

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD Muara Teweh



Gambar 4.1 RSUD Muara Teweh

RSUD Muara Teweh merupakan pendukung penyelenggaraan pemerintah daerah yang dipimpin oleh seorang direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. Dan merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Barito Utara yang terletak di Ibukota kabupaten, tepatnya di kota Muara Teweh.

Lokasi RSUD Muara Teweh letaknya sangat strategis, berada di pinggir jalan raya di tengah kota Muara Teweh tepatnya di Jalan Yetro Sinseng no 1 yang dapat dicapai dengan menggunakan kendaraan darat,

air dan udara.

Pada tahun 1959 sebuah rumah sakit didirikan di Muara Teweh dengan menempati rumah warga di Jl. Sengaji Hulu, yang kemudian di tahun 1960 berdiri menjadi RSUD. Tahun 1975 bangunan RSUD mengalami kebakaran dan selanjutnya dipindahkan ke lahan baru seluas 70.000 m² berlokasi di Jl. Yetro Sinseng No.2 Muara Teweh, Kelurahan Lanjas, Kecamatan Teweh Tengah, Kabupaten Barito Utara Provinsi Kalimantan Tengah. RSUD Muara Teweh dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah Kabuapten Barito Utara.

Pada tahun 1959 sebuah rumah sakit didirikan di Muara Teweh dengan menempati rumah warga di Jl. Sengaji Hulu, yang kemudian di tahun 1960 berdiri menjadi RSUD. Tahun 1975 bangunan RSUD mengalami kebakaran dan selanjutnya dipindahkan ke lahan baru seluas 70.000 m² berlokasi di Jl. Yetro Sinseng No.2 Muara Teweh, Kelurahan Lanjas, Kecamatan Teweh Tengah, Kabupaten Barito Utara Provinsi Kalimantan Tengah. RSUD Muara Teweh dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah Kabuapten Barito Utara.

RSUD Muara Teweh ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan menerapkan pola keuangan BLUD sejak tahun 2015 berdasar Kep. Bupati BARUT No.188.45/543/2014 tentang Penetapan Status Pola Keuangan (PPK) BLUD pada RSUD Muara Teweh. Pelaksanaan pola BLUD diatur lebih lanjut melalui Perda Kab. BARUT No.3 Tahun 2017 tentang pedoman pengelolaan BLUD RSUD Muara Teweh.

Berdasarkan peraturan gubernur Kalimantan Tengah No.22 tahun 2015, RSUD Muara Teweh menjadi RS rujukan untuk wilayah cakupan regional III, yang meliputi 3 (tiga) kabupaten tetangga lainnya, yakni kabupaten Murung Raya, kabupaten Barito Selatan dan kabupaten Barito Timur. Sebagai rumah sakit rujukan regional, RSUD Muara Teweh terus berupaya untuk bisa memberikan pelayanan kesehatan yang prima dan berstandar nasional bagi masyarakat di kabupaten Barito Utara dan sekitarnya.

Di tahun 2020 terbit peraturan bupati Barito Utara No.50 tahun 2020 tentang pembentukan, kedudukan, susunan organisasi, tugas, fungsi dan tata kerja unit pelaksana teknis dinas RSUD Muara Teweh, dimana pada pasal 2 ayat dinyatakan bahwa : *“RSUD merupakan fasilitas pelayanan kesehatan milik daerah dengan karakteristik dan organisasi yang bersifat khusus yang memberikan layanan secara profesional untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan daerah.”* Perbup No.50 tahun 2020 merupakan hasil adopsi dari ketentuan mengenai karakteristik organisasi rumah sakit umum daerah yang tertuang dalam peraturan pemerintah No.72 tahun 2019 tentang perubahan atas peraturan pemerintah No.18 tahun 2016 tentang perangkat daerah.

Tabel 4.1 Sepuluh kasus penyakit terbanyak di RSUD Muara Teweh pada tahun 2022

No.	Penyakit	Jumlah	Presentase (%)
1	Hipertensi	1.797	19,86
2	Gagal Ginjal	1.106	12,22
3	Diabetes Militus	1.095	12,10
4	Gastritis	1.075	11,88
5	Gagal jantung	902	9,96
6	ISPA	865	9,56
7	Demam Berdarah	831	9,18
8	Hipercholesterolemia	660	7,29
9	Post OP	615	6,79
10	Kanker	102	1,12
Total		9.048	100

Medis RSUD Muara Teweh tahun 2022

B. Karakteristik Responden

Data demografi responden dideskripsikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi meliputi karakteristik jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, dan pekerjaan. Responden dalam penelitian ini adalah keluarga

pasien yang menemani pasien rawat inap di Ruang Perawatan Teratai RSUD Muara teweh. Hasil distribusi frekuensi karakteristik data demografi dapat dilihat sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik

Jenis Kelamin		
Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-Laki	7	23.3
Perempuan	23	76.7
Total	30	100

Dari tabel 4.2 dapat dilihat bahwa dari 30 responden, Jenis kelamin terbanyak adalah mayoritas perempuan sebanyak 23 orang (76,7%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa perempuan lebih intensif dalam memberikan perawatan dibandingkan laki-laki (Schulz & Eden, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Valente *et al.*, (2014) juga memiliki frekuensi *family caregiver* lebih banyak pada jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 80,3%. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mersal, (2014) dimana jumlah responden laki-laki sebagai *family caregiver* lebih banyak dibandingkan perempuan dengan persentase sebesar 57,89%. Hal ini dapat terjadi karena wanita dianggap lebih intensif dalam memberikan perawatan (Greenlee & Scharlach, 2016). Selain itu, pada penelitian

ini responden lebih banyak perempuan karena anggota keluarga yang laki-laki sebagian besar menjadi tulang punggung keluarga sehingga intensitas di rumah lebih sedikit dibandingkan anggota keluarga yang perempuan. Maka dari itu peneliti mengasumsikan bahwa perempuan lebih berperan dalam melakukan perawatan terhadap keluarganya yang sedang sakit.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Umur.

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
17-25 tahun	12	40.0
26-35 tahun	18	60.0
Total	30	100

Dari tabel 4.3 dapat dilihat bahwa dari 30 responden, umur terbanyak adalah lebih banyak pada umur 26-35 tahun sebanyak 18 orang (60%), Hal tersebut terjadi karena pada usia yang semakin tua memiliki penerimaan yang lebih baik. Umur dewasa memiliki cara berfikir dan mengambil keputusan yang optimal sehingga mempengaruhi bagaimana hasil penilaian atau persepsi suatu keputusan (Sumarwan, 2014). Karakteristik dari tingkat usia dewasa adalah mampu memenuhi kebutuhannya, memanfaatkan pengalamannya dan mengidentifikasi kesiapan belajar (Knowless, 1986 dalam Ali, 2017). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Greenlee & Scharlach, (2016) dimana mendapatkan hasil rata-rata usia dari *caregiver* adalah 46 tahun dan didominasi oleh perempuan. Dalam penelitian ini juga peneliti mengasumsikan bahwa selama penelitian responden yang didapatkan memang mayoritas pada usia dewasa. Hal ini dikarenakan pada usia remaja kebanyakan ada yang masih menjalankan aktivitas sekolahnya dan ada juga keluarga yang sudah bekerja sehingga kurang berperan aktif dalam menjaga keluarganya yang sakit.

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SMP	7	23.3
SMA	15	50.0
Perguruan Tinggi	8	26.7
Total	30	100

Dari tabel 4.4 dapat dilihat bahwa dari 30 responden, pendidikan terbanyak adalah SMA sebanyak 15 orang (50.0%), pendidikan berarti bimbingan yang diartikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kerah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan pengalaman dan kematangan jiwa (Mubarak, dkk 2017).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maulidah Nur Atiqoh (2017), yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi, lebih banyak informasi yang diterima serta dorongan untuk mencari informasi lebih besar pada orang yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi. Tinggi dan rendahnya tingkat pendidikan keluarga sangat mempengaruhi bagaimana keluarga untuk menyerap dan memahami informasi yang diperoleh, semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga maka daya ingat dan pengetahuannya akan semakin baik. Sehingga keluarga mampu berfikir dan bertindak lebih rasional untuk mencari tahu tentang cara pencegahan ulkus dekubitus pada pasien tirah baring dengan gangguan mobilitas fisik. Peneliti mengasumsikan selama penelitian responden terbanyak adalah pada tingkat pendidikan SMA dimana keluarga yang berperan ini adalah keluarga yang putus sekolah di tingkat pendidikan SMA setelah itu mencari pekerjaan atau berkeluarga.

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik

Pekerjaan		
Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
PNS	4	13.3
Pegawai Swasta	4	13.3
Wiraswasta	9	30.0

IRT	13	43.3
Total	30	100

Dari Tabel 4.5 Pekerjaan terbanyak adalah IRT sebanyak 13 orang (42.3%). Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung (Mubarak, dkk 2017). Keluarga yang bekerja sebagai ibu rumah tangga cenderung sibuk dengan pekerjaan rumahnya sehingga keluarga kurang mendapatkan pengalaman, informasi dan wawasan dari luar. Tetapi meskipun keluarga sibuk dengan pekerjaan rumahnya dan keluarga kurang mendapatkan pengalaman, informasi dan wawasan dari luar, lingkungan pekerjaan keluarga adalah dirumahnya sendiri sehingga keluarga masih dapat menyisihkan sedikit waktunya untuk melakukan perawatan dalam upaya pencegahan ulkus dekubitus pada pasien tirah baring dengan gangguan mobilitas fisik.

C. Hasil dan Pembahasan

Analisis Univariat

Hasil uji penelitian pada tanggal 05 Juni 2023 sampai dengan 20 Juni 2023 terhadap peran keluarga di RSUD Muara Teweh yang didapatkan dari hasil kuesioner terhadap 30 responden adalah sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Peran Keluarga

Peran	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	13	43.3
Cukup	11	36.7
Kurang	6	20.0
Total	30	100

Hasil analisa univariat berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa dari 30 responden, dari karakteristik variabel peran keluarga menunjukkan mayoritas sebagian besar mempunyai peran keluarga baik. Peran merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan (status). Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka hal ini berarti ia menjalankan suatu peranan. Keduanya tidak dapat dipisah-pisahkan dan saling bertentangan satu sama lain. Setiap orang mempunyai macam-macam peranan yang berasal dari pola-pola pergaulan hidupnya. Hal tersebut sekaligus berarti bahwa peranan menentukan apa yang diperbuatnya bagi masyarakat kepadanya. Peranan lebih banyak menekankan pada fungsi, penyesuaian diri dan sebagai suatu proses (Soerjono Soekanto, 2002: 286-269).

Menurut Santoso (2009), faktor-faktor yang mempengaruhi peran yaitu pendidikan, pengetahuan, perilaku, sikap, perhatian, dan ekonomi. Ulkus dekubitus merupakan suatu hal yang serius, dengan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada usia lanjut (Siti Setiati dkk,

2017). Sehingga pengetahuan dan peran keluarga sangat penting dalam upaya pencegahan ulkus dekubitus.

Pencegahan terhadap dekubitus menjadi sangat penting dari pada mengobati komplikasi yang ditimbulkannya dengan biaya yang lebih tinggi. Perawat memiliki peran utama dalam upaya pencegahan dekubitus sebagai tenaga kesehatan yang pertama mengenali tanda-tanda ulkus dekubitus selama pasien dirawat karena berhadapan langsung selama 24 jam. Ketika pasien telah kembali ke rumah, maka peran perawat untuk pencegahan dekubitus diambil alih oleh keluarga (Mohamed and Weheida, 2014).

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Setyowati, 2009).

Hasil penelitian dari 30 responden didapatkan sebagian kecil responden memiliki peran yang kurang tentang pencegahan ulkus dekubitus. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya yaitu faktor pendidikan. Dari data umum responden faktor pendidikan didapatkan tujuh orang (23.3%) responden berpendidikan terakhir SMP. Pendidikan berarti bimbingan yang diartikan seseorang

terhadap perkembangan orang lain menuju kerah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan pengalaman dan kematangan jiwa (Mubarak, dkk 2017).

Tinggi dan rendahnya tingkat pendidikan keluarga sangat mempengaruhi bagaimana keluarga dalam menyerap dan memahami informasi yang diperoleh, semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga maka daya ingat dan pengetahuannya akan semakin baik. Apabila tingkat pendidikan keluarga semakin rendah maka cara berfikir keluarga akan sulit untuk berkembang dan keluarga akan lebih sulit dalam memahami sesuatu sehingga akan mempengaruhi peran keluarga. Rendahnya peran dan pemahaman keluarga tentang pencegahan ulkus dekubitus pada pasien tirah baring lama dengan gangguan mobilitas fisik dapat membuat keluarga menganggap bahwa pasien tirah baring lama dengan gangguan mobilitas fisik tidak perlu dilakukan perawatan khusus dan perhatian khusus.

Tanpa diketahui oleh keluarga pada pasien tirah baring lama dengan gangguan mobilitas fisik seharusnya dilakukan perawatan yang khusus karena mengingat pasien dengan gangguan mobilitas fisik dapat dengan mudah menyebabkan komplikasi seperti ulkus dekubitus yang bisa menimbulkan infeksi pada luka ulkus dekubitus sehingga luka ulkus dekubitus menjadi lebih parah dan sulit sembuh apabila perawatannya tidak baik. Sehingga rendahnya tingkat pendidikan keluarga dapat menyebabkan keluarga mempunyai peran yang kurang dalam melakukan

upaya pencegahan ulkus dekubitus pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

Beberapa indikator yang diambil yaitu perawatan kulit, nutrisi, dan posisi. Untuk indikator pertama yaitu perawatan kulit dengan jumlah jawaban “Ya” dari 30 responden berjumlah 160. Menurut Kozier (2011), mengatakan bahwa peran dan pengetahuan keluarga dalam perawatan kulit didapatkan saat perawat atau tenaga kesehatan lainnya sedang melakukan perawatan luka, serta didapat dari media sosial mengenai teknik perawatan luka.

Untuk indikator kedua yaitu nutrisi dengan jumlah jawaban “Ya” dari 30 responden berjumlah 20. Menurut Wijayanti (2019), mengemukakan mengenai nutrisi yang dikonsumsi pasien dengan luka dekubitus tidak boleh memakan makanan yang mengandung gula tinggi, sehingga keluarga bisa untuk mengontrol makanan yang dimakan penderita.

Untuk indikator ketiga yaitu perubahan posisi dengan jumlah jawaban “Ya” dari 30 responden berjumlah 77. Menurut William (2014), mengatakan rutin mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri dapat mengurangi resiko luka dekubitus menyebar ke bagian lain karena pada saat memindah posisi oksigen bisa masuk kebagian luka sehingga mengurangi kelembapan. Prinsip yang harus dipahami oleh keluarga untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien tirah baring lama yaitu merubah posisi pasien setiap dua sampai tiga jam, menggosok minyak pada daerah yang tertekan dan mempertahankan alat-alat tenun (sprei,

sarung bantal) tetap kering, bersih dan tegang (tidak kusut). Menganjurkan masukan cairan dan nutrisi yang tepat dan adekuat (Rahayu dkk, 2019).