**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KARAKTERISTIK DENGAN PELAKSANAAN PROGRAM KUNJUNGAN RUMAH OLEH PERAWAT DI PUSKESMAS PERKOTAAN RASIMAH**

**AHMAD KOTA BUKITTINGGI**

**TAHUN 2014**

**SKRIPSI**



**Oleh**

**TITIS FAUZIAH**

**09103084105456**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN SEKOLAH**

**TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

**SUMATRA BARAT**

**2014**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KARAKTERISTIK DENGAN PELAKSANAAN PROGRAM KUNJUNGAN RUMAH OLEH PERAWAT**

**DI PUSKESMAS PERKOTAAN RASIMAH AHMAD KOTA BUKITTINGGI**

**TAHUN 2014**

**Penelitian Komunitas Keperawatan**

**SKRIPSI**

*Skripsi Penelitian Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan*

*Program Pendidikan Sarjana Keperawatan Stikes Perintis Sumbar*



**Oleh**

**TITIS FAUZIAH**

**09103084105456**

**STIkes PERINTIS SUMBAR**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN**

**TAHUN. 2014**

**HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama Lengkap : Titis Fauziah

Nomor Induk Mahasiswa : 09103084105456

Nama Pembimbing I : Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep

Nama Pembimbing II : Asrul Fahmi, SKM

Nama Penguji I : Ns. Yulnofaldi. S.Kep. MPH

Nama Penguji II : Ns.Yaslina, S.Kep, M.Kep

Bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan kegiatan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah diperoleh.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, Maret 2014

Titis Fauziah

NIM : 09103084105456

***PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES PERINTIS BUKITTINGGI***

**Skripsi, Januari 2014**

**Titis Fauziah**

**09103084105456**

**Hubungan Pengetahuan dan Karakteristik dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014**

**vii + VI BAB (62 halaman) + 9 tabel + 2 gambar + 9 lampiran**

**ABSTRAK**

Perawatan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Perawat sebagai pemberi pelayanan di rumah harus mampu melakukan pelayanan kunjungan rumah, di mana kegiatan ini perlu dilakukan demi tercapainya kegiatan pelayanan komunitas yang baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014.

Jenis penelitian ini adalah *study analitik* dengan pendekatan *crossectional*. Pengukuran data menggunakan kuisioner yang langsung diberikan kepada responden. Populasi dalam penelitian ini semua perawat yang bertugas di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Bukittinggi yang berjumlah 10 orang perawat. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* sehingga didapatkan sampel sebanyak 10 orang. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat yang ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi dan analisa bivariat dengan uji statistik *Chi-Square*.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar (90%) responden dengan umur muda, sebagian besar (60%) responden yang bekerja lebih dari 10 tahun, sebagian besar (70%) responden dengan pendidikan rendah, lebih dari separo (60%) responden dengan pengetahuan tinggi dan lebih dari separo (60%) responden melaksanakan program kunjungan rumah kurang baik. Hasil analisa statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur responden dengan pelaksanaan program kunjungan rumah p*value* = 0,400 dan OR =0,333, tidak ada hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, p*value*= 0,571dan OR = 3,000, tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, pv*alue* = 1,000 dan OR =1,500, tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, pv*alue* = 0,571 dan OR = 0,333.

Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan karakteristik adalah perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah. Untuk itu diharapkan kepada pihak puskesmas untuk dapat lebih meningkatkan program kunjungan rumah sebagai salah satu upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat,agar pelayanan *home visit* yang telah diprogramkan oleh puskesmas dapat terlaksana dengan baik.

**Kata Kunci : Pengetahuan, Karakteristik, Kunjungan Rumah**

**Daftar bacaan : 38 ( 1993– 2011 ).**

*Nursing Science College of Health Sciences Perintis West Sumatra*  
Sciption, January 2014

Knowledge and Characteristics relationship with the Implementation Program Home Visits by Nurses in Urban Health Center Rasimah Ahmad Bukittinggi in 2014   
  
vii + CHAPTER VI (62 pages) + 9 table + 2 pictures 9 attachments

ABSTRACT  
  
 Home health care, which is one form of health care to the community. Nurses as a home service provider should be able to do a home visit services, where these activities need to be done in order to achieve good community service activities. This study aims to determine the characteristics of the relationship between knowledge and implementation of home visits by nurses at the health center Rasimah Ahmad Urban Bukittinggi in 2013.

This research is an analytical study with cross sectional approach. Measurement data using a questionnaire given to the respondents directly. The population in this study all the nurses on duty at the Urban Health Center Rasimah Ahmad Bukittinggi totaling 10 nurses. The sampling technique used is total sampling to obtain a sample of 10 people. Analysis of the data in this study using univariate analysis are shown in tabular form distribution and bivariate analysis with the Chi-Square test statistic.

Results showed the majority (90%) of respondents with a young age, most (60%) of respondents who worked more than 10 years, the majority (70%) of respondents with lower education, more than half (60%) of respondents with high knowledge and more than half (60%) of respondents carry out home visits program is not good. Results of statistical analysis showed no relationship between age of respondents to the implementation of the home visiting program pvalue = 0.400 and OR = 0.333, there was no association between long work with the implementation of the home visiting program, pvalue = 0.571 and OR = 3.000, there is no relationship between education and the implementation of home visiting program, pvalue = 1.000 and OR = 1.500, there is no relationship between knowledge of the implementation of the home visiting program, pvalue = 0.571 and OR = 0.333

It can be concluded that the knowledge and the characteristics of the program are nurses with home visits. For the expected to the clinic to be able to further improve home visiting program as an effort to improve the quality of public health, in order to service home visit by a community health center that has been programmed can be done well.

Keywords : Knowledge, Characteristics, Home Visits

Reading list: 38 ( 1993– 2011 ).

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT karena berkat Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian yang berjudul Hubungan Pengetahuan dan Karakteristik dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat Di Puskesmas Perkotaan RASIMAH AHMAD KOTA BUKITTINGGI Tahun 2014.

Dalam penulisan skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagi pihak. Untuk itu pada Oleh karena kesempatan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed selaku ketua STIKes Perintis Bukittinggi, yang telah mengijinkan penulis melakukan penelitian ini.
2. Ibu Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom, selaku ketua Prodi S1 Keperawatan STIKes Perintis Bukittinggi dan selaku pembimbing 1 yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis. Memberikan petunjuk, nasehat, bimbingan serta arahan kepada penulis. Teman-teman seangkatan yang telah memberikan semangat dan juga dukungan yang besar dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
3. Bapak Asrul Fahmi S.KM, selaku pembimbing 2 dalam penyusunan skripsi ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan petunjuk, nasehat, bimbingan serta arahan kepada penulis.
4. Bapak dan Ibu Dosen Tim Mata Kuliah Riset Keperawatan yang telah memberikan pengajaran dan masukan kepada penulis.
5. Para dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Bukittinggi yang memberikan ilmu pengetahuan dan memberikan penulis bimbingan, serta nasehat yang dapat membangun penulis.
6. Ibu dr. Yefa Karmidoza selaku ketua Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad beserta karyawan dan karyawati yang telah member izin untuk melakukan penelitian.
7. Teristimewa penulis mempersembahkan untuk kedua orangtua tersayang, kakak-kakak tercinta yang selalu memberikan dukungan penuh dan mendo’akan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
8. Teman-teman Prodi S1 Keperawatan Perintis Bukittinggi, Angkatan III khususnya (Astri, Antic, Cici, Dewi, Rini) yang telah memberikan bantuan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah ikut berpartisipasi dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang dan semoga skripsi ini dapat digunakan sebagai acuan dalam pembuatan skripsi selanjutnya.

Bukittinggi, Januari 2014

Penulis

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**ABSTRAK**

**KATA PENGANTAR** i

**DAFTAR ISI** iii

**DAFTAR LAMPIRAN** vi

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 6
  3. Tujuan Penelitian 6
     1. Tujuan Umum 6
     2. Tujuan Khusus 6
  4. Manfaat Penelitian 7
     1. Bagi Peneliti 7
     2. Institusi Pendidikan 8
     3. Lahan 8
     4. Peneliti Lainnya 8
  5. Ruang lingkup penelitian 8

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep kujungan rumah (home visite) 9

2.1.1 Pengertian Kunjungan rumah 9

2.1.2 Kegiatan Kunjungan rumah 9

2.1.3 Faktor – Faktor yang mendorong kunjungan rumah 10

2.1.4 Tujuan Kunjungan rumah 11

2.1.5 Jenis Pelayanan Kunjungan rumah 11

2.1.6 Karakteristik Kunjungan rumah 11

2.1.7 Konsep tenaga kesehatan 12

2.1.8 Peran dan fungsi perawan 14

2.1.9 Faktor-faktor yang mempengaruhi kegiatan keperawatan 17

2.2 Karakeritik Perawat 18

2.2.1 Usia 18

2.2.2 Pendidikan 19

2.2.3 Lama Bekerja 20

2.3 Konsep Pengetahuan 22

2.3.1 Pengertian Pengetahuan 22

2.3.2 Tingkat pengetahuan 23

2.3.3 Kriteria pengetahuan 24

2.3.4 Cara Memperoleh Pengetahuan 25

2.3.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan 25

2.4 Kerangka Teoritis 27

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1 Kerangka Konsep 30

3.2 Defenisi Operasional 31

3.3 Hipotesa 33

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian 34

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian 34

4.2.1 Tempat 34

4.2.2 Waktu 34

4.3 Populasi dan Sampel 34

4.3.1 Populasi 34

4.3.2 Sampel 35

4.3.3 Teknik Sampling 35

4.3.4. Cara Pengumpulan Data 35

4.4 Cara Pengelolaan dan Analisa Data 36

4.4.1 Cara Pengolahan Data 36

4.4.2 Analisa Data 37

4.5 Etika Penelitian 39

4.5.1 ProsedurPengambilan Data 39

4.5.2 Anomity 39

4.5.3 Informant Concent 39

4.5.4 Confidentiality 40

**BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

5.1. HasilPenelitian

5.1.1. AnalisaUnivariat………………………………………….. 41 5.1.2. AnalisaBivariat ………………………………………….. 43

5.2. Pembahasan

5.2.1. AnalisaUnivariat …………………………………………. 48

5.2.2. AnalisaBivariat …………………………………………... 52

**BAB VIPENUTUP**

7.1 Kesimpulan ……………………………………………............... 61

7.2 Saran ……………………………………………………………. 62

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR SKEMA**

Gambar 1 KerangkaTeori ……………………………………….. 27

Gambar 2 KerangkaKonsep …………………………………….. 30

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.2 DefenisiOperasional ………………………………………........ 31

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Umur Perawat di PuskesmasPerkotaan

Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014 ……………...... 41

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Lama Bekerja Perawat di Puskesmas

Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014….......41

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Perawat di Puskesmas

Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014 ..........42

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Tentang Kunjungan

Rumah di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittingi Tahun 2014 ……………………………………………………. 42

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Kunjungan Rumah oleh

Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014……………………………………………………. 43

Tabel 5.6 Hubungan Umur dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah

oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014 ............................................................ 43

Tabel 5.7 Hubungan Lama Kerja dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014 ..................................................... 44

Tabel 5.8 Hubungan Pendidikan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014 ...................................................... 45

Tabel 5.9 Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014 ...................................................... 46

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2: Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3: Kisi-Kisi Kuesioner

Lampiran 4: Kuesioner Penelitian

Lampiran 5: Master Tabel

Lampiran 6: Bar Chart

Lampiran 7: Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Lampiran 8: Surat Bukti Penelitian

Lampiran 9: Lembar Konsultasi

**BAB I**

1

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Manusia adalah faktor kunci keberhasilan dari suatu pembangunan. Untuk menciptakan manusia yang berkualitas diperlukan suatu derajat kesehatan manusia yang prima sehingga dalam hal ini mutlak diperlukan pembangunan kesehatan. Untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan, salah satu fasilitas kesehatan yang banyak dimanfaatkan masyarakat adalah Puskesmas. Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan dan pembangunan kesehatan di Indonesia maka perlu mendapatkan perhatian, terutama berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Dalam hal ini, puskesmas dituntut untuk selalumeningkatkan keprofesionalan dari para pegawainya serta meningkatkan fasilitas atau sarana kesehatannya untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat sebagai pengguna jasa layanan kesehatan (Ratminto, 2008).

Menurut Utama (2003) dalam Triana (2008), pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan tingkat kemandirian, perawat yang penyelenggaraannya dilakukan dengan kunjungan pelayanan kesehatan ke rumah (Home visit) sesuai dengan standart dan kode etik profesi yang telah ditetapkan dan wajib untuk dilaksanakan. Dengan demikian, pelayanan kunjungan rumah yang dilakukan oleh perawat sebagai tolak ukur tingkat kualitas pelayanan di masayarakat (Mubaroq, 2007)

Menurut *American of Nurses Association* (ANA) tahun 2002 pelayanan kesehatan di rumah adalah perpaduan perawatan kesehatan masyarakat dan ketrampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yang terdiri dari perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat maternitas dan perawat medikal bedah (ANA 2002)

Pelayanan kesehatan di rumah adalah pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien di rumahnya, yang merupakan sintesa dari pelayanan keperawatan komunitas dan keterampilan teknikal tertentu yang berasal dari spesalisasi kesehatan tertentu, yang befokus pada asuhan keperawatan individu dengan melibatkan keluarga, dengan tujuan menyembuhkan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik, mental atau emosi pasien. Perawatan kesehatan di rumah merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. (Mubaroq, 2007)

Perawatan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan serta memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal. Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individual dan keluarga, direncanakan, dikoordinasi dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi home visite melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian atau kombinasi dari keduanya (Wartonah 2009).

Perawat sebagai pemberi pelayanan di rumah harus mampu melakukan pelayanan kunjungan rumah, di mana kegiatan ini perlu dilakukan demi tercapainya kegiatan pelayanan komunitas yang baik.Pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dengan kunjungan rumah adalah memberikan pelayanan pada anggota keluarga yang sakit,anggota keluarga lainya yang mengalami masalah kesehatan, sehinggapelayanana kesehatan bagi anggota keluarga atau masyarakat yang tidak dapat mengunjungi puskesmas sudah dapat dilayanani di rumah.Hal inilah yang merupakan kewenangan dan kompetensi seorang perawat.

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. (Gaffar, 1999 ). Menghadapi masalah yang makin kompleks, seperti pengembangan ilmu pendidikan, perlu pengembangan sistem pendidikan tinggi keperawatan yang sangat berperan dalam pengembangan pelayanan keperawatan profesional, pengembangan teknologi keperawatan, pembinaan kehidupan profesi, dan pendidikan keperawatan berkelanjutan yang dicapai melalui lulusan dengan kemampuan profesional yang mampu dibidang keperawatan lainnnya, seperti pelayanan keperawatan dengan melakukan kunjungan rumah (home visite).

Menurut ICN ( Internasional Council of Nursing ), kompetensi seorang perawat merupakan sesuatu yang ditampilkan secara menyeluruh oleh seorang perawat dalam memberikan pelayanan *home visite*secara profesional kepada pasien atau keluarga yang menjadi pasien dimasyarakat. Untuk memberikan pelayanan tersebut seorang perawat perlu memiliki kemampuan mencakup pengetahuan, keterampilan dan pertimbangan, yang dipersyaratkan dalam pratik keperawatan di masyarakat dengan program kunjungan rumah [www.icn.us@.com](http://www.icn.us@.com) ..

Pelayanan keperawatan merupakan bentuk pelayanan fisiologis, psikologis, sosial, spiritual, dan kultural yang diberikan kepada keluarga sebagai klien (pasien) di masyarakat, karena ketidakmampuan, ketidakmauan, dan ketidaktahuan klien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya yang sedang terganggu. Fokus keperawatan kunjungan rumahadalah respons klien terhadap penyakit, pengobatan dan lingkungan yang belum dapat dipenuhi di masyarakat (Tomey, 2004 ).

Banyak kegiatan-kegiatan perawat yang dapat dilakukan saat melakukan kunjungan rumah, namun tidak semua perawat mampu melakukannya, oleh karenanya banyak dipengaruhi beberapa factor seperti,pengetahuan, pendidikan,lama pekerjaan dan usia (Sarwono 2003). Perawat yang memiliki pengetahuan yang baik tentang home visite tentu lebih mengetahui untuk melakukan kunjungan rumah karena pengetahunnya sudah dipahami. Perawat di tingkat pendidikan tinggi akan lebih tahu dari perawat yang tingkat pendidikannya rendah tentang home visite, Pengalaman kerja perawat yang sudah lama sudah jelas lebih dapat mengikuti kegiatan home visite di lapangan, dari pada perawat yang baru bekerja. Oleh karena itu pelayanan keperawatan yang diberikan secara home visite perlu melihat kesangggupan perawat dalam melakukannya, karena kesanggupan perawat dalam melakukan kunjungan rumah perlu mempertimbangkan karakteristik pemberi pelayanan keperawatan seperti. Karakteristik perawat. Pengetahuan tingkat pendidikan, lama pekerjaan dan usia (Sarwono 2003)

Pendidikan perawat adalah pendidikan yang dilalui oleh perawat dalam melakukan kunjungan rumah dimana tingkat pendidikan ini seperti .perawat pemula (SPK), perawat Akademi ( D.III) dan perawat S1 (Sarjana Keperawatan) serta perawat Spesialis ( Perawat Magister). Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perawat maka semakin baik pula pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan di masyarakat melalui kunjungan rumah ( Homevisite). Sedangkan factor usia sangat perlu juga dipertimbangkan dalam melakukan kunjungan rumah dimana perawat yang usianya muda akan lebih aktif dalam melakukan kunjungan rumah dibanding perawat yang usiannya lebih tua, begitu juga dengan Lama pekerjaan dimana perawat yang sudah lama bekerja dan memiliki pengalaman dalam melakukan kunjungan rumah akan lebih dapat melakukan kunjungan rumah dengan baik dibanding bagi perawat yang baru bekerja. Hal ini, maka beberapa karakteristik tersebut setiap perawat memiliki cirri khas masing masing dalam melakukan kunjungan rumah di masyarakat. (Mubaroq 2007)

Dari survei awal saat dilakukan observasi selama 3 hari ( 19, 20 dan 24 Maret) terlihat dari 7 orang perawat yang bertugas di Puskesmas Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi, setelah dilakukan wawancara tentang program kunjungan rumah, dari wawancara tersebut hanya 5 perawat yang mampu memberikan pelayanan kunjungan rumah dari 20 orang perawat yang ada di puskesmas tersebut, dan selebihnya perawat belum lagi mau melakukan kunjungan rumah di wilayah kerja puskesmas Rasimah ahmad tersebut. Dari beberapa perawat yang ada di puskesmas di antara 5 orang perawat tersebut semuanya memiliki tamatan pendidikan terendah DIII keperawatan dan 1 orang perawat dari pendidikan SPK dan masih kuliah di akademi dan dari 7 orang perawat rata usia mereka yang paling muda 25 tahun dan yang paling tua adalah usia 36 tahun, dengan demikian bahwa dari 5 orang yang mampu melakukan kunjungan rumah banyak di dominasi oleh usia muda. Berdasarkan fenomena di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang ” Hubungan tingkat pengetahuan dan Karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013 .

* 1. **Rumusan Masalah**

Dari uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah ”Apakah Ada Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013 ”

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan tingkat pengetahuan dan Karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.

* + 1. **Tujuan Khusus**
       1. Diketahuinya distribusi frekuensi tingkat Pengetahuan perawat tentang program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.
       2. Diketahuinyadistribusi frekuensi Pendidikan perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.
       3. Diketahuinya distribusi frekuensi usia perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.
       4. Diketahuinyadistribusi frekuensi lama kerja perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.
       5. Diketahuinya distribusi frekuensi perawat tentang pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.
       6. DiketahuiHubungan tingkat pengetahuan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013
       7. DiketahuiHubungan Pendidikan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013
       8. Diketahui Hubungan Usia dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013
       9. Diketahui Hubungan lama Kerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013
  1. **Manfaat Penelitian**
     1. **Peneliti**

Mengembangkan kemampuan peneliti dalam menyusun suatu proposal penelitian dan menambahkan wawasan, pengetahuan, pengalaman, serta keterampilan penelitian dalam ilmu pengetahuan, serta menambah pemahaman penulis tentang pelaksanaan kunjungan rumah.

* + 1. **Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan informasi dan masukan bagi peneliti selanjutnya terutama yang berkaitan dengan pelaksanaan kunjungan rumah.

* + 1. **Lahan**

Dapat digunakan sebagai sumber informasi, untuk kebijakan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan seperti kunjungan rumah.

* + 1. **Peneliti Lainnya**

Sebagai pembaharuan sumber ilmu pengetahuan antar peneliti agar tercapainya tingkat pengetahuan yang lebih maju dan mengikuti perkembangan yang ada.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini meneliti Hubungan Tingkat pengetahuan dan Karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.Dalam penelitian ini yang menjadi responden adalah semua perawat yang bertugas di Puskesmas Rasimah Ahmad Tengah Sawah. Peneliti tertarik melakukan penelitian ini karena peneliti ingin mengetahui Hubungan pengetahuan dan Karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah. Penelitian menggunakan instrument dengan kuesioner serta membagikan lembaran kuesioner dan kepada responden.

**BAB II**

10

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Kunjungan Rumah (*Home Visit*)**
     1. **Pengertian Kunjungan Rumah (*Home Visit*)**

Kunjungan Rumah adalah salah satu kegiatan kesehatan melalui kegiatan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat atau tenaga kesehatan untuk melakukan kegiatan home care ( perawatan di rumah )

* + 1. **Kegiatan Kunjungan Rumah** 
       1. Melakukan kegiatan demografi

Kegiatan ini dilakukan untuk melihat atau mendeteksi semua data keluarga atau pasien yang ada di komunitas yang membutuhkan pertolongan atau bantuan kesehatan sehingga mampu dilakukan pertolongan awal pada pasien atau klien yang membutuhkan kesehatan, baik yang sehat ataupun yang sakit

* + - 1. Melakukan Survey

Kegiatan yang dilakukan untuk mendeteksi kegiatan lingkungan rumah warga atau keluarga keluarga yang mengalami masalah dengan kebersihan lingkungan atau kesehatan lingkungan rumah guna menurunkan kejadian dan ancaman kesehatan bagi keluarga atau masyarakat yangkan meningkatkan kesehatan mereka kearah yang lebih baik

* + - 1. Mengunjungi Keluarga

Kegiatan yang dilakukan untuk melihat masalah masalah kesehatan yang ada pada warga sekitar lokasi atau wilayah kesehatan setempat seperti wilayah kerja Puskesmas wilayah posyandu atau wilayah lingkungan sekitar pemukiman warga sehingga dapat terpantau dengan kondisi kesehatan yang baik dan warga akan melakukan kegiatan yang lebih sehat dengan adanya kunjungan rumah tersebut

* + - 1. Melakukan Pencegahan

Kegiatan ini dilakukan dengan kunjungan rumah agar warga mampu memberikan kontribusi dalam mempertahankan kehidupanyang sehat dengan mengambil suatu tindakan bersama-sama dengan warga dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dalam rangka menghindari ancaman pada kesehatan keluarga dan masyarakat

* + 1. **Faktor-factor yang Mendorong Kunjungan Rumah adalah:**
       1. Kasus-kasus penyakit terminal dianggap tidak efisien lagi jika dirawat di institusi pelayanan kesehatan, missal klien mengidap penyakit keganasan (kanker) stadium akhir.
       2. Keterbatasan masyarakat untuk membiayai kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan relatif lama, missal klien pasca – stroke yang mengalami kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi dalam jangka waktu yang cukup lama.
       3. Manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, dengan asumsi bahwa perawatan klien yang lama (> 1 minggu) tinggal di rumah sakit tidak menguntungkan.
       4. Lingkungan di rumah ternyata dirasakan lebih nyaman bagi sebagian besar klien jika dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan. (Zang, S.M & Bailey, N.C, 2004 )
    2. **Tujuan Kunjungan Rumah**
       1. Meningkatkan kemandirian klien dalam pencegahan komplikasi penyakit kronik, membantu mengurangi efek penyakit dan ketidak mampuan akibat penyakit.
       2. Biaya kesehatan akan lebih terkendali, kesinambungan pelayanan yang diberikan akan mencegah terjadinya komplikasi.
       3. Mutu pelayanan akan lebih meningkat, peran serta keluarga dalam memberikan pelayanan akan memberikan kesempatan kepada perawat melakukan suatu penelitian pada aspek-aspek yang membutuhkan pengembangan. (Zang, S.M & Bailey, N.C, 2004)
    3. **Jenis Pelayanan Kunjungan Rumah** 
       1. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
       2. Pelayanan rehabilitasi
       3. Pelayanan informasi dan rujukan
       4. Pelayanan sosil dan upaya menciptakan lingkungan terapeutik
       5. Pendidikan dan latihan
       6. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
       7. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan social

(Zang, S.M & Bailey, N.C, 2004 )

* + 1. **Karakteristik Kunjungan Rumah Antara Lain**
       1. Pelayanan kesehatan rumah memiliki karakteristik sebagai bentuk pelayanan kesehatan promotif dan preventif yang menjadi prioritas utama dengan tidak mengabaikan upaya pengobatan, pencegahan kecacatan yang dilakukan dalam bentuk kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi.
       2. Tatacara pelayanan tidak diselenggarakan secara terpisah – pisah, namun dilakukan secara terpadu (interdisiplin) dalam rangka memenuhi kebutuhan klien.
       3. Pendekatan penyelenggaraan pelayanan secara menyeluruh.

( Zang, S.M & Bailey, N.C, 2004 )

* + 1. **Konsep Tenaga Kesehatan (NAKES)** 
       1. Pengertian Tenaga Kesehatan

Kesehatan merupakan hak dan kebutuhan dasar manusia.Dengan demikian Pemerintah mempunyai kewajiban untuk mengadakan dan mengatur upaya pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau rakyatnya. Masyarakat, dari semua lapisan, memiliki hak dan kesempatan yang sama untuk mendapat pelayanan kesehatan.

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan, baik berupa pendidikan gelar-D3, S1, S2 dan S3-; pendidikan non gelar sampai dengan pelatihan khusus kejuruan khusus seperti Juru Imunisasi, Malaria dan keahlian. Hal inilah yang membedakan jenis tenaga ini dengan tenaga lainnya.Hanya mereka yang mempunyai pendidikan atau keahlian khusus yang boleh melakukan pekerjaan tertentu yang berhubungan dengan jiwa dan fisik manusia, serta lingkungannya.

Tenaga kesehatan berperan sebagai perencana, penggerak dan sekaligus pelaksana pembangunan kesehatan sehingga tanpa tersedianya tenaga dalam jumlah dan jenis yang sesuai, maka pembangunan kesehatan tidak akan dapat berjalan secara optimal. Kebijakan tentang pendayagunaan tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh kebijakan kebijakan sector lain, seperti: kebijakan sektor pendidikan, kebijakan sektor ketenagakerjaan, sektor keuangan dan peraturan kepegawaian. Kebijakan sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap pendayagunaan tenaga kesehatan antara lain: kebijakan tentang arah dan strategi pembangunan kesehatan, kebijakan tentang pelayanan kesehatan, kebijakan tentang pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, dan kebijakan tentang pembiayaan kesehatan. Selain dari pada itu, beberapa factor makro yang berpengaruh terhadap pendayagunaan tenaga kesehatan, yaitu: desentralisasi, globalisasi, menguatnya komersialisasi pelayanan kesehatan, teknologi kesehatan dan informasi. Oleh karena itu, kebijakan pendayagunaan tenaga kesehatan harus memperhatikan semua factor di atas.

* + - 1. Jenis Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketermpilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan, baik berupa pendidikan gelar-D3, S1, S2 dan S3-; pendidikan non gelar; sampai dengan pelatihan khusus kejuruan khusus seperti Juru Imunisasi, Malaria dan keahlian. Hal inilah yang membedakan jenis tenaga ini dengan tenaga lainnya. Hanya mereka yang mempunyai pendidikan atau keahlian khusus yang boleh melakukan pekerjaan tertentu yang berhubungan dengan jiwa dan fisik manusia, serta lingkungannya. **Jenis tenaga kesehatan terdiri dari ;** Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Fisioterapis, Refraksionis Optisien, Radiographer, Apoteker, Asisten Apoteker, Analis Farmasi, Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Dokter Gigi Spesialis, Akupunkturis, Terapis Wicara dan, Okupasi Terapis.

* + - 1. Tenaga Keperawatan

Tenaga keperawatan adalah suatu sumber daya manusia di bidang kesehatan yang mana tingkat keprofesiannya sebagai tenaga keperawatan yang vokasional di bidang ahli madya keperawatan dan sebagai perawat professional di tingkat strata keperawatan (jenjang S1) serta tingkat spesialisasi di bidang Perawat Manager .Sesuai dengan tingkat pendidikan perawat berlatar belakangi dari pendidikan SPK (Sekolah Perawat kesehatan) menjenjang D-III keperawatan (Diploma III) hingga ketingkat sarjana.(Yusuf, 2006)

* + 1. **Peran dan Fungsi Perawat**

Peran adalah tingkah laku yang diharapkan oleh seseorang terhadap orang lain (perawat), sedangkan fungsi adalah pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya (Ali, 2007: 19-20).

* + - 1. Perawat Pengelola

Dalam melakukan perannya perawat dapat memberikan kegiatan kegiatan yang berlaku bagi tenaga perawat dalam melakukan dan mengorganisasikan kegiatannya untuk dapat di tata sesuai dengan kegiatan peran dan fungsi perawat dalam bentuk kegiatan dan aplikasi yang nyata. Perawat pengelola harus mampu melakukan kegiatan dan membuat suatu rencana asuhan keperawatan berdasarkan standart yang telah dimiliki. (Gaffar 2007)

* + - 1. Perawat pendidik

Peranan perawat dalam melakukan pendidikan , perawat harus mampu melakukan penjelasan yang sifatnya memberikan informasi kesehatan baik itu kepada individu , kelompok , keluarga maupun masyarakat dalam membina dan mendidik melalui penyuluhan kesehatan (Penkes) atau pun melalui media-media agar kegiatan yang diterima masyarakat dapat merubah perilaku kepada kegiatan yang lebih sehat.

* + - 1. Perawat pelaksana

Dalam melaksanakan peran sebagai perawat pelaksana bertindak sebagai:

1. *Comferter*

Menurut Potter & Perry (2005), peran sebagai pemberi kenyamanan yaitu memberikan pelayanan keperawatan secara utuh bukan sekedar fisik saja, maka memberikan kenyamanan dan dukungan emosi sering kali memberikan kekuatan kepada klien untuk mencapai kesembuhan.

1. *Protector dan Advocat*

Menurut Potter & Perry (2005), sebagai pelindung perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan isbanding atau pengobatan. Untuk menjalankan tugas sebagai *advokat*, perawat melindungi hak dan kewajiban klien sebagai manusia secara isba, serta membantu klien dalam menyatakan hak–haknya bila dibutuhkan.

1. *Communication*

Menurut Potter & Perry (2005), peran sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat pelaksana yang lain. Keperawatan mencakup komunikasi dengan klien, keluarga, antara isban perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas. Memberikan perawatan yang efektif, pembuatan keputusan dengan klien dan keluarga, memberikan perlindungan pada klien dari ancaman terhadap kesehatannya, dan mengatur asuhan keperawatan yang tidak mungkin dilakukan tanpa komunikasi yang jelas.

1. *Rehabilitator*

Perawat memberikan asuhan keparawatan adalah mengembalikan fungsi organ atau bagian tubuh agar sembuh dan berfungsi normal. Rehabilitas merupakan proses dimana individu kembali ketingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Rentang aktivitas rehabilitas dan isbanding mulai dari mangajar klien berjalan dengan menggunakan alat pembantu berjalan sampai membantu klien mengatasi perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan penyakit kronis (Potter & Perry, 2005)

* + - 1. Perawat Peneliti

Perawat peneliti mampu melakukan kegiatan kegiatan yang sifatnya melakukan penemuan penemuan baru dalam ilmu keperawatan sebagai mana dilakukannya hasil hasil riset guna mengembangkan ilmu keperawatan yang dilakukan oleh perawat kearah kemajuan yang akan datang. Peraweat sebagai peneliti bahwasanya ilmu keperawatan itu bukan berkembang begitu saja sehingga dapat dikembangkan kea rah yang baru agar peran dan fungsi perawat (Gaffar 2007).

* + 1. **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kegiatan Keperawatan**

Beberapa factor yang dapat mempengaruhi terlaksananya kegiatan keperawatan adalah

* + - 1. Pendidikan Keperawatan

Kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan sisitem pendidikan keperawatan di Indonesia adalah no. 2 tahun 1989 tentang pendidikannasional, peraturan pemerintah no. 6 tahun 1999 tentang pendidikan tinggi dan keputusan Mendiknas no. 0686 tahun 1991 tentang pedoman pendirian institusi pendidikan tinggi. (Munadi, 2006). Pengembangan sisitem pendidikan tinggi keperawatan yang bermutu merupakan cara untuk menghasilkan tenaga keperawatan yang professional dan memenuhi standar global. Hal-hal yang dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu lulusan pendidikan keperawatan menurut (Yusuf dan Muhammad, 2006), yaitu :

1. Standarisasi jenjang, kualitas, mutu, serta kurikulum dari institusi dari pada pendidikan
2. Merubah bahasa pengantar dalam pendidikan keperawatan dengan menggunakan bahasa inggris(asing)
3. Menutup institusi yang tidak berkualitas
4. Institusi harus dipimpin oleh seseorang berlatar belakang pendidikan perawat yang tinggi
5. Pengelolaan instituasi pendidikan hendaknya memberikan warna tersendiri dalam bentuk muatan local, misalnya ;emergency nursing, pediatric nursing, coronary nursing.
6. Standarisasi kurikulum dan evaluasi bertahap terhadap staf pengajar institusi pendidikan keperawatan
7. Departemen pendidikan, kesehatan, dan organisasi profesi serta isban lain yang terlibat mulai dari perizinan juga memiliki tanggung jawab moril untuk melakukan pembinaan.
   1. **Karakteristik Perawat**

Menurut Feiring dan Lewis (2000) dalam Friedman (2003), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa beberapa manusia juga memiliki ciri cirri yang dapat dilihat dari karaktersitik seseorang. Tenaga kesehatan juga memiliki berbagai karakteristik yang tedapat dalam individu baik secara social maupun secara pendidikan dan usia serta pekerkjaannya, dibawah ini ada beberapa karakteristik yang dimiliki perawat antara lain :.

* + 1. **Usia**

Menurut Friedman (2003), usia muda cenderung untuk lebih tidak isb merasakan atau mengenali kebutuhan akan tugas tenaga kesehatan sebagai seorang pelaksana keperawatan terutama dalam melakukan kegiatan tugasnya, karena usia yang muda lebih egosentris dibandingkan usia yang lebih tua.

* + 1. **Pendidikan**

Pada umumnya semakin tinggi pendidikan akan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Pengetahuan itu sendiri merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat fakta, simbol, prosedur tehnik dan teori.Perawat yang berpendidikan tinggi akan lebih mengetahui dan memahami perannya sedangkan perawat dengan tingkat pemdidikan yang rendah akan mengalami kesulitan dalam melaksanakan perannya.Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seorang akan pola pekerjaan terutama dalam memotivasi untuk bersikap dan berperan serta dalam pembangunan kesehatan (Notoatmojo, 2003 ).Menurut Suwarno (2002) dalam Nursalam (2007) pendidikan menuntun manusia untuk mencapai kebahagiaan dan peran sertanya.Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi serta mengaplikasikannya, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai baru yang diperkenalkan.

Menurut John Dewey (1997) mengatakan bahwa melalui pendidikan seseorang akan mempunyai kecakapan, mental, dan emosional yang membantu seseorang untuk dapat berkembang mencapai tingkat kedewasaan. Dalam teori ini tingkat pendidikan seseorang sangat mempengaruhi semua aktifitas yang dilakukannya. Hal ini disebabkan karena dalam proses pendidikan terjadi perubahan kecakapan, mental, dan emosional isband tingkat kedewasaan yang lebih tinggi. Tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan yang rendah atau tidak lulus dalam pendidikan dasar akan sulit dalam menerima suatu informasi dalam mendapat suatu pengetahuan, berbeda dengan individu atau masyarakat dengan pendidikan yang tinggi, mereka lebih mudah menerima informasi yang ada melalui berbagai media.

Untuk bisa menerima suatu informasi dibutuhkan keterampilan pendidikan dasar seperti membaca dan menulis. Masyarakat dengan pendidikan yang tinggi akan mampu menganalisa suatu keadaan disekitarnya sehingga apa yang dilakukannya sesuai dan tepat. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh John Dewey (1997) bahwa melalui pendidikan seseorang akan mempunyai kecakapan, mental dan emosional yang membantu seseorang untuk dapat berkembang mencapai tingkat kedewasaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin bertambah pula kecakapannya, baik secara intelektual maupun emosional serta semakin berkembang pula pola isba yang dimilikinya. (Kuncoroningrat: 1997 dalam Nursalam: 2002).

* + 1. **Pekerjaan**

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya.Bekerja merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi seorang tenaga kesehatan akan mempunyai pengaruh terhadap kegiatan pekerjaannya termasuk juga kegiatan tambahan lain untuk berperan serta dalam kegiatan tertentu. Jika pekerjaan itu menuntut tenaga kesehatan meninggalkan (jauh) dari tempat tinggal atau beban kerjanya terlalu tinggi akan menghambat dalam peran sertanya. Orang yang bekerja dengan yang tidak bekerja akan selalu mempengaruhi dirinya sendiri. Dengan demikian pekerjaan tergantung dari apa yang akan dikerjakan misalkan pekerjaan sebagai tenaga profesi dibandingkan dengan pekerjaan bukan tenaga profesi, karena profesi akan menuntut pekerjaannya sesuai dengan pekerjaan yang formal berdasarkan kode etik yang dilakukannnya sedangkan pekerjaan non profesi akan bekerja tanpa tuntutan dari kode etik sehinnga pekerjaan sebagai profesi salah satunya dengan profesi sebagai perawat akan lebih baik dibanding yang bukan profesi. (Suarli 2007)

* 1. **Konsep Pengetahuan**
     1. **Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman,rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga.Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Secara sederhana, pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui manusia tentang benda, sifat, keadaan, dan harapan-harapan (Ensiklopedia bebas berbahasa (2011), *Budaya* .www.Wikipedia. Co.Id.(download:3 November 20011).

Pengetahuan adalah [informasi](http://id.wikipedia.org/wiki/Informasi) atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang.Dalam pengertian lain, pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya

(Ensiklopedia bebas berbahasa (2011), *Pengetahuan* .www. Wikipedia.Co.Id.(download:3 November 2011)).

* + 1. **Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif menurut Notoatmodjo (2003) mempunyai 6 tingkat, yakni :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Contoh, dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

1. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai sesuatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.Contoh, menyimpulkan meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

1. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan isba-hukum, rumus, metode, prinsip, dan menggunakan rumus isbandin dalam menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah kesehatan dari kasus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

1. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

1. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

1. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.evaluasi dilakukan dengan menggunakan kriteria sendiri atau kriteria yang telah ada.

* + 1. **Kriteria Pengetahuan**

Pengetahuan dapat dikategorikan menjadi:

Penilaian-penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang di tentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi. Menurut Nursalam 2008 kriteria untuk menilai dari tingkatan pengetahuan menggunakan nilai:

1. Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76-100%
2. Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56-75%
3. Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai ≤ 56%

(Nursalam, 2008)

* + 1. **Cara Memperoleh Pengetahuan**

1. Cara tradisional
   * + 1. Cara coba-salah
       2. Cara kekuasaan atau otoritas
       3. Berdasarkan pengalaman pribadi
       4. Melalui jalan pikiran
2. Cara modern
3. Metode berfikir induktif
4. Metode berfikir deduktif (Notoatmodjo, 2005).
   * 1. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**
5. Faktor Internal menurut Notoatmodjo (2003) :
6. Pendidikan

Tokoh pendidikan abad 20 M. J. Largevelt yang dikutip oleh Notoatmojo (2003) mendefinisikan bahwa pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang diberikan kepada anak yang tertuju kepada kedewasaan. Sedangkan GBHN Indonesia mendefinisikan lain, bahwa pendidikan sebagai suatu usaha dasar untuk menjadi kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

1. Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup dari seseorang sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan.

1. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu peristiwa yang dialami seseorang (Middle Brook, 1974) yang dikutip oleh Azwar (2009), Mengatakan bahwa tidak adanya suatu pengalaman sama sekali. Suatu objek psikologis cenderung akan bersikap negative terhadap objek tersebut untuk menjadi dasar pembentukan sikap pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas.

1. Faktor External menurut Notoatmodjo (2003)
   * + 1. Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuahan primer ataupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah tercukupi dibanding dengan keluarga dengan status ekonomi rendah, hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informai termasuk kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

* + - 1. Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna, dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut.Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut apabila arah sikap tertentu.Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggunakan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh perubahan perilaku, biasanya digunakan melalui media masa.

* + - 1. Kebudayaan/Lingkungan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang

* 1. **Kerangka Teoritis**

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan seperti melakukan kunjungan rumah atau Home visit bahwa berdasarkan ilmu yang dimiliki yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. (Geiffer, 2009). Pendidikan tinggi keperawatan sangat berperan penting dalam memberi pelayanan keperawatan terutama dalam kunjungan rumah *home visite* , pandangan yang luas tentang wawasan pendidikan keperawatan yang maju, dan menguasai keterampilan profesional dan bermutu secara baik dan benar yang perlu memiliki pengetahuan di bidang home visite . (Husin, 2006). Pendidikan memiliki klasifikasi program-programnya bersifat non formal dan pendidikan yang program-programnya bersifat informal dengan pendidikan sekolah yang program-programnya bersifat formal). (Coombs, 2003) .

Sesuai dengan tujuan, fungsi, dan peran serta penataan pendidikan maka pendidikan perawat profesional melahirkan perawat sebagai anggota dari suatu organisasi profesi akan lebih memahami dan menghayati peran, tanggung jawab, dan haknya sebagai anggota organisasi sesama profesi perawat. Organisasi perawat sangat berperan sebagai pengendalian mutu pelayanan seperti dalam melakukan home visited an melakukan tindakan keperawatan di rumah (home visite) , (Kozier & Erb, 2009).dengan kerangka teori sebagai berikut:

Pelaksanaan Kunjungan Rumah ( Home Visite) :

Pengetahuan

* Pengertian
* Tingkat Pengetahuan
* Kriteria Pengetahuan
* Cara memproleh pengetahuan
* Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Karakteristik Perawat

* Pendidikan
* Lama bekerja
* Usia

* Masyarakat
* Keluarga
* Kelompok
* Individu

Baik

Kurang Baik

Sumber : Modifikasi kerangka teori ( Mubaroq 2007 )

**BAB III**

30

**KERANGKA KONSEP**

* 1. **Kerangka Konsep dan Hipotesis**

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu dengan konsep lainnya dari masalah yang diteliti. (Notoadmojo, 2003 )

Kerangka konsep dari penelitian ini dapat tergambar sebagai berikut :

**Variabel Independen**  **Variabel Dependen**

Pengetahuan Perawat

Pelaksanaan Kunjungan Rumah ( Home Visite) :

* Kegiatan Demografi
* Melakukan Survey
* Mengunjungi Keluarga
* Melakukan Pencegahan

Karakteristik Perawat

* Pendidikan
* Lama bekerja
* Usia

Keterangan : : Diteliti

Pada penelitian ini kerangka konsep digunakan untuk menghubungkan dua variabel independent dan variabel dependent. Variabel independent merupakan variabel bebas atau variabel yang mempengaruhi yaitu pengetahuan dan karakteristik perawat Sedangkan variabel dependent yaitu pelaksanaan kunjungan rumah. Dari kerangka konsep diatas akan terlihat Hubungan tingkat pengetahuan dan Karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.

* 1. **Defenisi Operasional**

Defenisi operasional adalah defenisi untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel–variabel yang diamati atau diteliti yang bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. (Notoadmodjo, 2005)

* + 1. **Tabel Defenisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Defenisi Operasional** | **Cara Ukur** | **Alat Ukur** | **Skala**  **Ukur** | **Hasil Ukur** |
| Variabel Independent  Pengetahuan  Karakteristk Tingkat Pendidikan perawat  Usia  Lama Kerja  Variabel Dependent  Pelaksanaan kunjungan rumah (home visite) | Semua yang di ketahui perawat tentang kunjungan rumah  Jenjang pendidikan perawat yang telah dilewati selama menuntut ilmu pengetahuan dari,SPK,AKPER  (D-IIIKEP)STIKES  (S1KEP)  Masa usia yang dilalui oleh perawat dalam melakuan kegiatan yang dijalani sebagai perawat di Puskesmas Tengah Sawah  Masa yang ditempuh dalam bekerja mulai dari aktifnya bekerja sampai saat sekarang  Tindakanpelaksanaan kunjungan rumah yang dilakukan oleh perawatuntukkegiatan demografi,melakukan survey,mengunjungi keluarga,melakukan pencegahan pada kaluarga dan juga masyarakat yang mengalami masalah kesehatan | Angket  Angket  Angket  Angket  checlist | kuesioner  Kuesioner  Kuesioner  Kuesioner  Lembaran Tilik | Ordinal  Ordinal  Ordinal  Ordinal  Ordinal | Tinggi jika ≥ mean  Rendah jika < Mean  Tinggi  (S1-Kep, Nurse, Magister)  Rendah(D-IIIKep, SPK)  Tua = > 45 tahun  Muda =<45tahun  (Sarwono 2003)  Lama = > 10 tahun  Baru = < 10 tahun  (Azwar 2001)  Baik  Kurang |

* 1. **Hipotesa**

Ha : Ada Hubungan tingkat pendidikan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013

Ha : Ada Hubungan usia dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013

Ha : Ada Hubungan lama kerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.

**BAB IV**

34

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan adalah metode bersifatStudi analitik yaitu menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yang mana peneliti ingin mengetahui Hubungan tingkat pengetahuan dan Karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Tengah Sawah Kota Bukittinggi tahun 2013.

* 1. **Waktu dan Tempat Penelitian**
     1. **Tempat Penelitian**

Penelitian akan dilakukan di Puskesmas Tengah Sawah Kota Bukittinggi , karena masih ditemui pelaksanaan kunjungan rumah yang tidak sesuai dengan yang dilakukan dari puskesmas.

* + 1. **Waktu Penelitian**

Penelitian akan dilaksanakan dan direncanakan Desember –Januari 2014

* 1. **Populasi dan Sampel**
     1. **Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diteyapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2007 : 60).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bertugas di Puskesmas tengah Bukittinggi yang berjumlah 20 orang perawat.

* + 1. **Sampel**

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.(Hidayat, 2008 ). Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007 : 60). Dimana sampel diambil untuk seluruh perawat yang ada bertugas di Puskesmas Tengah Sawah Bukittinggi yang berjumlah 20 orang perawat.

Kriteria sampel yang diambil masuk dalam kriteria inklusi.Kriteria inklusi adalah karakteristik sample yang dapat dimasukkan atau layak diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Perawat yang bersedia untuk diteliti
2. Perawat yang tidak dalam cuti
3. Perawat yang ada saat penelitian dan pernah melakukan kunjungan rumah
   * 1. **Teknik Sampling**

Pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling*atau sampling jenuh yaitu pengambilan sampel dengan mengambil semua populasi menjadi sampel. (Notoadmodjo, 2003).

* + 1. **Cara Pengumpulan Data**
       1. Alat Pengumpulan data

Instrumen atau alat pengumpulan data digunakan dengan kuesioner , dimana kuesioner yang digunakan berbentuk anket yang diisi dengan checklist dengan membagikan kepada responden sebagai sampel penelitian yang mana kuesioenr ini akan dibagikan berdasarkan jumlah responden

* + - 1. **Proses Pengumpulan Data**

Cara pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembaran kuesioner (terbuka) dan lembaran observasi. Peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis sesuai dengan petunjuk yang diberikan berupa karakteristik terhadap pelaksanaan kunjungan rumah dengan menggunakan tanda checklist pada kolom skala liker (sikap untuk menilai kunjungan rumah). Penilian untuk kuesioner sesuai dengan karakteristik Usia pendidikan dan lama kerja.

* 1. **Cara Pengelolaan dan Analisa Data**
     1. **Cara Pengolahan Data.**
  2. *Editing* (Mengedit data)

Data yang masuk di periksa apakah terdapat kekeliruan dan kemungkinan tidak lengkap dalam pengisian.

* 1. *Coding* (Member kode)

Memberikan kode pada setiap informasi yang sudah terkumpul pada setiap pertanyaan kuesioner untuk memudahkan pengelolaan data.

* 1. *Scoring* (Nilai Skoring)

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai pada masing-masing item, untuk karakteristik, berupa lembaran kuesioner dan kunjungan rumah tinggal memberi tanda cheklist pada kolom yang tersedia pada lembaran kuesioner, dengan menggunakan Skala likert ;jika selalu nilai =4, sering nilai=3 pernah nilai=2 tidak pernah nilai i= 1, .

* 1. *Procesing* (Mengolah data)

Pada tahap ini dilakukan kegiatan memproses data terhadap semua kuesioner yang lengkap dan benar untuk di analisis pengolahan data dilakukan secara komputerisasi.

* 1. *Cleaning* (Membersihkan data)

Pembersihan data perlu dilakukan terhadap kesalahan dalam memasukan data dan dilakukan dengan benar untuk di analisis pengolahan data dan dilakukan secara komputerisasi.

* + 1. **Analisa Data**

Data yang diperoleh di analisa dan disajikan secara univariat dan bivariat.

* + - 1. Analisa Univariat

Analisa ini dilakukan dengan menggunakan analisis distribusi frekwensi dan statistik deskriptif untuk melihat Persentase , Tujuannya untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran dari masing-masing variabel. Analisa yang dilakukan dengan menggunakan analisis distribusi frekuensi dan statistic deskriptif yaitu pengetahuan dan karakteristik

Variabel independen yaitu tingkat pengetahuan dan karakteristik perawat (pendidikan, lama kerja dan usia)

Variabel dependen yaitu pelaksanaan kunjungan rumah (Home visite) Tujuannya adalah mendapatkan gambaran tentang sebaran distribusi frekuensi sentral terdensi ( mean). (Arinkunto. S. 2003

Keterangan

X = Rata rata

ΣX = total nilai yang didapat .

n = Jumlah renponden .

( A. Muri Yusuf : 2001 )

Median :

Keterangan :

Me = median

N = jumlah responden

2 = Pembagi median (constanta)

* + - 1. Analisa Bivariat

Analisa yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antar ke 2 variabel yang diteliti.Pengujian hipotesis untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan uji statistik *Chi square test*. Untuk melihat kemaknaan uji statistik digunakan batasan kemaknaan 95 % ( P=95% α = 1-P 1- 0,95 = 0,05) sehingga nilai p < 0,05 maka secara statistik disebut bermakna dan jika p > 0,05 maka hasil hitungan tersebut tidak bermakna. Analisa bivariat dilakukan secara komputerisasi dengan bantuan program SPSS.

* 1. **Etika Penelitian**
     1. **Prosedur Pengambilan Data**

Setelah mendapatkan izin atau pengantar dari pendidikan Stikes Perintis Bukittinggi, peneliti menemui kepala bidang Diklat Dinas kesehatan Kota Bukiittinggi untuk meminta izin kemudian peneliti meminta surat pengantar penelitian untuk Ke Puskesmas.Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi sasaran sampel berhak untuk menolok atau pun setuju untuk pelaksanaan penelitian ini. Bagi mereka yang menyetujui pelaksanaan penelitian ini di minta untuk menandatangani surat persetujuan yang telah ditetapkan. Setelah mendapatkan persetujuan, yang dibuktikan dengan cara mendantangani lembaran surat pernyataan (infromed consen), peneliti membagi kuesieoner kepada responden mengisi sesuai petunjuk selama 5-10 menit setelah itu mengumpulkan kuesienor yang sudah diisi untuk mengecek kelengkapannya.

* + 1. ***An­omity* (Tanpa Nama)**

*Anomitymerupakan* masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008).

* + 1. ***Informent Concent***

Lembaran persetujuan ini di berikan pada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria sebagai responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.

* + 1. ***Confidentiality***

Kerahasian identitas responden, hanya diketahui peneliti dan beberapa kelompok yang ikut serta dalam penelitian ini yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

**BAB V**

41

**HASIL PENELITIAN**

1. **Analisa Univariat**
2. **Karakteristik Perawat**
3. **Umur**

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Umur Perawat di Puskesmas Perkotaan**

**Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Umur** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Tua  Muda | 1  9 | 10  90 |
| **Jumlah** | | **10** | **100** |

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari 10 orang perawat, terdapat 1 orang (10%) berusia tua dan 9 orang (90%) berusia muda.

1. **Lama Bekerja**

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Lama Bekerja Perawat di Puskesmas Perkotaan**

**Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Lama Bekerja** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Lama  Baru | 4  6 | 40  60 |
| **Jumlah** | | **10** | **100** |

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 10 orang perawat, terdapat 4 orang (40 %) yang sudah lama bekerja dan terdapat 6 orang (60%) yang baru bekerja.

1. **Pendidikan**

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Pendidikan Perawat di Puskesmas Perkotaan**

**Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pendidikan** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Tinggi  Rendah | 3  7 | 30  70 |
| **Jumlah** | | **10** | **100** |

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa dari 10 orang responden, terdapat 3 responden (30 %) yang berpendidikan tinggi sedangkan 7 responden (70 %) yang berpendidikan rendah.

1. **Pengetahuan**

**Tabel 5.4**

**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Tentang Kunjungan Rumah di Puskesmas PerkotaanRasimahAhmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pengetahuan** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Tinggi  Rendah | 6  4 | 60  40 |
| **Jumlah** | | **10** | **100** |

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari 10 orang responden, terdapat 6 responden (60%) yang berpengetahuan tinggi dan 4 responden (40%) yang berpengetahuan rendah.

1. **Kunjungan Rumah**

**Tabel 5.5**

**Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Kunjungan Rumah Oleh Perawat**

**di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kunjungan Rumah** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Baik  Kurang Baik | 6  4 | 60  40 |
| **Jumlah** | | **10** | **100** |

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa dari 10 orang perawat, terdapat 6 reponden (60%) yang melakukan kunjungan rumah dengan baik, sedangkan 4 responden (40%) melakukan kunjungan rumah kurang baik.

1. **Analisa Bivariat**
2. **Hubungan Umur Responden dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

**Tabel 5.6**

**Hubungan Umur dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Umur** | **Kunjungan Rumah** | | | | **Total** |  | **p*value*** | **OR**  **(95% CI)** |
| **Baik** | | **Kurang Baik** | | **f** | **%** |
| **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Tua Muda | 1  3 | 100  33,3 | 0  6 | 0  66,7 | 1  9 | 100  100 | 0,400 | 0,333 |
|  |  | **4** | **40** | **6** | **60** | **10** | **100** |  |  |

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa dari 9 perawat dengan kategori usia muda, terdapat 3 responden (33,3 %) yang yang melakukan kunjungan rumah dengan baik, sedangkan dari 1 perawat dengan usia tua semua melakukan kunjungan rumah dengan baik.

Berdasarkan analisa statistik, didapatkan p*value* = 0,400 artinya tidak terdapat hubungan antara umur perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumahdan OR = 0,333 artinya perawat dengan kategori umur muda berpeluang 0,333 kalitidak melaksanakan program kunjungan rumah dengan baik dibandingkan petugas dengan kategori usiatua.

1. **Hubungan Lama Bekerja dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

**Tabel 5.7**

**Hubungan Lama Bekerja dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Lama Bekerja** | **Kunjungan Rumah** | | | | **Total** |  | **p*value*** | **OR**  **(95% CI)** |
| **Baik** | | **Kurang Baik** | | **f** | **%** |
| **f** | **%** | **F** | **%** |
| 1.  2. | Lama Baru | 1  3 | 25  50 | 3  3 | 75  50 | 4  6 | 100  100 | 0,571 | 3,000  (0,188-47,983) |
|  |  | **4** | **40** | **6** | **60** | **10** | **100** |  |  |

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa dari 4 perawat dengan kategori masa kerja lama, terdapat 3 responden (75 %) melakukan kunjungan rumah kurang baik, sedangkan dari 6 perawat dengan kategori masa kerja baru terdapat 3 responden (50%) melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Berdasarkan hasil analisa statistik menggunakan uji *chi-square* didapatkan p*value* = 0,571, artinya tidak terdapat hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dan OR = 3,000 artinya perawat dengan masa kerja lebih dan sama dari 10 tahun berpeluang 3,000 kali melakukan program kunjungan rumah dengan baik dibandingkan dengan perawat dengan masa bekerja kurang dari 10 tahun.

1. **Hubungan Pendidikan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

**Tabel 5.8**

**Hubungan Pendidikan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pendidikan** | **Kunjungan Rumah** | | | | **Total** |  | **p*value*** | **OR**  **(95% CI)** |
| **Baik** | | **Kurang Baik** | | **f** | **%** |
| **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Tinggi Rendah | 1  3 | 33,3  42,9 | 2  4 | 66,7  57,1 | 3  7 | 100  100 | 1,000 | 1,500  (0,089-25,392) |
|  |  | **4** | **40** | **6** | **60** | **10** | **100** |  |  |

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa dari 7 perawatdengan kategori pendidikan rendah,terdapat 4 responden (57,1%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik, sedangkan dari 3 perawat dengan berpendidikan tinggi, terdapat 2 responden (66,7%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Setelah dilakukan analisa statistik menggunakan uji *chi-square* didapatkan p*value* = 1,000 artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dan OR = 1,500 artinya perawat dengan pendidikan tinggi berpeluang1,500 kali lebih baik melaksanakan program kunjungan rumah dibandingkan dengan perawat dengan pendidikan rendah.

1. **Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

**Tabel 5.8**

**Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pengetahuan** | **Kunjungan Rumah** | | | | **Total** |  | **p*value*** | **OR**  **(95% CI)** |
| **Baik** | | **Kurang**  **Baik** | | **f** | **%** |
| **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1.  2. | Tinggi Rendah | 3  1 | 50  33,3 | 3  3 | 50  66,7 | 6  4 | 100  100 | 0,571 | 0,333  (0,021-5,329) |
|  |  | **4** | **40** | **6** | **60** | **10** | **100** |  |  |

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa dari 4 perawat dengan pengetahuan rendah, terdapat 3 responden (66,7%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik, sedangkan dari 6 perawat yang berpengetahuan tinggi terdapat 3responden (50%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Setelah dilakukan analisa statistik dengan uji *chi-square* didapatkan p*value* = 0,571 artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawatan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dan OR = 0,333 artinya perawat dengan pengetahuan tinggi berpeluang 0,333 kali lebih baik melaksanakan program kunjungan rumah dibandingkan dengan perawat dengan pengetahuan rendah.

* 1. **Pembahasan**

**5.2.1 Analisa Univariat**

**5.2.1.1 Umur Perawat**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 diketahui bahwa dari 10 orang perawat, terdapat 1 orang (10%) berusia tua dan 9 orang (90%) berusia muda.

Hasil penelitian ini tidak sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa 69,3% responden dengan kategori usia muda.

Menurut Friedman (2003), usia adalah lama seorang individu menjalani masa kehidupannya mulai sejak dilahirkan sampai tutup usia. Usia muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan akan tugas tenaga kesehatan sebagai seorang pelaksana keperawatan terutama dalam melakukan kegiatan tugasnya, karena usia yang muda lebih egosentris dibandingkan usia yang lebih tua.

Menurut analisa peneliti serta berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi sebagian besar perawat dengan kategori usia muda yaitu kurang dari 45 tahun.

* + - 1. **Lama Bekerja**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.2 diketahui bahwa dari 10 orang perawat, terdapat 4 orang (40 %) yang sudah lama bekerja dan terdapat 6 orang (60%) yang baru bekerja.

Hasil penelitian ini tidak sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa 59,2% responden dengan kategori lama bekerja yang kurang dari 10 tahun (baru).

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya.Bekerja merupakan kegiatan yang menyita waktu. Lama bekerja adalah masa seseorang melewati pekerjaan yang menjadi profesi yang digelutinya. (Suarli; 2007)

Menurut analisa peneliti serta berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui lebih dari separo perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi dengan masa kerja batu.

* + - 1. **Pendidikan**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.3 diketahui bahwa dari 10 orang responden, terdapat 3 responden (30 %) yang berpendidikan tinggi sedangkan 7 responden (70 %) yang berpendidikan rendah.

Hasil penelitian ini tidak sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa 52,3% responden dengan kategori pendidikan rendah.

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan (praktik ) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah) dan meningkatkan kesehatannya (Notoadmodjo, 2007, p. 26). Pendidikan Keperawatan di Indonesia diatur dalam kebijakan pemerintah Indonesia no 2 tahun 1989 tentang pendidikan nasional, peraturan pemerintah no. 6 tahun 1999 tentang pendidikan tinggi dan keputusan Mendiknas No. 0686 tahun 1991 tentang pedoman pendirian institusi pendidikan tinggi. (Munadi, 2006)

Pengembangan sistem pendidikan tinggi keperawatan yang bermutu merupakan cara untuk menghasilkan tenaga keperawatan yang professional dan memenuhi standar global. Hal-hal yang dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu lulusan pendidikan keperawatan yaitu standarisasi jenjang, kualitas, mutu serta kurikulum, merubah bahasa pengantar dengan menggunakan bahasa asing (Inggris), menutup institusi yang tidak berkualitas, latar belakang pemimpin institusi harus berpendidikan perawat yang tinggi, standarisasi dan evaluasi bertahap terhadap staf pengajar institusi pendidikan keperawatan dan departemen pendidikan, kesehatan dan organisasi profesi serta isban lain yang terlibat dan bertanggung jawab terhadap pembinaan moril.

Menurut analisa peneliti serta berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa lebih dari separoh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi tahun 2013 berpendidikan rendah yaitu DI (SPK) dan DIII keperawatan. Kondisi ini dipengaruhi oleh perkembangan pendidikan khususnya pendidikan keperawatan di Kota Bukittinggi, dimana pada tahun 2009 tingkat pendidikan keperawatan di Kota Bukititnggi baru melakukan pengembangan pendidikan keperawatan ke tingkat yang lebih tinggi yaitu S1 keperawatan dan profesi keperawatan.

1. **Pengetahuan**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.4 diketahui bahwa dari 10 orang responden, terdapat 6 responden (60%) yang berpengetahuan tinggi dan 4 responden (40%) yang berpengetahuan rendah.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Mulyanis (2010) tentang hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan program *home visit*.Diketahui bahwa 62% responden memiliki pengetahuan yang tinggi.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman,rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga.Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Secara sederhana, pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui manusia tentang benda, sifat, keadaan, dan harapan-harapan (Ensiklopedia bebas berbahasa (2011), Budaya .www.Wikipedia. Co.Id.(download:3 November 20011).

Pengetahuan adalah [informasi](http://id.wikipedia.org/wiki/Informasi) atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang.Dalam pengertian lain, pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya(Ensiklopedia bebas berbahasa (2011), Pengetahuan .www. Wikipedia.Co.Id.(download:3 November 2011).

Menurut analisa peneliti serta berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi lebih dari separo perawat memiliki pengetahuan yang tinggi tentang program kunjungan rumah.

* + - 1. **Kunjungan Rumah**

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.5 diketahui bahwa dari 10 orang perawat, terdapat 6 reponden (60%) yang melakukan kunjungan rumah dengan baik, sedangkan 4 responden (40%) melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Hasil penelitian ini tidak sama dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa 58,2% responden kurang baik dalam melakukan program kunjungan rumah

Kunjungan Rumah adalah salah satu kegiatan kesehatan melalui kegiatan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat atau tenaga kesehatan untuk melakukan kegiatan home care (perawatan di rumah )

Program kunjungan rumah meliputi kegiatan demografi, survey, mengunjungi keluarga, serta melakukan pencegahan yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam pencegahan komplikasi penyakit, mengendalikan biaya kesehatan, serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

* + 1. **Analisa Bivariat**

**5.2.2.1Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa dari 4 perawat dengan pengetahuan rendah, terdapat 3 responden (66,7%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik, sedangkan dari 6 perawat yang berpengetahuan tinggi terdapat 3responden (50%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Setelah dilakukan analisa statistik dengan uji *chi-square* didapatkan p*value* = 0,571 artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawatan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dan OR = 0,333 artinya perawat dengan pengetahuan tinggi berpeluang 0,333 kali lebih baik melaksanakan program kunjungan rumah dibandingkan dengan perawat dengan pengetahuan rendah.

Hasil penelitian ini tidak sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Mulyanis (2010) tentang hubungan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan program home visit. Diketahui bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah (*home visit*) dengan nilai p = 0,03.

Pengetahuan akan mempengaruhi seseorang dalam mengadopsi perilaku. Sebelum mengadopsi perilaku, seseorang harus tahu terlebih dahulu apa manfaat dan tujuan perilaku itu untuk diri dan keluarganya (Notoatmodjo, 2007).Suatu perbuatan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Menurut analisa peneliti tidak terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah.Ini di sebabkan karena masih adanya pengetahuan perawat yang rendah tentang program kunjungan rumah, sedangkan responden yang memiliki pengetahuan tinggi masih ada yang kurang baik dalam melaksanakan kunjungan rumah. Sehingga responden yang memiki pengetahuan tinggi belum tentu melakukan kunjungan rumah dengan baik.

Kemudian tidak terdapat nya hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan program kunjungan juga disebabkan karena waktu responden mengunjungi rumah pasien yang tidak tepat. Seperti pada pagi hari, kebanyakan masyarakat tidak berada di rumah atau bekerja, sehingga responden tidak bertemu dengan masyarakat.Untuk itu, sebaiknya responden melakukan kunjungan rumah di luar hari kerja.

* + - 1. **Hubungan Umur dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa dari 9 perawat dengan kategori usia muda, terdapat 3 responden (33,3 %) yang yang melakukan kunjungan rumah dengan baik, sedangkan dari 1 perawat dengan usia tua semua melakukan kunjungan rumah dengan baik.

Berdasarkan analisa statistik, didapatkan p*value* = 0,400 artinya tidak terdapat hubungan antara umur perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumahdan OR = 0,333 artinya perawat dengan kategori umur muda berpeluang 0,333 kali tidak melaksanakan program kunjungan rumah dengan baik dibandingkan petugas dengan kategori usia tua.

Hasil penelitian initidak sama dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dengan nilai p = 0,296.

Faktor usia sangat perlu juga dipertimbangkan dalam melakukan kunjungan rumah dimana perawat yang usianya tua akan lebih aktif dalam melakukan kunjungan rumah dibanding perawat yang usiannya muda, karena mereka lebih banyak pengalaman Lama pekerjaan dimana perawat yang sudah lama bekerja dan memiliki pengalaman dalam melakukan kunjungan rumah akan lebih dapat melakukan kunjungan rumah dengan baik dibanding bagi perawat yang baru bekerja. Hal ini, maka beberapa karakteristik tersebut setiap perawat memiliki ciri khas masing masing dalam melakukan kunjungan rumah di masyarakat. (Mubaroq 2007)

Menurut Friedman (2003), usia muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan akan tugas tenaga kesehatan sebagai seorang pelaksana keperawatan terutama dalam melakukan kegiatan tugasnya, karena usia yang muda lebih egosentris dibandingkan usia yang lebih tua.

Menurut analisa peneliti serta berdasarkan penelitian yang telah dilakukan bahwatidak terdapat hubungan antara umur dengan pelaksanaan program kunjungan rumah. Hal ini dipengaruhi oleh faktor sosial lingkungan kerja, yaitu perawat senior atau dengan usia yang lebih dari 45 tahun cenderung berpengalaman dalam melakukan program kunjungan rumah, pelaksanaan program kunjungan pada umumnya diserahkan kepada petugas yang masih tua karena pengalaman mereka yang lebih banyak.

Pada penelitian ini juga ditemui sebagian petugas dengan kategori usia muda tetapi aktif melaksanakan program kunjungan rumah. Dalam program kunjungan rumah yang telah dicanangkan oleh Puskesmas, dalam setiap pelaksanaannya dilakukan oleh satu tim yang mana dalam tim tersebut dominan diikuti oleh petugas yang masih tua dan aktif serta didampingi oleh satu orang atau lebih petugas junior sebagai pendamping kegiatan kunjungan rumah. jadi dapat disimpulkan bahwa umur petugas tidak berhubungan dengan keaktifan dan pengalaman melakukan kegiatan kunjungan rumah.

* + - 1. **Hubungan Lama Bekerja dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa dari 4 perawat dengan kategori masa kerja lama, terdapat 3 responden (75 %) melakukan kunjungan rumah kurang baik, sedangkan dari 6 perawat dengan kategori masa kerja baru terdapat 3 responden (50%) melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Berdasarkan hasil analisa statistik menggunakan uji *chi-square* didapatkan p*value* = 0,571, artinya tidak terdapat hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dan OR = 3,000 artinya perawat dengan masa kerja lebih dan sama dari 10 tahun berpeluang 3,000 kali melakukan program kunjungan rumah dengan baik dibandingkan dengan perawat dengan masa bekerja kurang dari 10 tahun.

Lama pekerjaan dimana perawat yang sudah lama bekerja dan memiliki pengalaman dalam melakukan kunjungan rumah akan lebih dapat melakukan kunjungan rumah dengan baik dibanding bagi perawat yang baru bekerja. Hal ini, maka beberapa karakteristik tersebut setiap perawat memiliki cirri khas masing-masing dalam melakukan kunjungan rumah di masyarakat. (Mubaroq 2007)

Hasil penelitian ini tidak sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa terdapat hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dengan nilai p = 0,03.

Menurut asumsi peneliti serta berdasarkan penelitian yang telah dilakukan bahwa tidak terdapat hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah.Ini disebabkan karena Perawat dengan masa kerja yang sudah lama cenderung mampu melakukan program kunjungan rumah dengan baik, kondisi ini dipengaruhi oleh pengalaman yang telah didapatkan dari setiap pekerjaan yang telah dilaksanakannya, pengalaman seorang perawat akan berpengaruh terhadap pengetahuannya yang pada akhirnya akan mempengaruhi setiap tindakan dan keterampilan dalam melaksanakan tugasnya. Begitu pula sebaliknya, perawat dengan masa kerja yang pendek atau baru cenderung untuk tidak mampu dengan baik dalam melaksanakan program kunjungan rumah, sesuai dengan masa kerja dan pengalaman yang didapatkannya.

Pada penelitian ini, juga ditemui petugas dengan masa kerja yang lama, tetapi kurang baik dalam melaksanakan program kunjungan rumah. Kondisi ini dipengaruhi oleh kurang termotivasinya seorang petugas kesehatan untuk mengikuti program kunjungan rumah yang telah menjadi program Puskesmas. Jadi dapat disimpulkan bahwa lama bekerja berpengaruh terhadap pelaksanaan program kunjungan rumah.

* + - 1. **HubunganPendidikan dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah**

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa dari 7 perawat dengan kategori pendidikan rendah, terdapat 4 responden (57,1%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik, sedangkan dari 3 perawat dengan berpendidikan tinggi, terdapat 2 responden (66,7%) yang melakukan kunjungan rumah kurang baik.

Setelah dilakukan analisa statistik menggunakan uji *chi-square* didapatkan p*value* = 1,000 artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah dan OR = 1,500 artinya perawat dengan pendidikan tinggi berpeluang 1,500 kali lebih baik melaksanakan program kunjungan rumah dibandingkan dengan perawat dengan pendidikan rendah.

Hasil penelitian ini tidak sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Putri (2009) tentang hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah di Kota Semarang, diketahui bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan perawat dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, dengan nilai p = 0,005.

Pendidikan perawat adalah pendidikan yang dilalui oleh perawat dalam melakukan kunjungan rumah dimana tingkat pendidikan ini seperti .perawat pemula (SPK), perawat Akademi ( D.III) dan perawat S1 (Sarjana Keperawatan) serta perawat Spesialis ( Perawat Magister). Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perawat maka semakin baik pula pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan di masyarakat melalui kunjungan rumah ( Homevisite). (Mubaroq 2007)

Pada umumnya semakin tinggi pendidikan akan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Pengetahuan itu sendiri merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat fakta, simbol, prosedur tehnik dan teori.Perawat yang berpendidikan tinggi akan lebih mengetahui dan memahami perannya sedangkan perawat dengan tingkat pendidikan yang rendah akan mengalami kesulitan dalam melaksanakan perannya.Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seorang akan pola pekerjaan terutama dalam memotivasi untuk bersikap dan berperan serta dalam pembangunan kesehatan (Notoatmojo, 2003 ).Menurut Suwarno (2002) dalam Nursalam (2007) pendidikan menuntun manusia untuk mencapai kebahagiaan dan peran sertanya. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi serta mengaplikasikannya, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai baru yang diperkenalkan.

Menurut Dewey (1997) mengatakan bahwa melalui pendidikan seseorang akan mempunyai kecakapan, mental, dan emosional yang membantu seseorang untuk dapat berkembang mencapai tingkat kedewasaan. Dalam teori ini tingkat pendidikan seseorang sangat mempengaruhi semua aktifitas yang dilakukannya. Hal ini disebabkan karena dalam proses pendidikan terjadi perubahan kecakapan, mental, dan emosional menuju tingkat kedewasaan yang lebih tinggi. Tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan yang rendah atau tidak lulus dalam pendidikan dasar akan sulit dalam menerima suatu informasi dalam mendapat suatu pengetahuan, berbeda dengan individu atau masyarakat dengan pendidikan yang tinggi, mereka lebih mudah menerima informasi yang ada melalui berbagai media.

Untuk bisa menerima suatu informasi dibutuhkan keterampilan pendidikan dasar seperti membaca dan menulis. Masyarakat dengan pendidikan yang tinggi akan mampu menganalisa suatu keadaan disekitarnya sehingga apa yang dilakukannya sesuai dan tepat. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh John Dewey (1997) bahwa melalui pendidikan seseorang akan mempunyai kecakapan, mental dan emosional yang membantu seseorang untuk dapat berkembang mencapai tingkat kedewasaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin bertambah pula kecakapannya, baik secara intelektual maupun emosional serta semakin berkembang pula pola pikir yang dimilikinya. (Kuncoroningrat: 1997 dalam Nursalam: 2002).

Menurut analisa peneliti serta berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah.Petugas dengan pendidikan yang rendah cenderung untuk tidak mampu melakukan program kunjungan rumah dengan baik.Begitu pula sebaliknya, petugas dengan tingkat pendidikan yang tinggi cenderung untuk mampu melaksanakan program kunjungan rumah dengan baik. Pendidikan akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan yang akan mempengaruhi tindakan seseorang dalam melakukan sebuah pekerjaan.

Pada penelitian ini juga ditemukan sebagian repsonden dengan pendidikan rendah tetapi baik dalam melaksanakan program kunjungan rumah.Kondisi ini dipengaruhi oleh keinginan responden untuk melaksanakan program kunjungan rumah tersebut.Sehingga responden melakukan kunjungan rumah sesuai dengan ketentuan yang telah ada di puskesmas.

**BAB VI**

61

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Hubungan Pengetahuan dan Karakteristik dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2013, dapat disimpulkan bahwa :

1. Sebagian besar (90%) responden dengan kategori usia muda (< 45 th)
2. Lebih dari separoresponden (60%) dengan masa kerja baru
3. Sebagian besar responden (70%) dengan tingkat pendidikan rendah.
4. Lebih dari separo responden (60%) dengan tingkat pengetahuan tinggi
5. Lebih dari separo responden (60%) melaksanakan program kunjungan rumah dengan baik
6. Tidak terdapat hubungan antara umur responden dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, secara statistik didapatkan p*value* = 0,400 dan OR = 0,333
7. Tidak terdapat hubungan antara lama bekerja dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, secara statistik didapatkan p*calue* = 0,571 dan OR = 3,000
8. Tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, secara statistik didapatkan p*calue* = 1,000 dan OR = 1,500.
9. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan program kunjungan rumah, secara statistik didapatkan p*value* = 0,571 dan OR = 0,333
10. **Saran**
11. **Bagi Peneliti**

Dengan adanya penelitian diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan wawasan peneliti dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat serta diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program kunjungan rumah.

1. **Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada institusi untuk dapat lebih meningkatkan bimbingan kepada peserta didik khususnya tentang program kesehatan demi mempersiapkan tenaga pelayanan kesehatan yang terampil dan berkualitas.

1. **Lahan Penelitian**

Diharapkan kepada pihak Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi untuk dapat lebih meningkatkan program kunjungan rumah sebagai salah satu upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

**DAFTAR PUSTAKA**

Ali,Zaidin. 2007. Tenaga Keperawatan, Jakarta.

American of Nurses Asociation, 2002. Home Visite Aplicatif in Community Mosbly.

AsrulAzwar. 2001 “*AdministrasiKesehatan*” EGC Jakarta

Azwar, Saifuddin.2009. *Sikap Manusia Teori Dan Pengukuranya.* Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Departemen Kesehatan RI, 2002. Pedoman Nasional Penanggulangan Penyakit, Jakarta.

Departemen Kesehatan, *Pedoman Penerapan DOTS di Rumah Sakit*, 2006.

Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular Dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1993). *Bimbingan Keterampilan Dalam Tatalaksana Penderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut Pada Anak*.Jakarta.

Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular Dan Penyehatan LingkunganPemukiman Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1996).

Ensiklopedia Bebas Berbahasa (2011), Budaya. www. Wikipedia.Co.Id.(Download:3

November 2011)

Friedman, 2003. Comunity of Nursing, Jakarta.

Gaffer, 1999. Perawatan Profesional, Jakarta: EGC.

IndonesiaMDG\_BI. 2007.pdf. [www.google.com](http://www.google.com/).Download 3 november 2011.

Internasional Council of Nursing, 2009. Home Visite dan Aplicatif, Jakarta: EGC.

John Dewei, 1997. Kiat-kiat Ilmu Pendidikan Dalam Memenuhi Standar, Jakarta: EGC.

Kuncoroningrat, 1997. Budaya dan Masyarakat, Jakarta: EGC.

Mubaroq Wahit Iqbal, 2006. Buku Ajar Komunitas Jilid II, Jakarta: EGC.

--------------------------- 2007. Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses

Belajar Mengajar Dalam Pendidikan.Yogyakarta :GrahaIlmu

Mulyanis.(2010).*Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Pelaksanaan Program*

*Home Visit di Kota Semarang*: Studi Keperawatan. Tesis Tidak di Terbitkan.

Semarang.Universitas Islam Sultan Agung.

Munadi. 2006. Pendidikan Keperawatan, Jakarta.

Notoatmodjo, Sukidjo. 2010. *Metodologi Riset Kesehatan.*Jakarta : Rineka Cipta.

---------------------------- 2003.Pendidikan dan Prilaku Kesehatan.Rineka Cipta. Jakarta

---------------------------- 2007. Metodologi Penelitian Kesehatan.Jakarta :RinekaCipta

Nursalam, 2007. Manamajement Keperawatan, Jakarta.

------------- 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam, Siti Pariani. 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan.* Jakarta : Infomedika.

Potter,Perry. 2005. Helnasing Incolabulator, Jakarta: EGC.

Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2006. [www.google.com](http://www.google.com/).Download 3 November 2011.

Putri. (2009). *Hubungan Karakteristik Perawat dengan Pelaksanaan Program*

*Kunjungan Rumah di Kota Semarang*: Studi Keperawatan. Tesis Tidak di

Terbitkan. Semarang. Universitas Dian Nuswantoro

Ratminto, 2008, Manajemen Pelayanan. Yogyakarta: Pustaka Pelaja.

Sarwono, 2003. Kinerja Pegawai Dalam Pelayanan Kesehatan, Jakarta: EGC.

Siagian, S. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT BumiAksara

Suarli, 2007. Manajemen dan Metode Kesehatan, Jakarta: EGC.

Suma’mur, 2001.PK .Higene Perusahaan danKesehatanKerja, PenerbitGunung

Agung, Jakarta.

Tomey, 2004. Pelaksanaan Community Pratise, Jakarta: EG.

Wartonah, 2009. Perawatan Kesehatan Komunitas dan Buku Saku Komunitas Jilid II, Jakarta: Batu Agung.

Yusuf,Aliumar. 2006. Tenaga Keperawatan dan Proveider, Jakarta.

Yusuf,Muhammad, 2006. Quality Asurance, Jakarta: Bineka Cipta.

Zang, S.M & Bailey, N.C. Alih Bahasa Komalasari, R. (2004). Manual Perawatan di rumah (Home visit Manual) Edisi Terjemahan Cetakan I. Jakarta: EGC.

**Lampiran 1**

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth

Calon Responden Penelitian

Di Wilayah kerja Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad kota Bukittinggi

Dengan Hormat,

Dengan ini saya menyampaikan bahwa saya :

Nama : Titis Fauziah

Nim : 09103084105456

Alamat : Birugo Puhun

Adalah Mahasiswi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Program Studi S1 Keperawatan Bukittinggi, yang akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan karakteristik dengan pelaksanaan program kunjungan rumah oleh perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad kota Bukittinggi Tahun 2014”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Saudara/saudari menyetujuinya, maka dengan ini saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang di ajukan.

Demikian saya sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasama yang telah diberikan saya ucapkan terimaksih.

Bukittinggi, Januari 2014

Peneliti

**Lampiran 2**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Titis Fauziah

NIM : 09103084105456

Judul : “Hubungan Pengetahuan dan Karakteristik dengan Pelaksanaan Program Kunjungan Rumah oleh Perawat di Puskesmas Perkotaan Rasimah Ahmad Kota Bukittinggi Tahun 2014”.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya. Sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Demikian pernyataan ini saya buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

**Yang Membuat**

**Pernyataan**

(……………………………)

**Lampiran 3**

**KISI-KISI KUESIONER**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KARAKTERISTIK DENGAN PELAKSANAAN PROGRAM KUNJUNGAN RUMAH OLEH PERAWAT DI PUSKESMAS PERKOTAAN RASIMAH AMAD KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Aspek yang diukur** | **Jumlah item** | **Pertanyaannomor** |
| 1.  2. | Kunjungan rumah (home visite)  Program kunjungan rumah | 1. Pengertian kunjungan rumah 2. Tujuan kunjungan rumah 3. Kegiatan kunjungan rumah 4. Melakukan kegiatan demografi (pendataan) 5. Melakukan surfey 6. Mengunjungi keluarga 7. Melakukan pencegahan | 2  1  2  2  2  2  2 | 1,2  3  4,5  3,5  4,6  1,2  7,8 |

**Lampiran 4**

LEMBAR KUESIONER

**No. Responden**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KARAKTERISTIK DENGAN PELAKSANAAN PROGRAM KUNJUNGAN RUMAH OLEH PERAWAT DI PUSKESMAS PERKOTAAN RASIMAH AHMAD**

**KOTA BUKITTINGGI**

**TAHUN. 2014**

**Petunjuk Pengisian**

* 1. Pernyataan terdiri atas tiga bagian
  2. Berila tanda silang (X) atau checklis ( ) pada alternative jawaban yang telah disediakan
  3. Bagi responden yang tidak dapat mengisi lembar kuesioner sendiri, dapat dibantu oleh peneliti dengan menanyakan jawaban yang sesuai dengan pilihan responden

1. **Identitas Responden**

Nama / Inisial : ……………….

Umur responden : ……….. tahun

Lama kerja responden : 1 – 10 tahun 11 - 25 tahun

Pendidikan responden : SPK DIIIkep S1 Kep

1. **Pertanyaan Pengetahuan Tentang Kunjungan Rumah**
   * + 1. Melakukan kunjungan rumah jika kita pergi ke lapangan disebut dengan
          1. Kunjungan Rumah
          2. Kunjungan lapangan
          3. Kunjungan pendataan
       2. Melakukan kegiatan ke lapangan dengan melakukan pendataan pada keluarga di lapangan disebut dengan
          1. Kunjungan rumah
          2. Kunjungan kesehatan
          3. Kunjungan surveiland
       3. Tujuan dilakukan kunjungan rumah adalah
          1. Melakukan pendataan
          2. Melakukan pengkajian
          3. Melakukan pengobatan
       4. Kunjungan rumah dilaukan untuk melihat atau mendeteksi semua data keluarga atau pasien yang ada komunitas yang membutuhkan pertolongan atau bantuan kesehatan yang bertujuan untuk…
          1. Mengendalikan biaya kesehatan, serta mencegah komplikasi kronik serta memberikan kesempatan kepada perawat untuk melakukan penelitian pada aspek-aspek yang membutuhkan pengembangan
          2. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dengan memberikan penyuluhan-penyuluhan tentang pentingnya gaya hidup sehat
          3. Mengetahui kondisi kesehatan masyarakat untuk melakukan langkah yang dapat dilakukan untuk menanggulanginya
       5. Apa saja kegiatan lain dalam melakukan kunjungan ruamh
          1. Melakukan survey
          2. Melakukan pengobatan
          3. Membuat kontrak dengan keluarga
       6. Kegiatan kunjungan rumah dapat dilakukan dengan
          1. Kerja kelompok
          2. Kegiatan perorangan
          3. Dengan survey penyakit
2. **Pernyataan Program Kunjungan Rumah**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pernyataan** | **Selalu**  **(4)** | **Sering**  **(3)** | **Jarang**  **(2)** | **Tidak pernah**  **(1)** |
| 1. | Saya melakukan kunjungan rumah yang dilakukan rutin setiap bulannya |  |  |  |  |
| 2. | Saya mengikuti kegiatan kunjungan rumah sebagai program yang telah ditetapkan oleh Puskesmas |  |  |  |  |
| 3. | Saya melakukan kegiatan pendataan kepada keluarga atau pasien yang membutuhkan bantuan kesehatan dalam setiap kunjungan rumah |  |  |  |  |
| 4. | Saya mendeteksi lingkungan rumah warga dalam kegiatan kunjungan rumah |  |  |  |  |
| 5. | Saya mencatat keadaan rumah dan kondisi kesehatan rumah pada saat kegiatan kunjungan rumah |  |  |  |  |
| 6. | Saya termotivasi untuk mengikuti setiap kegiatan kunjungan keluarga |  |  |  |  |
| 7. | Saya selalu memberikan penyuluhan dalam satiap kunjungan rumah |  |  |  |  |
| 8. | Saya mengkonsultasikan kondisi kesehatan rumah dan keluarga hasil survey kunjungan rumah yang saya lakukan kepada atasan |  |  |  |  |

OUTPUT SPSS

ANALISI UNIVARIAT

1. Usia

| **KAT Usia** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | muda | 9 | 90.0 | 90.0 | 90.0 |
| tua | 1 | 10.0 | 10.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |



1. Lama Bekerja

| **KAT Lama Bekerja** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | baru | 6 | 60.0 | 60.0 | 60.0 |
| lama | 4 | 40.0 | 40.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |



| 1. **Pendidikan**   **KAT Pendidikan** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | rendah | 7 | 70.0 | 70.0 | 70.0 |
| tinggi | 3 | 30.0 | 30.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |



1. Pengetahuan

| **Statistics** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | jumlah | Kat Tahu |
| N | Valid | 10 | 10 |
| Missing | 0 | 0 |
| Mean | | 2.70 |  |
| Median | | 3.00 |  |
| Mode | | 3 |  |
| Std. Deviation | | 1.494 |  |
| Variance | | 2.233 |  |
| Range | | 5 |  |
| Minimum | | 0 |  |
| Maximum | | 5 |  |
| Sum | | 27 |  |

| **jumlah** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 1 | 10.0 | 10.0 | 10.0 |
| 1 | 1 | 10.0 | 10.0 | 20.0 |
| 2 | 2 | 20.0 | 20.0 | 40.0 |
| 3 | 3 | 30.0 | 30.0 | 70.0 |
| 4 | 2 | 20.0 | 20.0 | 90.0 |
| 5 | 1 | 10.0 | 10.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Kat Tahu** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | rendah | 4 | 40.0 | 40.0 | 40.0 |
| tinggi | 6 | 60.0 | 60.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |



1. Kunjungan Rumah

| **Statistics** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | jumlah | kat kunjungan |
| N | Valid | 10 | 10 |
| Missing | 0 | 0 |
| Mean | | 25.20 | .60 |
| Median | | 27.00 | 1.00 |
| Mode | | 32 | 1 |
| Std. Deviation | | 6.197 | .516 |
| Variance | | 38.400 | .267 |
| Range | | 16 | 1 |
| Minimum | | 16 | 0 |
| Maximum | | 32 | 1 |
| Sum | | 252 | 6 |

| **jumlah** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 16 | 1 | 10.0 | 10.0 | 10.0 |
| 17 | 1 | 10.0 | 10.0 | 20.0 |
| 20 | 1 | 10.0 | 10.0 | 30.0 |
| 21 | 1 | 10.0 | 10.0 | 40.0 |
| 26 | 1 | 10.0 | 10.0 | 50.0 |
| 28 | 1 | 10.0 | 10.0 | 60.0 |
| 29 | 1 | 10.0 | 10.0 | 70.0 |
| 31 | 1 | 10.0 | 10.0 | 80.0 |
| 32 | 2 | 20.0 | 20.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |

| **kat kunjungan** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | kurang | 4 | 40.0 | 40.0 | 40.0 |
| baik | 6 | 60.0 | 60.0 | 100.0 |
| Total | 10 | 100.0 | 100.0 |  |



ANALISIS BIVARIAT

1. Hubungan Usia Dengan Kunjungan Rumah

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| KAT Usia \* kat kunjungan | 10 | 100.0% | 0 | .0% | 10 | 100.0% |

| **KAT Usia \* kat kunjungan Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | kat kunjungan | | Total |
|  |  |  | kurang | baik |
| KAT Usia | muda | Count | 3 | 6 | 9 |
| Expected Count | 3.6 | 5.4 | 9.0 |
| % within KAT Usia | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| tua | Count | 1 | 0 | 1 |
| Expected Count | .4 | .6 | 1.0 |
| % within KAT Usia | 100.0% | .0% | 100.0% |
| Total | | Count | 4 | 6 | 10 |
| Expected Count | 4.0 | 6.0 | 10.0 |
| % within KAT Usia | 40.0% | 60.0% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | 1.667a | 1 | .197 |  |  |
| Continuity Correctionb | .046 | 1 | .830 |  |  |
| Likelihood Ratio | 2.003 | 1 | .157 |  |  |
| Fisher's Exact Test |  |  |  | .400 | .400 |
| Linear-by-Linear Association | 1.500 | 1 | .221 |  |  |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |  |  |
| a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40. | | | | | |
| b. Computed only for a 2x2 table | | | | | |

| **Risk Estimate** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | 95% Confidence Interval | |
|  | Lower | Upper |
| For cohort kat kunjungan = kurang | .333 | .132 | .840 |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |

1. Hubungan Lama Bekerja dengan Kunjungan Rumah

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| KAT Lama Bekerja \* kat kunjungan | 10 | 100.0% | 0 | .0% | 10 | 100.0% |

| **KAT Lama Bekerja \* kat kunjungan Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | kat kunjungan | | Total |
|  |  |  | kurang | baik |
| KAT Lama Bekerja | baru | Count | 3 | 3 | 6 |
| Expected Count | 2.4 | 3.6 | 6.0 |
| % within KAT Lama Bekerja | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| lama | Count | 1 | 3 | 4 |
| Expected Count | 1.6 | 2.4 | 4.0 |
| % within KAT Lama Bekerja | 25.0% | 75.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 4 | 6 | 10 |
| Expected Count | 4.0 | 6.0 | 10.0 |
| % within KAT Lama Bekerja | 40.0% | 60.0% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | .625a | 1 | .429 |  |  |
| Continuity Correctionb | .017 | 1 | .895 |  |  |
| Likelihood Ratio | .644 | 1 | .422 |  |  |
| Fisher's Exact Test |  |  |  | .571 | .452 |
| Linear-by-Linear Association | .562 | 1 | .453 |  |  |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |  |  |
| a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.60. | | | | | |
| b. Computed only for a 2x2 table | | | | | |

| **Risk Estimate** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | 95% Confidence Interval | |
|  | Lower | Upper |
| Odds Ratio for KAT Lama Bekerja (baru / lama) | 3.000 | .188 | 47.963 |
| For cohort kat kunjungan = kurang | 2.000 | .306 | 13.062 |
| For cohort kat kunjungan = baik | .667 | .250 | 1.776 |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |

1. Hubungan Pendidikan dengan Kunjungan Rumah

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| KAT Pendidikan \* kat kunjungan | 10 | 100.0% | 0 | .0% | 10 | 100.0% |

| **KAT Pendidikan \* kat kunjungan Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | kat kunjungan | | Total |
|  |  |  | kurang | baik |
| KAT Pendidikan | rendah | Count | 3 | 4 | 7 |
| Expected Count | 2.8 | 4.2 | 7.0 |
| % within KAT Pendidikan | 42.9% | 57.1% | 100.0% |
| tinggi | Count | 1 | 2 | 3 |
| Expected Count | 1.2 | 1.8 | 3.0 |
| % within KAT Pendidikan | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| Total | | Count | 4 | 6 | 10 |
| Expected Count | 4.0 | 6.0 | 10.0 |
| % within KAT Pendidikan | 40.0% | 60.0% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | .079a | 1 | .778 |  |  |
| Continuity Correctionb | .000 | 1 | 1.000 |  |  |
| Likelihood Ratio | .080 | 1 | .777 |  |  |
| Fisher's Exact Test |  |  |  | 1.000 | .667 |
| Linear-by-Linear Association | .071 | 1 | .789 |  |  |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |  |  |
| a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.20. | | | | | |
| b. Computed only for a 2x2 table | | | | | |

| **Risk Estimate** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | 95% Confidence Interval | |
|  | Lower | Upper |
| Odds Ratio for KAT Pendidikan (rendah / tinggi) | 1.500 | .089 | 25.392 |
| For cohort kat kunjungan = kurang | 1.286 | .209 | 7.892 |
| For cohort kat kunjungan = baik | .857 | .307 | 2.390 |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |

1. Hubungan Pengetahuan dengan Kunjungan Rumah

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kat Tahu \* kat kunjungan | 10 | 100.0% | 0 | .0% | 10 | 100.0% |

| **Kat Tahu \* kat kunjungan Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | kat kunjungan | | Total |
|  |  |  | kurang | baik |
| Kat Tahu | rendah | Count | 1 | 3 | 4 |
| Expected Count | 1.6 | 2.4 | 4.0 |
| % within Kat Tahu | 25.0% | 75.0% | 100.0% |
| tinggi | Count | 3 | 3 | 6 |
| Expected Count | 2.4 | 3.6 | 6.0 |
| % within Kat Tahu | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 4 | 6 | 10 |
| Expected Count | 4.0 | 6.0 | 10.0 |
| % within Kat Tahu | 40.0% | 60.0% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
| Pearson Chi-Square | .625a | 1 | .429 |  |  |
| Continuity Correctionb | .017 | 1 | .895 |  |  |
| Likelihood Ratio | .644 | 1 | .422 |  |  |
| Fisher's Exact Test |  |  |  | .571 | .452 |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |  |  |
| a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.60. | | | | | |
| b. Computed only for a 2x2 table | | | | | |

| **Risk Estimate** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | 95% Confidence Interval | |
|  | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Kat Tahu (rendah / tinggi) | .333 | .021 | 5.329 |
| For cohort kat kunjungan = kurang | .500 | .077 | 3.265 |
| For cohort kat kunjungan = baik | 1.500 | .563 | 3.997 |
| N of Valid Cases | 10 |  |  |