sehingga secara psikologis lebih adaptif. Berdasarkan konsep adaptasi psikologis, orang yang belum pernah mengalami amputasi dan pengalaman luka sebelumnya, terbukti memiliki level rasa takut lebih tinggi. Hal ini dapat terjadi karena seseorang belum memiliki pengalaman sebelumnya sehingga khawatir tentang perawatan lebih lanjut.¹³ Selain itu, adanya dukungan sosial dan keluarga menjadi faktor yang berperan dalam penerimaan kondisi *pasca* amputasi.¹⁶

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa gambaran rasa takut pasien DFU di RSUP Dr. Sardjito cukup bervariasi. Gambaran rasa takut ini sebagian besar berada pada tingkat *calmness* hingga *moderate anxiety* dengan rerata rasa takut pada FSM level 4, yaitu cemas berat/*severe anxiety*. Responden tanpa riwayat amputasi mengalami rasa takut satu level lebih tinggi daripada responden dengan riwayat amputasi. Berdasarkan hasil studi ini, disarankan bagi perawat untuk lebih memperhatikan kondisi psikologis pasien DFU, yang berupa keluhan secara fisik maupun psikologis, akibat dari rasa takut yang dialami, terutama pada pasien tanpa riwayat amputasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh responden yang terlibat. Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada pimpinan dan staf di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah banyak memberikan arahan dan bantuan selama proses pengambilan data.

DAFTAR PUSTAKA

1. Del Core MA, Ahn J, Lewis RB, Raspovic KM, Lalli TAJ, Wukich DK. The Evaluation and Treatment of Diabetic Foot Ulcers and Diabetic Foot Infections. *Foot Ankle Orthop*. 2018; 3(3). <https://doi.org/10.1177/2473011418788864>.
2. Martínez Delgado MM. Clinical case: complicated diabetic foot ulcer. *Rev Esp Sanid Penit*. 2018;20(3):121–124. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30908567>.
3. Rina, Setyawan H, Nugroho H, Hadisaputro S, Pamayun TGD. Faktor-faktor Risiko Kejadian Kaki Diabetik pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 (Studi Kasus Kontrol di RSUP dr. M. Djamil Padang). *J Epidemiol Kesehat Komunitas*. 2016; 1(2): 48–60. <https://doi.org/10.14710/j.e.k.k.v1i2.3943>.
4. Herdman T. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. Jakarta: ECG; 2018.
5. Cambridge Dictionary. Fear [homepage on the internet]. c.2020. [update 2020; cited 2024]. Available from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/learner-english/fear>.
6. Sherman LD, Williams JS. Perspectives of Fear as A Barrier to Self-Management in Non-Hispanic Black Men with Type 2 Diabetes. *Heal Educ Behav*. 2018; 45(6): 987-996. <https://doi.org/10.1177/1090198118763938>.
7. Arend F, Müller UA, Schmitt A, Voigt M, Kuniss N. Overestimation of Risk and Increased Fear of Long-Term Complications of Diabetes in People with Type 1 and 2 Diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019; 127(10): 645-652. <https://doi.org/10.1055/a-0977-2667>.
8. Wukich DK, Raspovic KM, Suder NC. Patients with Diabetic Foot Disease Fear Major Lower-Extremity Amputation More Than Death. *Foot Ankle Spec*. 2017; 20(10): 1–5. <https://doi.org/10.1177/1938640017694722>.
9. Pamayun TGD, Naibaho RM. Diabetic Foot Ulcer Registry at A Tertiary Care Hospital in Semarang, Indonesia: An Overview of Its Clinical Profile and Management Outcome. *Diabetes Manag*. 2016; 6(4): 82–9.
10. Kam A, Efendi YP, Decroli GP, Rahmadi A. Editors. *Diabetes Melitus Tipe 2*. 1st ed. Padang, Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran: Universitas Andalas; 2019.
11. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta; 2009.
12. Nurjannah I, Novianti Z, Suharto A, Sudarmo, M.Y, Hariyadi K. Su Jok Therapy by Twist and Seed Method of Therapy to Reduce The Level of Fear on COVID-19's Patient: A Case Series. *Int J Res Med Sci*. 2021; 9(10): 3148-3155. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20213947>.
13. Ntokos S. Level of Fear : Analysis of Fear Spectrum into A Tool to Support Horror Game Design for Immersion and Fear. *Comput Game Dev Educ An Int J*. 2018; 1(1): 33–43. <https://aircse.org/journal/ijcgde/papers/1113cgdej03.pdf>.
14. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. 2nd ed. Bandung: Alfabeta; 2019.

15. Kurdi F, Kholis AH, Hidayah N, Fitriyani M. Stres Pasien dengan Ulkus Kaki Diabetikum di Al Hijrah Wound Care Center Jombang. *J Ilm Keperawatan*. 2020; 6(1): 1-9. <https://doi.org/10.33023/jikep.v6i1.577>.
16. Tabita G, Ruri S, Kristiana IF. Kuterima Kekuranganku (Studi Fenomenologis Dekriptif tentang Pengalaman Psikologis Penderita Diabetes Mellitus Pasca-Amputasi). *Empati*. 2017; 6(1): 206–214. <https://doi.org/10.14710/empati.2017.15213>.

Hubungan antara Persepsi Penyakit dengan Manajemen Diri pada Penderita Hipertensi

The Correlation between Illness Perception and Self-Management in Patient with Hypertension

Shofia Nurmalita Hamiidah¹, Uki Noviana^{2*}, Haryani³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Jiwa dan komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

Submitted: 23 Maret 2024

Revised: 27 Maret 2024

Accepted: 23 Maret 2024

ABSTRACT

Background: Hypertension is suffered widely in national and global communities. Implementing hypertension self-management is one of the method to maintain blood pressure level. One of the factors in maintaining self-management compliance in people with hypertension is by examining the illness perception. However, there are differences in research results which scrutinize the correlation between illness perception and the level of self-management in patients with hypertension.

Objective: To determine the correlation between illness perception and self-management in patients with hypertension in the working area of the Mlati II Public Health Center, Sleman, Yogyakarta.

Methods: This research was quantitative research using cross sectional analytical design. The sample in this study amounted to 121 respondents who were selected using proportionate stratified random sampling method to determine the number of respondents from each village and purposive sampling to determine respondents. The inclusion criteria in this study were people with hypertension in the working area of the Mlati II Public Health Center, aged 18-64 years, and had a blood pressure of $\geq 140/90$ mmHg. This study used the Brief Illness Perception-Questionnaire (BIP-Q) questionnaire to measure illness perception and the Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire (HSMBQ) to measure self-management in people with hypertension. The Spearman rank test was used to determine the correlation between illness perception and self-management in people with hypertension.

Results: Among respondents, there were people who had a positive illness perception as much as (34,7%), and had a high level of self-management as much as (50,4%). Spearman rank test result was $r = 0,055$ with p value = 0,551.

Conclusion: There is no correlation between illness perception and self-management in patients with hypertension in the working area of the Mlati II Public Health Center, Sleman, Yogyakarta. There might be another factors that affect self-management in patients with hypertension.

Keywords: illness perception; hypertension patients; self-management

INTISARI

Latar belakang: Hipertensi banyak diderita oleh masyarakat secara nasional maupun global. Upaya dalam menjaga tekanan darah, salah satunya dengan menerapkan manajemen diri hipertensi. Salah satu faktor dalam menjaga kepatuhan manajemen diri pada penderita hipertensi adalah persepsi penyakit. Namun, terdapat perbedaan hasil penelitian sebelumnya mengenai hubungan antara persepsi penyakit dengan tingkat manajemen diri pada penderita hipertensi.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, Sleman, Yogyakarta.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain analitik *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 121 responden yang dipilih menggunakan metode *proportionate stratified*

random sampling untuk menentukan jumlah responden dari setiap desa dan *consecutive sampling* untuk menentukan responden. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, berusia 18-64 tahun, dan memiliki tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Persepsi penyakit diukur menggunakan kuesioner *Brief Illness Perception-Questionnaire* (BIP-Q) dan manajemen diri pada penderita hipertensi diukur menggunakan *Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire* (HSMBQ). Uji *Spearman Rank* digunakan untuk mengetahui hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi.

Hasil: Sebanyak 40,5% responden penelitian memiliki persepsi positif terhadap penyakitnya dan sebanyak 50,4% responden memiliki tingkat manajemen diri dengan kategori tinggi. Hasil uji Spearman Rank didapatkan nilai $r = 0,055$ dan nilai $p = 0,551$.

Simpulan: Tidak ada hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, Sleman, Yogyakarta. Hal ini kemungkinan karena adanya faktor lain yang memengaruhi manajemen diri pasien hipertensi.

Kata kunci: manajemen diri; penderita hipertensi; persepsi penyakit

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada seseorang. Menurut WHO, seseorang dapat dikatakan mengalami hipertensi ketika telah dilakukan pengukuran tekanan darah sebanyak dua kali dalam waktu yang berbeda dan didapatkan hasil tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg serta tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.¹ Terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah seseorang, di antaranya pola diet yang tidak teratur, kurangnya aktivitas fisik, faktor genetik, atau memiliki komorbid seperti diabetes atau pun penyakit ginjal.¹

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang banyak diderita oleh masyarakat secara nasional maupun global. Menurut Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) pada tahun 2021, prevalensi hipertensi secara global pada tahun 2019 yang diderita oleh orang dewasa dengan rentang usia 30 – 79 tahun adalah 32% pada wanita dan 34% pada pria.² Di Indonesia, kasus hipertensi pada tahun 2018 mencapai 34,11%.³ Hal ini berarti telah terjadi peningkatan sebanyak 8,31% dibandingkan kasus hipertensi pada tahun 2013.³ Kasus hipertensi pada umumnya diderita oleh lansia. Namun, tidak menutup kemungkinan pada usia produktif juga dapat terserang hipertensi. Remaja dan dewasa muda dengan usia kisaran 18 – 25 tahun memiliki angka prevalensi hipertensi sebesar 1 dari 10 orang.⁴ Tingginya kasus hipertensi di Indonesia diakibatkan oleh berbagai macam faktor penyebab, di antaranya penderita hipertensi mayoritas tidak melakukan pengecekan tekanan darah secara rutin sebanyak 41%, tidak rutin mengonsumsi obat sebesar 32,27%, dan sama sekali tidak mengonsumsi obat sebesar 13,33%.³

Tekanan darah pada penderita hipertensi dapat dikendalikan dengan melakukan manajemen diri hipertensi. Apabila seorang penderita hipertensi mampu melakukan manajemen diri dengan baik, maka dapat membantu menurunkan tekanan darahnya.⁵ Manajemen diri hipertensi dapat dilakukan dengan cara meningkatkan aktivitas fisik, mengurangi konsumsi alkohol, mengonsumsi obat secara rutin, memantau tekanan darah secara mandiri di rumah, dan menerapkan pola makan yang sehat.^{6,7}

Dalam melaksanakan manajemen diri hipertensi, penderita hipertensi di Puskesmas Mlati II mengalami beberapa hambatan, seperti: adanya kendala ekonomi karena biaya pengobatan hipertensi yang mahal (77,8%); motivasi pasien untuk melakukan aktivitas fisik yang rendah karena menimbulkan rasa capek di badan sehingga malas berolahraga (70,6%); dan kesulitan dalam meluangkan waktu untuk berolahraga (50%).¹⁰ Selain itu, berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman, Yogyakarta, didapatkan data bahwa mayoritas penderita hipertensi sudah merasa sehat, sehingga sulit untuk melakukan manajemen diri hipertensi secara teratur.

Manajemen diri yang diterapkan pada penderita hipertensi dapat meningkatkan perilaku kesehatan dan dapat mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi tersebut.⁹ Penderita hipertensi yang tidak dapat mengontrol tekanan darahnya, berisiko meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Penderita hipertensi yang tidak dapat mengontrol tekanan darahnya dengan baik, juga dapat menimbulkan beberapa komplikasi, seperti *cardiovascular disease* (CVD), *chronic kidney disease* (CKD), atau *end stage renal disease* (ESRD).¹⁰

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi manajemen diri hipertensi, salah satunya adalah persepsi penyakit.¹¹ Dalam teori *The Common Sense Model* (CSM) yang dikembangkan oleh Levanthel *et al.* dalam Hsiao CY *et al.*,¹² dikemukakan bahwa dalam menghadapi ancaman kesehatannya, seseorang perlu memperhatikan dan menangani aspek kognitif dan emosionalnya. Ketika seseorang memiliki persepsi penyakit yang positif, maka akan memiliki kepatuhan yang baik. Sementara, penderita hipertensi yang memiliki persepsi negatif terhadap penyakitnya, maka akan memiliki kepatuhan yang buruk.¹² Namun, pada penelitian yang lain, terdapat perbedaan pendapat terkait teori *The Common Sense Model*. Berdasarkan penelitian lain yang menyatakan bahwa hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri tidak terlalu kuat dan menyatakan bahwa teori CSM tidak mendukung untuk memprediksi adanya kepatuhan.^{13,14}

Adanya perbedaan hasil penelitian pada persepsi penyakit tersebut, membuat peneliti ingin melakukan investigasi lebih lanjut terkait hubungan persepsi penyakit dengan kepatuhan manajemen diri, khususnya pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II. Penelitian ini bertujuan untuk melihat kembali hubungan antara persepsi penyakit dengan kepatuhan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan jenis analitik korelasional dengan desain penelitian *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini merupakan penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, yaitu Desa Sumberadi, Tirtoadi, dan Tlogoadi, yang berjumlah 121 responden. Penghitungan besar sampel menggunakan rumus Lemeshow pada penelitian analitik *cross sectional*, dengan besar populasi yang sudah diketahui.¹⁵

Pengambilan sampel dilakukan menggunakan metode *proportionate stratified random sampling* untuk menentukan jumlah sampel yang dibutuhkan dari setiap desa dan dilanjutkan

menggunakan metode *consecutive sampling* untuk menentukan responden yang dipilih dari setiap desa. Sampel pada penelitian ini dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, berusia 18 – 64 tahun, memiliki tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Adapun kriteria eksklusinya adalah penderita hipertensi yang tidak memiliki penyakit komplikasi, seperti diabetes melitus, stroke, dan gagal ginjal.

Variabel persepsi penyakit diukur menggunakan kuesioner *Brief Illness Questionnaire* (BIP-Q). Kuesioner BIP-Q terdiri dari 4 (empat) kategori subskala representasi kognitif terhadap penyakit, representasi emosional, pemahaman tentang penyakit, dan penyebab (*cause*). Kuesioner BIP-Q terdiri dari 8 pertanyaan menggunakan skala 0 – 10 dan 1 pertanyaan terbuka terkait faktor penyebab hipertensi. Skor tertinggi dari kuesioner ini adalah 80, sedangkan skor terendahnya, yaitu 0. Penilaian persepsi penyakit dikategorikan menjadi dua, yaitu persepsi positif \leq nilai median 40 dan persepsi negatif $>$ nilai median 40. Kuesioner BIP-Q telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan nilai korelasi setiap pertanyaan $\geq 0,3$ dan nilai *Cronbach's Alpha Coefficient* sebesar 0,807.¹⁶

Variabel manajemen diri pada penderita hipertensi diukur menggunakan kuesioner *Hypertension Self-Management Behavior Questionnaire* (HSMBQ). Kuesioner tersebut memiliki 40 unit pertanyaan. Kuesioner tersebut dapat mengukur 5 dimensi dalam manajemen diri hipertensi, yaitu integrasi diri (13 pertanyaan), regulasi diri (9 pertanyaan), interaksi dengan tenaga kesehatan atau lainnya (9 pertanyaan), pemantauan tekanan darah (4 pertanyaan), kepatuhan terhadap aturan yang dianjurkan (5 pertanyaan). Instrumen tersebut diukur menggunakan skala *Likert* dengan rentang 1 – 4 (tidak pernah – selalu melakukan perilaku tersebut). Interpretasi dari kuesioner tersebut merupakan rata-rata dari keseluruhan skor, yaitu rendah (1,00 – 2,00), sedang (2,01 – 3,00), dan tinggi (3,01 – 4,00).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan oleh peneliti pada 30 pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati I. Dari total 40 unit pertanyaan yang diuji validitasnya, terdapat 4 unit pertanyaan yang tidak valid, yaitu pertanyaan ke-5 ($r = 0,224$), pertanyaan ke-8 ($r = 0,139$), pertanyaan ke-11 ($r = 0,258$), dan pertanyaan ke-12 ($r = 0,249$). Setelah ditinjau kembali, peneliti memutuskan untuk memodifikasi kalimat pada 4 pertanyaan tersebut, kemudian melakukan uji validitas kembali pada 121 responden, dan didapatkan nilai-nilai korelasi setiap pertanyaan $r = 0,362 - 0,661$ atau dinyatakan valid. Hasil uji reliabilitas kuesioner HSMBQ diperoleh nilai *Cronbach's Alpha Coefficient* $> 0,70$.

Data pada penelitian ini dianalisis secara *univariat* dan *bivariat*. Analisis *univariat* data demografi responden digunakan untuk melihat frekuensi, persentase, dan nilai *mean/median* pada data numerik. Berdasarkan hasil uji normalitas pada data usia, didapatkan hasil data tidak terdistribusi normal, maka digunakan nilai median. Sementara, analisis *bivariat* menggunakan uji *Spearman Rank*.

Pengambilan data dilakukan setelah penelitian ini mendapatkan izin kelayakan etik dengan nomor KE/FK/0009/EC/2023. Peneliti telah memberikan penjelasan kepada responden mengenai alur dan proses penelitian yang akan dilakukan responden. Peneliti juga memberikan *informed consent* kepada responden untuk ditandatangani.

HASIL

Gambaran data demografi responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran karakteristik responden penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II (n = 121)

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Median (Min-Max)
Jenis kelamin			
Laki-laki	16	13,2	
Perempuan	105	86,8	
Usia			
			56 (28 – 64)
Dewasa awal (26 – 35 tahun)	5	4,1	
Dewasa akhir (36 – 45 tahun)	18	14,9	
Lansia awal (46 – 55 tahun)	36	29,8	
Lansia akhir (56 – 64 tahun)	62	51,2	
Status perkawinan			
Kawin	110	91	
Belum kawin	1	0,8	
Janda/ duda	9	7,4	
Cerai	1	0,8	
Pendidikan			
Tidak sekolah	14	11,6	
SD	30	24,8	
SMP	21	17,4	
SMA/SMK	46	38	
Perguruan tinggi	10	8,2	
Pekerjaan			
Bekerja	65	53,7	
Tidak bekerja	56	46,3	
Pendapatan keluarga tiap bulan			
< UMK Kab. Sleman	105	86,8	
> UMK Kab. Sleman	16	13,2	
Durasi hipertensi			
< 1 tahun	41	27,3	
1 – 5 tahun	55	18,2	
> 5 tahun	25	54,5	
Riwayat merokok			
Tidak pernah merokok	109	90,1	
Pernah merokok	5	4,1	
Sedang merokok	7	5,8	
Kebiasaan konsumsi alkohol			
Tidak Pernah	121	100,0	
Pernah	0	0,0	

Pada penelitian ini, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan, berusia 56 – 64 tahun, berpendidikan terakhir SMA/SMK, dan bekerja. Namun, mayoritas responden memiliki penghasilan di bawah UMK Kabupaten Sleman. Lebih dari separuh responden telah menderita

hipertensi >5 tahun, meskipun mayoritas responden mengaku tidak pernah merokok dan tidak memiliki kebiasaan konsumsi alkohol.

Gambaran persepsi penyakit responden ditampilkan pada Tabel 2. Tabel 2 menggambarkan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi negatif terhadap penyakitnya (59,5%). Hal ini didukung dengan rata-rata skor jawaban responden dari kuesioner BIP-Q adalah 43,83 (> 40), yang menunjukkan sebagian besar penderita hipertensi meyakini bahwa penyakit hipertensi yang diderita merupakan suatu ancaman atau pun menjadi kekhawatiran bagi mereka.

Tabel 2. Gambaran persepsi penyakit pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II (n = 121)

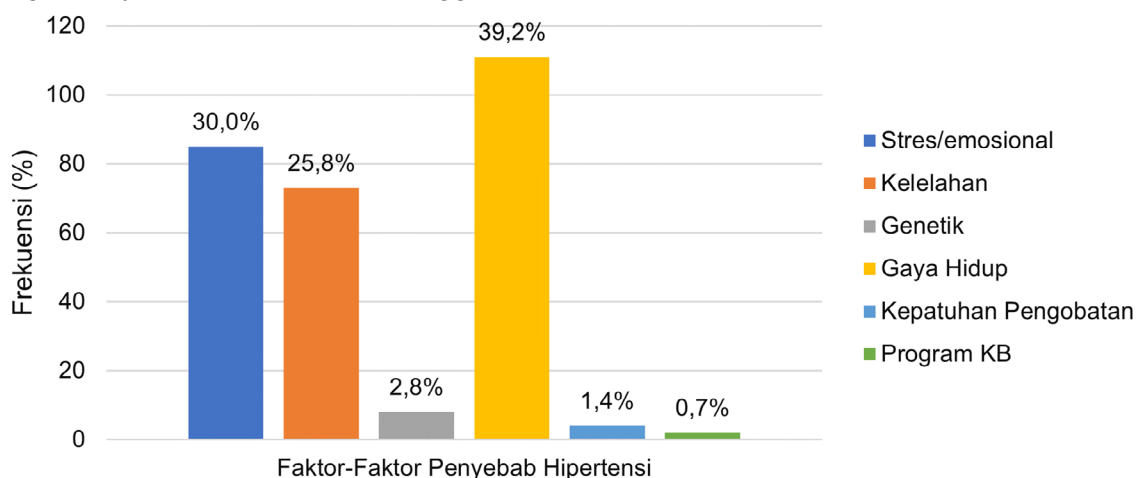
Persepsi Penyakit	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean ±SD
Positif (≤ 40)	49	40,5	43,83 ± 9,63
Negatif (> 40)	72	59,5	

Gambaran persepsi penyakit pada tiap subskala kuesioner BIP-Q ditampilkan pada Tabel 3. Tabel 3 menggambarkan bahwa lebih dari setengah jumlah responden memiliki pandangan positif secara emosional, terhadap penyakit hipertensi. Namun, pandangan responden mengenai penyakit hipertensi secara kognitif dan pemahaman terkait penyakit hipertensi, masih tergolong negatif.

Tabel 3. Gambaran persepsi penyakit pada tiap aspek pertanyaan kuesioner BIP-Q (n=121)

Subskala Kuesioner	Positif		Negatif	
	f	(%)	f	(%)
Representasi kognitif terhadap penyakit	40	33,1	81	66,9
Representasi emosional	79	65,3	42	34,7
Pemahaman terkait penyakit	36	29,8	85	70,2

Kuesioner BIP-Q juga dapat menilai 3 faktor utama yang diyakini responden dapat meningkatkan tekanan darah. Pertanyaan tersebut terletak pada pertanyaan ke-9, yang berupa pertanyaan terbuka. Hasil analisis mengenai beberapa faktor yang diyakini responden sebagai penyebab tekanan darah tinggi terdapat pada Gambar 1.



Gambar 1. Faktor-faktor yang diyakini oleh responden dapat meningkatkan tekanan darah (n = 121)

Berdasarkan hasil analisis dari Gambar 1, dapat diketahui bahwa terdapat 3 faktor utama yang diyakini dapat meningkatkan tekanan darah oleh penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, yaitu gaya hidup, stres/emosional, dan kelelahan. Adapun beberapa faktor lainnya yang dianggap dapat meningkatkan tekanan darah, adalah genetik, kepatuhan pengobatan, dan program Keluarga Berencana (KB).

Tingkat manajemen diri pada penderita hipertensi diinterpretasikan berdasarkan kategori dari nilai *mean* skor responden dan ditampilkan pada Tabel 4. Berdasarkan hasil analisis pada tabel 4, sebagian besar responden memiliki tingkat manajemen diri yang tinggi.

Tabel 4. Gambaran manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II (n = 121)

Manajemen Diri	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rendah (1,00 – 2,00)	9	7,4
Sedang (2,01 – 3,00)	51	42,2
Tinggi (3,01 – 4,00)	61	50,4

Gambaran manajemen diri per domain ditampilkan pada Tabel 5. Berdasarkan Tabel 5 dapat dilihat bahwa domain integritas diri, regulasi diri, interaksi dengan tenaga kesehatan lainnya, pemantauan tekanan darah, dan kepatuhan terhadap aturan yang dianjurkan pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II mayoritas termasuk kategori tinggi.

Tabel 5. Gambaran manajemen diri penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II pada tiap aspek kuesioner HSMBQ (n=121)

Domain	Rendah		Sedang		Tinggi	
	f	%	f	%	f	%
Integritas diri	4	3,3	44	36,4	73	60,3
Regulasi diri	13	10,7	48	39,7	60	49,6
Interaksi dengan tenaga kesehatan lainnya	28	23,1	44	36,4	49	40,5
Pemantauan tekanan darah	25	20,7	43	35,5	53	43,8
Kepatuhan terhadap aturan yang dianjurkan	47	38,8	18	14,9	56	46,3

Hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi dianalisis menggunakan uji *Spearman Rank* karena data manajemen diri tidak terdistribusi normal ($p = 0,015$; $p < 0,05$). Hasil analisis data ditampilkan pada Tabel 6.

Tabel 6. Hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II (n=121)

	p	r
Hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi	0,497	-0,062

Berdasarkan pada Tabel 6 uji *bivariat* antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi didapatkan nilai korelasi dari kedua variabel tersebut adalah -0,062 yang menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut memiliki keeratan hubungan yang sangat lemah dengan nilai signifikansi 0,497. Artinya tidak ada hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, mayoritas penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II berjenis kelamin perempuan (86,8%). Hal tersebut, selaras dengan hasil penelitian Falah¹⁷ dan Prastia¹⁸ yang menyatakan bahwa prevalensi hipertensi terbanyak terjadi pada perempuan. Hasil tersebut berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Amanda & Martini²¹ yang menyatakan bahwa laki-laki lebih rentan terkena hipertensi dikarenakan melampiasakan masalah dalam pekerjaannya dengan cara merokok, konsumsi alkohol, atau mengonsumsi makanan yang tidak sehat. Perilaku tersebut dapat meningkatkan tekanan darah seseorang, terutama ketika orang tersebut memiliki aktivitas harian yang cukup berat.¹⁹ Berdasarkan asumsi dari peneliti, banyaknya penderita hipertensi pada perempuan karena mayoritas responden yang mudah ditemui saat kegiatan Posbindu/ Posyandu lansia adalah perempuan.

Sebagian besar responden pada penelitian ini adalah dewasa akhir hingga lansia, dengan rentang usia 56 – 64 tahun sebanyak 51,2%. Hal tersebut selaras dengan yang dilaporkan oleh Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 bahwa prevalensi hipertensi paling tinggi pada usia lansia ke atas.³ Hal tersebut dapat terjadi karena fungsi organ-organ tubuh mereka, termasuk sistem kardiovaskular, mulai menurun seiring bertambahnya waktu. Semakin tua usia seseorang, maka elastisitas pembuluh darah juga menurun dan berisiko terjadinya penyempitan pada pembuluh darah yang dapat meningkatkan tekanan darah pada orang tersebut.²⁰

Mayoritas responden dengan tingkat pendidikan SMA/ SMK, sebanyak 38%. Hal tersebut berbanding terbalik dengan survei yang dilakukan oleh tim Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 yang menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi lebih tinggi terjadi pada seseorang dengan latar belakang pendidikan rendah atau tidak/belum pernah sekolah sebesar 51,6%.³ Namun di sisi lain, penderita hipertensi pada penelitian ini yang memiliki tingkat pendidikan SD juga cukup banyak, yaitu sebanyak 24,8% dan 11,6% responden lainnya tidak/belum pernah sekolah. Adanya kasus hipertensi pada penderita hipertensi dengan tingkat pendidikan rendah dapat terjadi karena mengalami kesulitan dalam menerima informasi sehingga tidak memiliki informasi yang cukup mengenai kesehatan.²¹

Responden pada penelitian ini, memiliki tingkat penghasilan per bulan mayoritas di bawah Upah Minimum Kabupaten/ Kota (UMK) tahun 2023, yaitu sebesar Rp2.159.519,00.²² Mayoritas responden memiliki penghasilan bulanan < UMK Kabupaten Sleman sebanyak 86,8%. Hal ini kemungkinan karena terdapat 46,3% responden yang tidak bekerja. Responden yang berperan sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) pada penelitian ini dimasukkan dalam kategori tidak bekerja. Hal tersebut selaras dengan hasil Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 yang menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi lebih banyak terjadi pada seseorang yang tidak bekerja (39,7%).³

Rata-rata penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II beranggapan bahwa penyakit hipertensi merupakan suatu ancaman atau dapat menimbulkan kekhawatiran terhadap kondisi dirinya. Jumlah responden pada penelitian ini yang memiliki persepsi penyakit negatif sebanyak (59,5%). Penderita hipertensi yang memiliki persepsi negatif dapat memengaruhi perilaku perawatan dirinya, seperti penggunaan obat-obatan, diet rendah garam, aktivitas fisik, perilaku merokok, manajemen berat badan, dan konsumsi alkohol.¹⁰ Persepsi negatif pada penderita hipertensi dapat berdampak pada kepatuhan seseorang dalam mengontrol tekanan darahnya, dibandingkan dengan seseorang yang memiliki persepsi positif.²³

Berdasarkan hasil penelitian ini, sebagian besar penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II memiliki tingkat manajemen diri yang tinggi sebanyak 50,4%. Namun, capaian tersebut baru setengah dari total responden penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II. Masih terdapat beberapa responden yang memiliki tingkat kepatuhan yang rendah terhadap aturan yang dianjurkan (38,8%). Manajemen diri pada penderita hipertensi sangat diperlukan untuk memperbaiki kondisi penyakit dan mencegah dari berbagai penyakit komplikasi hipertensi.²⁴ Apabila penderita hipertensi tidak dapat menaati aturan yang dianjurkan tenaga kesehatan, maka kemungkinan akan kesulitan dalam mengontrol tekanan darah dan berisiko terkena komplikasi penyakit hipertensi.

Hasil uji korelasi antara variabel persepsi penyakit dengan manajemen diri menunjukkan nilai signifikansi = 0,497 (nilai signifikansi > 0,05) dengan interpretasi, bahwa tidak ada hubungan antara variabel persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II. Hal tersebut selaras dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri maupun kepatuhan.^{13,14}

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, meskipun gambaran persepsi penyakit pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II cenderung memiliki persepsi penyakit negatif. Namun, pada hasil penelitian, tingkat manajemen dirinya tergolong tinggi. Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan dari Romadhon *et al.*,¹¹ yang menyatakan ketika seseorang memiliki persepsi penyakit yang buruk, maka akan memiliki *self-care behavior* yang buruk pula. Selain itu, pada penelitian lain juga berpendapat bahwa persepsi negatif pada seseorang dapat memengaruhi kepatuhannya dalam melakukan pengendalian tekanan darah.²³ Persepsi penyakit negatif, ternyata tidak menjamin seseorang untuk tidak dapat melakukan manajemen diri hipertensi dengan baik.

Terdapat beberapa faktor lain yang dimungkinkan dapat memengaruhi manajemen diri pada penderita hipertensi. Menurut Wahyuni,²⁵ dukungan keluarga dapat memengaruhi kepatuhan seseorang dalam melakukan manajemen diri hipertensi. Selain itu, ketika seseorang memiliki tingkat *self-efficacy* yang tinggi, maka dapat melakukan perawatan diri untuk mengelola hipertensinya dengan baik.²⁶ Manajemen diri juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor lain, seperti status tekanan darah, memiliki jaminan kesehatan, komorbiditas, usia, tingkat

pendidikan, dan pengetahuan.^{27,28}

Keterbatasan dari penelitian ini adalah tidak melihat faktor lain yang memengaruhi manajemen diri pada pasien hipertensi, serta distribusi usia yang tidak merata dari kelompok usia remaja akhir–lansia akhir. Oleh karena itu, penelitian ini tidak dapat digeneralisasi pada semua kelompok usia.

SIMPULAN DAN SARAN

Sebagian besar penderita hipertensi di Puskesmas Mlati II memiliki tingkat persepsi negatif terhadap penyakitnya, tetapi memiliki tingkat manajemen diri hipertensi yang tinggi. Tidak ada hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II, Sleman, Yogyakarta.

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian ini, yaitu tenaga kesehatan dapat meningkatkan edukasi bagi penderita hipertensi mengenai penyakit hipertensi, terlebih mengenai dampak dan komplikasi dari penyakit hipertensi, persepsi penyakit dan manajemen diri bagi penderita hipertensi, supaya dapat meningkatkan pemahaman penderita hipertensi, serta tekanan darah dapat terkontrol dengan baik. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat menggali lebih dalam mengenai faktor-faktor yang dapat memengaruhi manajemen diri pada penderita hipertensi. Selain itu, diharapkan dapat memperluas jangkauan responden, terlebih pada responden dengan kelompok usia yang berbeda.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Departemen Keperawatan, FK-KMK UGM yang telah membantu pendanaan untuk penelitian ini, Ibu Dr. Heny Suseani P., S.KP., M. Kes., selaku dosen penguji. Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada para responden, penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mlati II yang telah membantu hingga penelitian ini dapat berjalan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Hypertension [homepage on the internet]. c.2021. [update 2021; cited 2023]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide Trends in Hypertension Prevalence and Progress in Treatment and Control from 1990 to 2019: A Pooled Analysis of 1201 Population-Representative Studies with 104 Million Participants. *Lancet* (London, England). 2021; 398(10304): 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1).
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018. Available from <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskasdas%202018%20Nasional.pdf>.
4. Arum YTG. Hipertensi pada Penduduk Usia Produktif (15-64 tahun). *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*. 2021; 3(3): 345-356. <https://doi.org/10.15294/higeia.v3i3.30235>.
5. Van Truong P, Apriliyasari RW, Lin MY, Chiu HY, Tsai PS. Effects of Self-Management Programs on Blood Pressure, Self-Efficacy, Medication Adherence and Body Mass Index in Older Adults with Hypertension: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Nursing Practice*. 2021; 27(2): e12920. <https://doi.org/10.1111/ijn.12920>.
6. Saing JH. Hipertensi pada Remaja. *Sari Pediatri*. 2016; 6(4): 159-65. <https://dx.doi.org/10.14238/sp6.4.2005.159-65>.
7. Calisanie NNP, Lindayani L. Pengaruh Intervensi Self-Management terhadap Self-Care dan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi. *Risenologi*. 2021; 6(1), 24-30. <https://doi.org/10.47028/j.risenologi.2021.61a.210>.

8. Ekawati A, Sampurno E, Rofiyati W. Hambatan dan Dukungan dalam Manajemen Diri pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II. *Jurnal Perawat Indonesia*. 2021; 5(3): 813-826. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jpi/article/view/1127>.
9. Gaol RL. Pengaruh Edukasi Manajemen Diri dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Ruang Rawat Inap Rumah Santa Elisabeth. *Jurnal Darma Agung Husada*. 2020; 7(2): 87-94. <https://jurnal.darmaagung.ac.id/index.php/darmaagunghusada/article/view/722>.
10. Mills KT, Stefanescu A, He J. The Global Epidemiology of Hypertension. *Nature Reviews. Nephrology*. 2020; 16(4): 223–237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>.
11. Romadhon WA, Aridamayanti BG, Syanif AH, Sari G M. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Self-Care Behavior pada Klien dengan Hipertensi. *Journal of Health Research "Forikes Voice"*. 2020; 11(2020): 37. <https://doi.org/10.33846/sf11nk206>.
12. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An Investigation on Illness Perception and Adherence among Hypertension Patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Science*. 2012; 28(8): 442–447. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>.
13. Breland JY, Wong JJ, McAndrewLM. Are Common Sense Model Constructs and Self-Efficacy Simultaneously Correlated with Self-Management Behaviors and Health Outcomes: A Systematic Review. *Health Psychology Open*. 2020; 7(1). <https://doi.org/10.1177/2055102919898846>.
14. Doyle F, Mullan B. Does The CSM Really Provide A Consistent Framework for Understanding Self-Management?. *Journal of Behavioral Medicine*. 2017; 40(2): 372-372. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9806-y>.
15. Lemeshow S, Hosmer DW, Janelle Klar J, Lwanga SK. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan. Pramono D, Kusnanto H (Ed). Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 1997.
16. Robiyanto R. Uji Validitas Instrumen B-IPQ versi Indonesia pada Pasien Hipertensi di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie, Pontianak. *Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal*. 2016; 1(1): 41-49. <https://doi.org/10.52447/scpij.v1i1.410>.
17. Falah M. Hubungan Jenis Kelamin dengan Angka Kejadian Hipertensi pada Masyarakat di Kelurahan Tamansari Kota Tasikmalaya. *Jurnal Mitra Kencana Keperawatan dan Kebidanan*. 2019; 3(1): 85-94. <https://doi.org/10.54440/jmk.v3i1.67>.
18. Prastia TN. Gambaran Tekanan Darah dan Indeks Massa Tubuh pada Mahasiswa Prodi Kesmas Angkatan 2017 Fikes UIKA Bogor Tahun 2018. *Promotor*. 2019; 2(3): 234-239. <https://doi.org/10.32832/pro.v2i3.1942>.
19. Amanda D, Martini S. Hubungan Karakteristik dan Status Obesitas Sentral dengan Kejadian Hipertensi. *Sumber*. 2018; 160(100): 253-249. <https://doi.org/10.20473/jbe.v6i1>.
20. Adam L. Determinan Hipertensi pada Lanjut Usia. *Jambura Health and Sport Journal*. 2019; 1(2): 82-89. <https://doi.org/10.37311/jhsj.v1i2.2558>.
21. Putra MM, Widiyanto A, Bukian PAW, Atmojo JT. Hubungan Keadaan Sosial Ekonomi dan Tingkat Stres dengan Kejadian Hipertensi. *Intan Husada: Jurnal Ilmiah Keperawatan*. 2019; 7(2): 1-13. <https://doi.org/10.52236/ih.v7i2.150>.
22. Badan Pusat Statistik. Upah Minimum Kabupaten/Upah Minimum Provinsi di D.I. Yogyakarta (rupiah) [homepage on the internet]. c. 2023. [update 2023; cited 2023]. Available from <https://yogyakarta.bps.go.id/indicator/6/272/1/upah-minimum-kabupaten-upah-minimum-provinsi-di-di-yogyakarta.html>.
23. Pratiwi SH, Sari EA, Kurniawan T. Persepsi terhadap Penyakit pada Pasien Hemodialisis di Bandung. *Jurnal Sehat Masada*. 2020; 14(2), 163-169. <https://doi.org/10.38037/jsm.v14i2.136>.
24. Wahyuni S, Bafadhal RN, Mahudeh M. Efektivitas Self-Management Program terhadap Manajemen Diri Klien Hipertensi. *Jl-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*. 2021; 5(1): 57-63. <https://doi.org/10.33006/ji-kes.v5i1.255>.
25. Wahyuni S. Dukungan Keluarga dan Manajemen Hipertensi. *The Indonesian Journal of Health Science*. 2020; 12(2): 199-208. <https://doi.org/10.32528/ijhs.v12i2.4876>.
26. Okatiranti O, Amelia F. Hubungan Self Efficacy dengan Perawatan Diri Lansia Hipertensi Studi Kasus: Salah Satu Puskesmas di Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*. 2017; 5(2): 130-139. <https://doi.org/10.31311/v5i2.2631>.
27. Sakinah S, Ratu JM, Weraman P. Hubungan antara Karakteristik Demografi dan Pengetahuan dengan Self-Management Hipertensi pada Masyarakat Suku Timor: Penelitian Cross Sectional. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*. 2020; 11(3): 245-252. <https://doi.org/10.33846/sf11305>.
28. Emiliana N, Fauziah M, Hasanah I, Fadlilah DR. Analisis Kepatuhan Kontrol Berobat Pasien Hipertensi Rawat Jalan pada Pengunjung Puskesmas Pisangan Tahun 2019. *AN-NUR: Jurnal Kajian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*. 2021; 1(2), 119-132. <https://doi.org/10.24853/an-nur.%201.%202.%20119-132>.