

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGAMBILAN
KEPUTUSAN PADA PASIEN CEDERA MUSKULOSKELETAL YANG
MEMILIH BEROBAT KE SANGKAL PUTUNG BERDASARKAN
PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :

**Siti Sholihah
131411131013**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan tinggi manapun

Surabaya, 10 Juli 2018

Yang Menyatakan



Siti Sholihah
131411131013

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Sholihah
NIM : 131411131013
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori *Health Belief Model*”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia (format), mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 10 Juli 2018

Yang Menyatakan,



Siti Sholihah
NIM. 131411131013

SKRIPSI

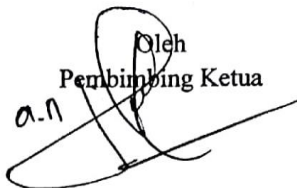
**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGAMBILAN
KEPUTUSAN PADA PASIEN CEDERA MUSKULOSKELETAL YANG
MEMILIH BEROBAT KE SANGKAL PUTUNG BERDASARKAN
PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

Oleh :

Siti Sholihah
131411131013

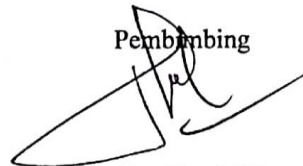
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Tanggal 09 Juli 2018

Oleh
Pembimbing Ketua
a.n.



Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 198402012014042001

Pembimbing

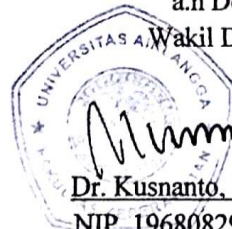


Deni Yasmara, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 198409282015041002

Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002


**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGAMBILAN
KEPUTUSAN PADA PASIEN CEDERA MUSKULOSKELETAL YANG
MEMILIH BEROBAT KE SANGKAL PUTUNG BERDASARKAN
PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

Oleh:
Siti Sholihah
NIM. 131411131013

Telah diuji
Pada tanggal 23 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

(.....


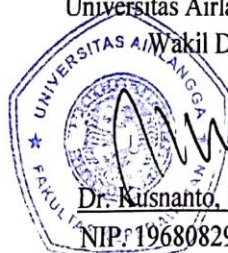
Anggota: 1. Deni Yasmara, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB (.....
NIP. 198409282015041002

(.....



2. Ira Suarilah, S.Kp., M.Sc
NIP. 197708012014092002

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

MOTTO

Tak ada kata menyerah sebelum berusaha

Hasil tidak akan mengkhianati usaha

Memulai dengan penuh keyakinan. Menjalankan dengan penuh keikhlasan.

Menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan

Man jadda wajadda

Siapa yang bersungguh – sungguh akan mendapatkan hasil yang terbaik

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGAMBILAN KEPUTUSAN PADA PASIEN CEDERA MUSKULOSKELETAL YANG MEMILIH BEROBAT KE SANGKAL PUTUNG BERDASARKAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sekaligus dosen penguji yang telah memberikan bimbingan, motivasi, dan arahan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik
3. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi, arahan dan kesabarannya serta mau mengajarkan untuk hal yang tidak dimengerti sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
4. Pak Deni Yasmara, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan support, bimbingan, motivasi, dan senantiasa membantu saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
5. Ibu Ira Suarilah, S.Kp.,M.Sc selaku dosen penguji yang telah memberikan bimbingan, motivasi, dan arahan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
6. Kepada bapak Kemas dan bapak Muhajir yang telah membantu dan memfasilitasi proses pengambilan data penelitian di tempat pengobatan tradisional Sangkal Putung miliknya.

7. Seluruh responden yang telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk membantu dalam penelitian ini di Pengobatan Tradisional Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Muhajir
8. Kedua orang tua, Ayah dan ibu serta adikku tersayang Lisa Maulana yang telah memberikan doa restu, kasih sayang, dukungan serta bantuannya sehingga memudahkan dalam setiap langkah selama ini untuk skripsi saya.
9. Rizaldy Anandika Fauzi yang telah memberikan semangat, dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Sahabat-sahabat saya Venni, Tessa, Anna, Ayu, Thaliah, Bella, Citra dan Senja yang telah memberikan semangat, dukungan dan support dalam penyusunan skripsi ini.
11. Panutanku Lucy dan Indah yang menjadi motivasi saat mulai malas mengerjakan skripsi dan yang selalu membantu serta mau di repotkan untuk penyelesaian skripsi.
12. Teman-teman seperjuangan Program Studi Pendidikan Ners Angkatan 2014 (A14) yang telah menerima saya sebagai salah satu anggota ditengah semua kekurangan saya dan menemani selama 4 tahun dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
13. Putri dan Rahmania teman dari SMP sama – sama berjuang bersama di Unair yang telah mendengarkan keluh kesah, solusi dan semangat serta dukungan untuk skripsi ini.
14. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang selama ini terlibat dan turut membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Amin.

Surabaya, 10 Juli 2017

Penulis

ABSTRACT

ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING DECISION MAKING IN PATIENTS WITH MUSCULOSCELETAL INJURY WHO CHOOSE TREAT TO TRADITIONAL BONE SETTER BASED ON THE HEALTH BELIEF MODEL APPROACH

Descriptive Analytic Study

By : Siti Sholihah

Introduction: Traditional bone healing has still been an alternative bone healing for Indonesian, despite the large number of available health care services, the majority of people in Indonesia especially patients with musculoskeletal injuries tend to seek treatment to cure their illness to traditional bone setter. This study aims to analyze the factors that influence decision making in patients with musculoskeletal injury who choose treatment to traditional bone setter based on Health Belief Model theory approach. **Methods:** descriptive analytic research design involving 109 respondents based on the selected criteria by using consecutive sampling. The independent variable is the modifying factor: age, gender, education, socioeconomic, family experience; individual belief: perceived benefit, perceived barriers, self efficacy. The dependent variable is decision making. Data were obtained using questionnaires which were then analyzed using Spearman's rho and Chi - Square with a degree of significance $\alpha \leq 0.05$. **Results and analyze:** factors influencing decision making are age ($p = 0,071$), education ($p = 0,077$), socioeconomic ($p = 0,035$), gender ($p = 0,324$), family experience ($p = 0,019$) perceived benefit ($p = 0,000$), perceived barrier ($p = 0,000$), self efficacy ($p = 0,000$). **Discussion:** age, education and sex are not affect decision making in patients with musculoskeletal injuries who chose to seek treatment for putting them off. Suggestions for further research are expected to use respondents who have educational background in health, so they would have an overview of the health care belief model on individuals who has the knowledge and prefer to seek treatment to traditional bone setter.

Keyword: decision making, musculoskeletal injuries, tradisional bone setter, health belief model

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DAN PRASYARAT GELAR.....	i
LEMBAR PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
MOTTO.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan.....	8
1.3.1 Tujuan umum.....	8
1.3.2 Tujuan khusus.....	8
1.4 Manfaat.....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	9
1.4.2 Manfaat Praktis.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Muskuloskeletal.....	11
2.1.1 Tulang.....	11
2.1.2 Anatomi Kasar Tulang.....	11
2.1.3 Anatomi Mikroskopi Tulang.....	12
2.1.4 Struktur Tulang.....	13
2.1.5 Bentuk Tulang.....	14
2.2 Fraktur.....	15
2.2.1 Definisi Fraktur.....	15
2.2.2 Etiologi Fraktur.....	16
2.2.3 Patofisiologi Fraktur.....	16
2.2.4 Manifestasi Klinis Fraktur.....	17
2.2.5 Klasifikasi Fraktur.....	19
2.2.5.1 Klasifikasi fraktur berdasarkan penyebab.....	19
2.2.5.2 Klasifikasi fraktur berdasarkan jenisnya.....	20
2.2.5.3 Klasifikasi fraktur berdasarkan sudut patah.....	21
2.2.6 Penatalaksanaan Fraktur.....	23
2.2.7 Komplikasi Fraktur.....	25
2.2.7.1 Komplikasi awal Fraktur.....	25
2.2.7.2 Komplikasi jangka panjang Fraktur.....	27
2.3 Kontusio.....	30
2.3.1 Definisi Kontusio.....	30
2.3.2 Etiologi Kontusio.....	30
2.3.3 Patofisiologi Kontusio.....	30
2.3.4 Manifestasi Klinis Kontusio.....	31
2.3.5 Penatalaksanaan Kontusio.....	31
2.4 Strain.....	32

2.4.1	Definisi Strain	32
2.4.2	Etiologi Strain	32
2.4.3	Patofisiologi Strain.....	33
2.4.4	Manifestasi Klinis Strain.....	33
2.4.5	Klasifikasi Strain.....	33
2.4.6	Penatalaksanaan Strain.....	34
2.4.7	Komplikasi Strain	34
2.5	Sprain	34
2.5.1	Definisi Sprain	34
2.5.2	Etiologi Sprain	35
2.5.3	Patofisiologi Sprain.....	35
2.5.4	Klasifikasi Sprain.....	36
2.5.5	Manifestasi Klinis Sprain.....	36
2.5.6	Penatalaksanaan Sprain.....	37
2.6	Dislokasi Sendi.....	37
2.6.1	Definisi Dislokasi Sendi	37
2.6.2	Etiologi Dislokasi Sendi	38
2.6.3	Patofisiologi Dislokasi Sendi	38
2.6.4	Manifestasi Klinis Dislokasi Sendi	39
2.6.5	Klasifikasi Dislokasi Sendi	39
2.6.5.1	Klasifikasi dislokasi sendi berdasarkan penyebab	39
2.6.5.2	Klasifikasi dislokasi sendi berdasarkan tempat terjadi	40
2.6.6	Penatalaksanaan Dislokasi Sendi	42
2.6.7	Komplikasi Dislokasi Sendi.....	44
2.7	Pengobatan Tradisional	44
2.7.1	Definisi Pengobatan Tradisional.....	44
2.7.2	Pengertian Sangkal Putung	44
2.7.3	Faktor yang mempengaruhi masyarakat memilih pengobatan tradisional Sangkal Putung	45
2.8	Pengambilan Keputusan (<i>Decision Making</i>).....	47
2.8.1	Definisi Pengambilan Keputusan (<i>Decision Making</i>).....	47
2.8.2	Dasar – Dasar Pengambilan Keputusan	48
2.8.3	Komponen Pengambilan Keputusan.....	49
2.8.4	Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan	50
2.8.5	Proses Pengambilan Keputusan	52
2.9	Teori Health Belief Model	54
2.9.1	Definisi Teori Health Belief Model	54
2.9.2	Komponen Health Belief Model	55
2.10	Keaslian Penelitian.....	57
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		64
3.1	Kerangka Konseptual	64
3.2	Hipotesis Penelitian.....	66
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		68
4.1	Rancangan Penelitian	68
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel Dan <i>Sampling</i>	68
4.2.1	Populasi.....	68
4.2.2	Sampel.....	69
4.2.3	Sampling	69
4.3	Variabel	70
4.3.1	Variabel independen	70

4.3.2	Variabel dependen	70
4.4	Definisi Operasional.....	70
4.5	Instrumen Penelitian.....	74
4.6	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	80
4.7	Prosedur Pengambilan Atau Pengumpulan Data	80
4.8	Cara Analisis Data.....	81
4.9	Kerangka Operasional/Kerja	86
4.10	Masalah etik (<i>ethical clearance</i>).....	87
4.10.1	<i>Respect to Human</i>	87
4.10.2	Asas manfaat (<i>beneficience</i>) dan tidak merugikan (<i>non maleficience</i>) ..	88
4.10.3	Asas keadilan (<i>justice</i>)	88
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		89
5.1	Hasil Penelitian	89
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	89
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	90
5.1.3	Variabel penelitian yang diukur	94
5.2	Pembahasan.....	102
5.2.1	Analisis hubungan usia dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	102
5.2.2	Analisis hubungan pendidikan dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	103
5.2.3	Analisis hubungan <i>perceived benefit</i> dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	104
5.2.4	Analisis hubungan <i>perceived barrier</i> dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	105
5.2.5	Analisis hubungan <i>self efficacy</i> dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	107
5.2.6	Analisis hubungan jenis kelamin dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	108
5.2.7	Analisis hubungan sosial ekonomi dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	110
5.2.8	Analisis hubungan pengalaman keluarga dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori <i>Health Belief Model</i>	111
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....		113
6.1	Kesimpulan.....	113
6.2	Saran.....	114
DAFTAR PUSTAKA.....		116

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Keaslian Penelitian	57
Tabel 4.1	Definisi Operasional Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Di Sangkal Putung.....	71
Tabel 4.2	<i>Blue Print</i> Kuesioner Pengalaman Keluarga.....	76
Tabel 4.3	<i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Perceived Benefit</i> (Manfaat).....	77
Tabel 4.4	<i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Perceived Barriers</i> (Hambatan)	78
Tabel 4.5	<i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Self Efficacy</i> (Keyakinan Diri)	78
Tabel 4.6	<i>Blue Print</i> Kuesioner Pengambilan Keputusan	79
Tabel 4.7	<i>Blue Print</i> Kuesioner Pengetahuan Cedera Muskuloskeletal.....	79
Tabel 4.8	Perbandingan uji <i>Chi-Square</i> dan <i>Spearman rho</i>	85
Tabel 5.1	Distribusi berdasarkan jenis kelamin responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	90
Tabel 5.2	Distribusi berdasarkan usia responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir	91
Tabel 5.3	Distribusi berdasarkan pendidikan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	92
Tabel 5.4	Distribusi berdasarkan pekerjaan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	92
Tabel 5.5	Distribusi berdasarkan pendapatan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	93
Tabel 5.6	Distribusi berdasarkan alasan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir	93
Tabel 5.7	Distribusi berdasarkan pengobatan sebelum responden memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	94
Tabel 5.8	Distribusi responden berdasarkan pengambilan keputusan memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir	95
Tabel 5.9	Distribusi responden berdasarkan <i>perceived benefit</i> memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	95
Tabel 5.10	Distribusi responden berdasarkan <i>perceived barrier</i> memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	96

Tabel 5.11	Distribusi responden berdasarkan <i>self efficacy</i> memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	96
Tabel 5.12	Distribusi berdasarkan pengalaman keluarga responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	97
Tabel 5.13	Distribusi berdasarkan pengetahuan responden memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.....	98
Tabel 5.14	Analisi hubungan dengan menggunakan uji <i>Spearman's rho</i>	98
Tabel 5.14	Analisi hubungan dengan menggunakan uji <i>Chi-Square</i>	100

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Tulang manusia	11
Gambar 2.2	Struktur tulang pada manusia	14
Gambar 2.3	Bentuk tulang manusia	15
Gambar 2.4	Fraktur berdasarkan jenis	20
Gambar 2.5	Fraktur berdasarkan sudut patah	23
Gambar 2.6	Kontusio	30
Gambar 2.7	Strain	32
Gambar 2.8	Sprain	35
Gambar 2.9	Dislokasi sendi bahu.....	40
Gambar 2.10	Dislokasi sendi siku.....	41
Gambar 2.11	Dislokasi sendi panggul	41
Gambar 2.12	Dislokasi sendi lutut	42
Gambar 2.13	Proses pengambilan keputusan.....	52
Gambar 2.14	Kerangka Konsep Health Belief Model, Field, Lewin 1954.....	56
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori HBM.....	64
Gambar 4.1	Kerangka kerja “Analisa Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori HBM”	86

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat data awal Sangkal Putung KH.Kemas	119
Lampiran 2	Surat izin pengambilan data penelitian Sangkal Putung 1	120
Lampiran 3	Surat izin pengambilan data penelitian Sangkal Putung 2.....	121
Lampiran 4	Sertifikat lolos uji etik	122
Lampiran 5	Lembar penjelasan penelitian.....	123
Lampiran 6	<i>Informed consent</i>	125
Lampiran 7	Petunjuk pengisian kuesioner	126
Lampiran 8	Kuesioner	127
Lampiran 9	Uji validitas dan reabilitas.....	133
Lampiran 10	Uji statistik <i>Spearman's rho</i>	144
Lampiran 11	Uji statistik <i>Chi - square</i>	145

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

α : Derajat kemaknaan (tingkat signifikan)
% : Persen
& : Dan
< : Kurang Dari
> : Lebih Dari
= : Sama Dengan
- : Sampai
 \geq : Sama Dengan Lebih Dari
I : Angka Romawi Satu
II : Angka Romawi Dua
III : Angka Romawi Tiga
AVN : *Avascular Necrosis*
BPJS : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Cm : Sentimeter
CPRS : *Complex Regional Pain Syndrome*
D3 : Diploma
Depkes : Departemen Kesehatan
Dkk : Dan Kawan - Kawan
Dr : Dokter
DVT : *Deep Vein Thrombosis*
Et al : Dan Lain – Lainnya
FES : *Fat Embolism Syndrome*
H : Haji
HBM : *Health Belief Model*
K- Wire : Kirschner Wire
KH : Kiai Haji
MENKES : Menteri Kesehatan
NSAID : *Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs*
OREF : *Open Reduction And Eksternal Fixation*
ORIF : *Open Reduction And Internal Fixation*
RI : Republik Indonesia
RICE : *Rest, Ice, Compression, Elevation*
RS : Rumah Sakit
S1 : Sarjana
SD : Sekolah Dasar
SK : Surat Keputusan
SMA : Sekolah Menengah Atas
SMK : Sekolah Menengah Kejurusan
SMP : Sekolah Menengah Pertama
TBS : *Traditional Bone Setters*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manusia adalah makhluk sosial dan makhluk biologis yang selalu mempertahankan dan menjaga kehidupannya. Dalam mempertahankan dan menjaga kehidupannya manusia juga menjaga kesehatannya dari berbagai penyakit. Keinginan manusia untuk sembuh ini yang membuat kebutuhan terhadap pelayanan di bidang kesehatan selalu berkembang seiring dengan perkembangan zaman. Pelayanan kesehatan saat ini bukan hanya di Rumah Sakit, banyak pelayanan kesehatan lain, contohnya Klinik, Puskesmas, Posyandu, Poskesdes dan Posbindu yang bisa menjadi tempat pilihan untuk berobat. Bukan hanya itu, pengobatan tradisional pun menjadi salah satu pilihan dalam pengobatan masyarakat di Indonesia (Riset Kesehatan Dasar, 2013)

Pengobatan tradisional atau pengobatan alternatif masih menjadi pilihan beberapa orang yang mengalami cedera muskuloskeletal untuk mengobati sakitnya. Berdasarkan data dari profil kesehatan Indonesia tahun 2010 menjelaskan bahwa penggunaan tempat pengobatan tradisional menjadi pilihan masyarakat pada waktu sakit sebesar 45,17%. Hal tersebut menunjukkan adanya pengobatan tradisional yang masih tetap hidup dan menjadi salah satu pilihan pengobatan dalam masyarakat (Depkes, 2010)

Masyarakat yang berobat ke Sangkal Putung dengan cedera muskuloskeletal yang sering antara lain kontusio, sprain, strain, fraktur dan dislokasi. Untuk kontusio, strain dan sprain merupakan cedera yang paling sering dilaporkan. Kondisi tersebut terjadi pada sekitar 50% cedera akibat kerja, cedera pada atlet olahraga, dan aktifitas lainnya (Lemone, Priscilla, 2017)

Fenomena yang terjadi saat ini adalah meskipun banyaknya pelayanan kesehatan yang ada, masih banyak orang terutama pada pasien dengan cedera muskuloskeletal yang mencari pengobatan untuk kesembuhan penyakitnya ke Sangkal Putung. Lantas apa hal yang mendasari pemilihan keputusan untuk lebih memilih berobat di Sangkal Putung.

Di Inggris, sekitar 43,4% angka kesakitan dan cedera berkaitan dengan muskuloskeletal. Cedera tersebut banyak terjadi 45% pada punggung, 22% pada tangan, dan 13% pada lengan (Ramdan, Iwan. 2012). Kemudian di Ekiti State, Nigeria menjelaskan bahwa sebagian besar pasien laki – laki yang berobat di *Traditional Bone Setters* sebanyak 67,2% orang dengan cedera akibat kendaraan bermotor dan sebanyak 50,2% orang dengan luka – luka (Joseph Sina, 2015).

Proporsi jenis cedera di Indonesia didominasi oleh luka memar (kontusio) sebesar 70,9 %. Jenis cedera terbanyak kedua adalah terkilir (sprain) sebesar 27,5 %. Luka robek menduduki urutan ketiga, jenis luka ini tertinggi ditemukan di Papua sekitar 48,5 % jauh di atas Indonesia yaitu 23,2 %. Jenis cedera lainnya proporsinya kecil, patah tulang 5,8 %, anggota tubuh terputus sebesar 0,3 % (Riset Kesehatan Dasar, 2013).

Menurut Depkes RI 2011, untuk kasus fraktur di Indonesia, Fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan memiliki prevalensi yang paling tinggi diantara Fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2 % dari 45.987 orang dengan kasus Fraktur ekstremitas bawah akibat dari kecelakaan, 19.629 orang dengan Fraktur pada tulang femur, 14.027 orang dengan Fraktur cruris, 3.775 orang dengan Fraktur pada tibia, 9.702 orang dengan Fraktur pada tulang – tulang kecil di kaki dan 336 orang mengalami Fraktur fibula.

Polri menyebutkan angka kecelakaan lalu lintas di seluruh Indonesia pada tahun 2017 selama 21 hari terjadi 3.646 kecelakaan dan pada tahun 2018 sebanyak 2.310 kecelakaan. Jumlah korban meninggal dunia akibat kecelakaan pada tahun 2017 mencapai 703 jiwa dan pada tahun 2018 korban tewas sebanyak 503 jiwa. Lalu jumlah korban luka berat dan ringan pada tahun 2017 tercatat ada 732 orang dengan luka berat dan 4.333 orang dengan luka ringan sementara pada tahun 2018 sebanyak 458 orang dengan luka berat dan 2.679 orang dengan luka ringan (Liputan 6, 2018)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di 2 pengobatan Tradisional sangkal putung di Surabaya yaitu : Pengobatan Tradisional KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang rata - rata jumlah pengunjung yang datang mencapai 92 orang per harinya dengan berbagai penyakit dan 2 kali pelayanan pagi dan malam hari, kemudian di Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Muhajir rata – rata jumlah pengunjung yang datang mencapai 50 orang dengan 2 kali pelayanan pagi dan sore hari dan terakhir. Peneliti mengambil 2 sangkal putung untuk mewakili sangkal putung yang ada di Surabaya.

Review penelitian yang telah dilakukan (Kurnia,Susi Hanifah, Kosasih Cecep Eli, 2010) adalah hasil penelitian terdapat tiga faktor yang berpengaruh untuk seseorang dalam memutuskan memilih berobat ke pengobatan tradisional yaitu pertama faktor motivasi untuk menyembuhkan sakitnya sebanyak 64,7%, kedua faktor kepercayaan akan mendapatkan manfaat sebanyak 61,76% dan ketiga faktor pelayanan kesehatan dan kepercayaan terhadap penyedia layanan sebanyak 71,88%. Sedangkan *review* penelitian dari (Ariyanto, 2008) menunjukkan bahwa latar belakang masyarakat memilih pengobatan tradisional sangkal putung yaitu pertama dari segi biaya terjangkau atau relatif lebih murah sebanyak 71,88%, kedua segi pendidikan yang rendah sebanyak 53,13%, ketiga dari persepsi pasien tentang

kemampuan penyembuhan yakni adanya perkembangan setelah mendapatkan pengobatan sebanyak 100,0%, keempat dari segi tingkat kepuasan setelah mendapatkan pelayanan pengobatan sebanyak 100,0%. *Review* penelitian dari (Desni, Agung Wibow dan Kes Mas, 2011) menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pengetahuan sikap dan perilaku dari kepala keluarga dengan pengambilan keputusan dalam pengobatan tradisional di Desa Rambah Tengah Hilir Kecamatan Rambah Kabupaten Rokan Hulu Riau ($p=0,003$).

Hasil inilah yang membuat ketertarikan peneliti untuk melakukan penelitian ini dan melihat banyaknya pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal tetapi masih banyak yang memilih untuk pergi ke pengobatan tradisional bukan ke rumah sakit. Bagaimana pengobatan tradisional sangkal putung menjadi salah satu rujukan dan dijadikan pilihan bagi masyarakat untuk menangani cedera. Lalu apa yang menjadi faktor seseorang tersebut lebih memilih ke Sangkal Putung. Padahal yang kita tahu bahwa seorang pasien dengan cedera muskuloskeletal membutuhkan perawatan serta alat pemeriksaan penunjang lainnya.

Pernyataan di atas juga di dukung dengan hasil *survei* awal pada penelitian (Shobdie, 2015) pada 10 orang yang dijumpai di lapangan futsal di Semarang yang pernah mengalami fraktur yang merupakan salah satu dari jenis cedera muskuloskeletal, 10 orang tersebut menjawab memilih pengobatan ke sangkal putung untuk melakukan pengobatan dan dari beberapa orang tersebut ada yang langsung sembuh saat diobati dan ada juga yang harus rawat inap karena fraktur yang diderita pasien tersebut cukup parah sehingga butuh untuk dirawat. Mereka memilih untuk ke pengobatan Sangkal Putung dibanding dengan pengobatan modern seperti di Rumah Sakit.

Penelitian (Joseph Sina, 2015) menunjukkan 2,8% pasien yang berobat ke pengobatan tradisional mendapatkan kondisi yang bertambah buruk. Pemijat tradisional patah tulang hanya memanipulasi sendi, dengan tanpa adanya kualifikasi khusus serta pelatihan secara formal yang tidak bisa diterima secara pengobatan medis. Namun, pada penelitian (Suarilah dan Yasmara, 2017) hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada peserta yang datang ke Sangkal Putung dengan inisiatif sendiri. Pernyataan positif dari sebelumnya telah menjadi motivasi kuat untuk membuat keputusan akhir dalam hal penyembuhan patah tulang. Mereka menyatakan bahwa selama proses pijat ini, peserta mengalami sensasi rasa sakit. Untuk mengurangi rasa sakit, penyembuh merekomendasikan nama obat penghilang rasa sakit oral atau topikal.

Studi pengambilan data awal di Pengobatan Tradisional KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Pengobatan Tradisional Sangkal Putung Muhajir, ada 7 orang yang ditemui saat menunggu antrian pelayanan mengatakan bahwa mereka memilih untuk kesini karena berbagai alasan. Ada yang tidak sabar untuk menunggu pelayanan di Rumah Sakit karena harus mengantri beberapa bulan untuk pasien yang menggunakan BPJS akhirnya berobat ke Sangkal Putung. Ada juga yang lebih percaya dan nyaman saat di bawa ke Sangkal Putung karena nanti kalau ke RS takut harus dioperasi. Mereka juga mengatakan bahwa tahu lokasi pengobatan ini dari mulut ke mulut, bahkan ada yang sebelumnya itu dari keluarganya ada yang pernah sakit dan berobat kesini kemudian sembuh, sehingga membuat pasien itu percaya dan memilih berobat kembali kesana.

Berbagai faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung akan dijelaskan menggunakan teori *Health Belief Model* yang terdiri dari *modifying factor*, *individual belief* dan *cues to action*. Pada

penelitian ini untuk *modifying factor* akan diidentifikasi faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi dan pengalaman keluarga. Faktor *individual belief* akan diidentifikasi faktor *perceived benefit*, *perceived barrier* dan *self efficacy*.

Peneliti mengambil variabel tersebut karena dari *review* penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi seseorang tersebut untuk memilih pengobatan di Sangkal Putung salah satunya adalah karena ada manfaat yang di dapat, mendapatkan kendala saat berobat di tempat lain serta keyakinan seseorang tersebut akan kesembuhan penyakit, kemudian untuk pengambilan keputusan memilih suatu pengobatan dipengaruhi juga oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi serta pengalaman dari keluarga yang pernah berobat menjadikan seseorang tersebut akhirnya memutuskan untuk memilih pelayanan kesehatan yang akan dijalankan untuk mencapai kesembuhan akan penyakitnya. Sehingga peneliti akan meneliti dengan menganalisis faktor – faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan berdasarkan teori *Health Belief Model*.

1.2 Rumusan Masalah

Permasalahan umum penelitian :

Faktor – faktor apa saja yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?

Permasalahan khusus penelitian :

1. Apakah tingkat usia merupakan faktor yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?

2. Apakah tingkat jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?
3. Apakah tingkat pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?
4. Apakah tingkat sosial ekonomi merupakan faktor yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?
5. Apakah pengalaman keluarga yang pernah berobat merupakan faktor yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?
6. Apakah *perceived benefit* merupakan faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?
7. Apakah *perceived barriers* merupakan faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?
8. Apakah *self efficacy* merupakan faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan faktor usia yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
2. Menganalisis hubungan faktor jenis kelamin yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
3. Menganalisis hubungan faktor pendidikan yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
4. Menganalisis hubungan faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
5. Menganalisis hubungan faktor pengalaman keluarga yang pernah berobat yang mempengaruhi *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang

memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

6. Menganalisis hubungan faktor *perceived benefit* yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
7. Menganalisis hubungan faktor *perceived barriers* yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
8. Menganalisis hubungan faktor *self efficacy* yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini adalah untuk menjadi referensi dalam pengembangan ilmu dibidang ilmu keperawatan dan penelitian ini dapat menjadi bahan acuan bagi penelitian selanjutnya yang sejenis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan informasi dan pengetahuan tentang faktor pemilihan menggunakan pelayanan pengobatan tradisional pada pasien dengan cedera muskuloskeletal.

2. Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini sebagai masukan bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam keperawatan pada penanganan pasien dengan cedera muskuloskeletal sehingga akan mempengaruhi seseorang tersebut untuk lebih mempertimbangkan pengambilan keputusan terhadap pemilihan pelayanan kesehatan.

3. Masyarakat Umum

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat umum mengenai pentingnya dalam memikirkan pengambilan keputusan yang tepat untuk memilih pelayanan kesehatan yang akan dipilih sehingga mendapatkan penanganan yang benar pada pasien dengan cedera muskuloskeletal..

4. Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan data yang dapat digunakan sebagai dasar penelitian selanjutnya atau penelitian yang sejenis seperti penelitian terkait pengobatan di sangkal putung atau penelitian tentang pengambilan keputusan untuk memilih pelayanan kesehatan yang tepat.

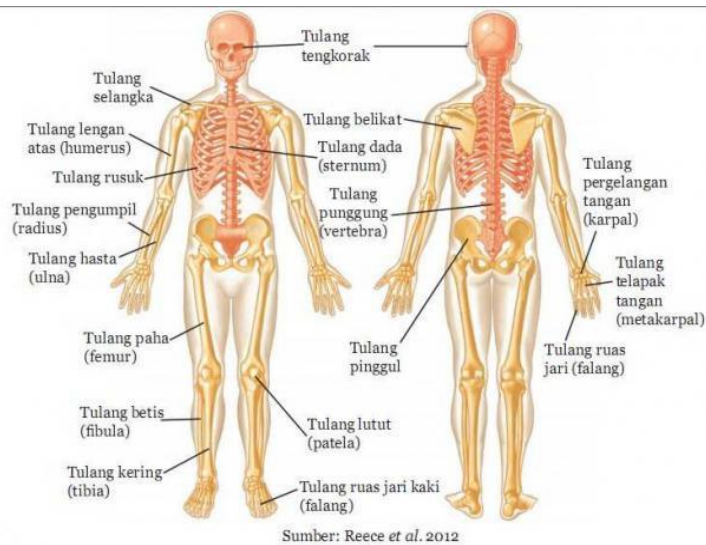
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Muskuloskeletal

2.1.1 Tulang

Tulang sistem skeletal dibagi menjadi skeleton aksial (tengkorak, toraks, dan vertebrata) dan skeleton apendikular (bahu, lengan, gelang panggul, dan tungkai). Tulang dari struktur tubuh dan memberi sokongan untuk jaringan lunak. Tulang melindungi organ vital dari cedera dan juga bertindak untuk memindahkan bagian tubuh dengan memberi titik perlekatan pada otot. Tulang juga sebagai tempat menyimpan mineral dan sebagai tempat untuk hematopoiesis (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017)



Gambar 2.1 Tulang manusia (Reece, et al. 2012)

2.1.2 Anatomi Kasar Tulang

Tulang panjang yang umum memiliki poros (*diaphisis*) dan 2 pangkal (*epifisis proksimal* dan *epifisis distal*). Diaphisis adalah celah silinder dari tulang kompak yang mengitari celah medular (*sumsum*). Bersanding di bagian dalam dengan lapisan jaringan penghubung yang tipis yang disebut dengan *Endosteum*. Pada anak – anak dan dewasa awal, Epifisis terpisah

dari Diafisis oleh lempeng atau *Kartilago Epifisium*, dimana tulang tumbuh lebih panjang. Ketika pertumbuhan tulang lengkap, kartilago epifisium digantikan oleh tulang yang menghubungkannya dengan diafisis. Fraktur pada lempeng epifisium pada anak – anak dapat menyebabkan pertumbuhan tulang yang lambat atau pemendekan tungkai.

Tulang juga dilapisi oleh lapisan jaringan penghubung yang disebut *Periosteum*. Lapisan luar (*fibrosa*) dari periosteum memiliki banyak pembuluh darah dan saraf, beberapa diantaranya memasuki tulang melewati kanal Volkmann. Lapisan luar ini sangat kokoh dan dapat menahan fragmen fraktur tidak bergeser (*nondisplaced*) tetap pada tempatnya. Lapisan dalam (*osteogenik*) melekat langsung pada tulang dengan kolagen (*serabut Sharpey*). Tidak terdapat periosteum pada permukaan artikular pada tulang panjang (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Snell, 2012)

2.1.3 Anatomi Mikroskopi Tulang

Tulang padat (*compact bone*) sangat teratur dan solid, tulang ini teratur sampai ke unit struktural yang disebut dengan osteon (*Sistem Haversian*). Osteon pada dasarnya merupakan silinder tulang. tiap osteon mengandung

1. Pembuluh di kanal pusat (*kanal haversian*)
2. Lapisan konsentrik matriks tulang (*lamela*)
3. Celah kecil diantara lamela (*lakuma*) yang mengandung osetosit.
4. Kanal kecil (*kanalikuli*).

Tulang spons (*tulang berongga*) tidak memiliki struktur yang teratur. Lamela tidak diatur dalam lingkaran yang konsentris namun diarahkan berkaitan dengan garis tekanan maksimum pada tulang. Tulang berongga

memiliki osteosit yang menempel pada lakuna yang saling berhubungan melalui kanalikuli (Black, Joyce M. & Hawks, 2014)

2.1.4 Struktur Tulang

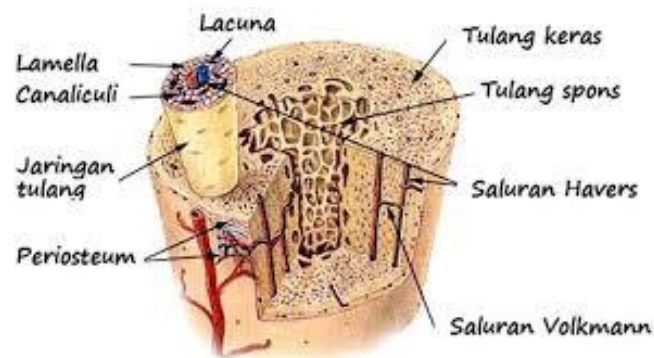
Sel tulang mencakup Osteoblas (sel yang membentuk tulang), Osteosit (sel yang mempertahankan matriks tulang), Osteoklas (sel yang meresopsi tulang), dan sel Osteoprogenitor (sumber semua sel tulang kecuali osteoklas). Matriks tulang adalah elemen ekstraseluler jaringan tulang. Tulang terdiri atas serabut kolagen, mineral (terutama kalsium dan fosfat), protein, karbohidrat, dan substansi dasar. Substansi dasar adalah bahan gelatin yang memfasilitasi difusi gizi, sampah, dan gas antara pembuluh darah dan jaringan tulang. Tulang juga ditutupi dengan Periosteum, jaringan ikat berlapis ganda.

Tulang tersusun atas jaringan ikat kaku yang disebut jaringan oseus, ada dua jenis yaitu tulang laminar (tulang kuat dan matur pada skeleton orang dewasa) dan tulang beranyam (yang memberikan kerangka sementara untuk menyokong dan pada fetus yang berkembang sebagai bagian penyembuhan fraktur, dan pada area sekitar tumor dan infeksi tulang). Ada dua jenis tulang matur yaitu tulang padat dan tulang kanelosa (berongga).

Tulang padat membentuk kulit luar tulang, sedangkan tulang kanelosa ditemukan di bagian dalam tulang. Tulang kanelosa tersusun atas struktur seperti kisi – kisi (trabekula) dan dilapisi dengan sel osteogenik serta diisi dengan sumsum tulang merah atau kuning (Porth & Martin, 2009)

Unit struktur dasar tulang laminar adalah sistem Havers (juga dikenal sebagai osteon). Sistem Havers terdiri atas kanal sentral, disebut Kanal Havers, lapisan konsentrik matriks tulang disebut Lamella, ruang antara

lamela disebut Lakuna, dan saluran kecil disebut Kanalikuli. Bagian berongga pada tulang panjang dan tulang pipih mengandung jaringan untuk hematopoiesis. Pada orang dewasa, bagian ini disebut rongga sumsum tulang merah, ada di pusat berongga tulang pipih (khususnya sternum) dan hanya pada dua tulang panjang yaitu humerus dan kepala femur (Lemone, Priscilla, 2017)



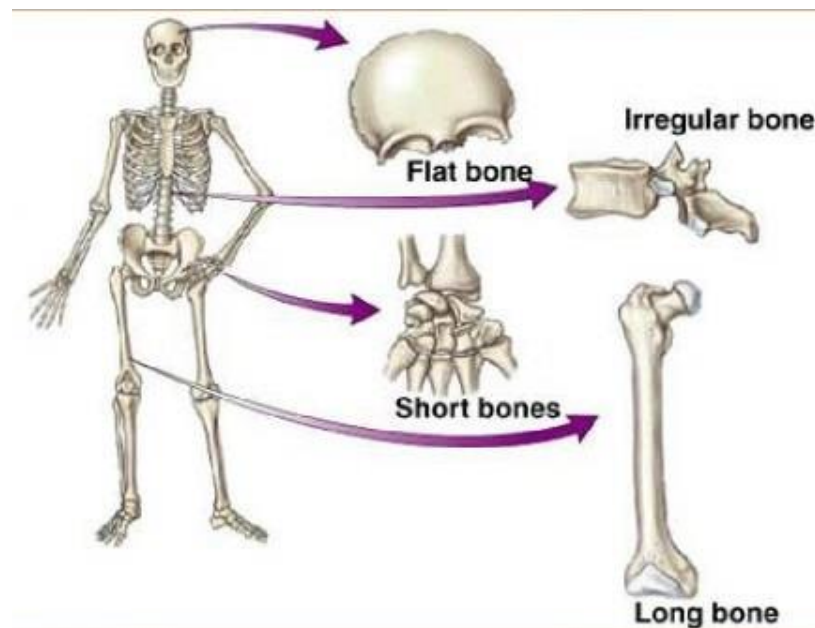
Gambar 2.2 Struktur tulang pada manusia (Lemone, Priscilla, 2017)

2.1.5 Bentuk Tulang

Tulang diklasifikasikan berdasarkan bentuk yaitu :

1. Tulang panjang : memiliki bagian tengah atau batang disebut diafisis dan dua ujung lebar disebut epifisis. Tulang panjang ditemukan di ekstremitas atas dan bawah. Tulang panjang mencakup humerus, radius, ulna, femur, tibia, fibula, metatarsal, metakarpal, dan falangs.
2. Tulang pendek : disebut juga tulang kuboid, tidak memiliki axis yang panjang dan berbentuk kubus. Tulang pendek mencakup karpal dan tarsal.
3. Tulang pipih : berbentuk tipis dan datar serta sebagian besar melengkung. Tulang pipih berfungsi melindungi bagian tubuh yang lunak dan memberikan permukaan yang luas untuk melekatnya otot. Tulang pipih mencakup sebagian besar tulang tengkorak, sternum, rusuk, kranium dan beberapa bagian dari pelvis girdle.

4. Tulang iregular : tulang berbagai bentuk dan ukuran. Tulang ini juga mirip dengan tulang lain dalam struktur dan komposisi. tulang iregular mencakup vertebra, skapula, tulang gelang panggul, tulang wajah, osikel telinga (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017)



Gambar 2.3 Bentuk tulang manusia (Lemone, Priscilla, 2017)

2.2 Fraktur

2.2.1 Definisi Fraktur

Fraktur adalah kondisi hilangnya kontinuitas pada tulang, yang dapat bersifat lengkap maupun sebagian (Muttaqin, 2008). Fraktur merupakan cedera traumatik dengan presentase kejadian tinggi, cedera tersebut dapat menimbulkan perubahan yang signifikan pada kualitas hidup. Fraktur dikenal dengan istilah patah tulang yang dapat disebabkan oleh trauma fisik.

Fraktur yang terjadi pada individu dapat ditentukan oleh kekuatan, sudut, tenaga, kondisi tulang, serta kondisi jaringan disekitar tulang. Fraktur lengkap terjadi pada saat tulang mengalami patah secara keseluruhan,

sedangkan fraktur tidak lengkap terjadi pada saat tulang tidak mengalami patah secara keseluruhan (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Muttaqin, 2008)

2.2.2 Etiologi Fraktur

Fraktur terjadi karena kelebihan beban mekanis pada suatu tulang, berikut penyebab dari fraktur adalah :

1. Kecelakaan di jalan raya, contohnya kecelakaan saat mengendarai kendaraan bermotor
2. Cedera saat melakukan olahraga
3. Menyelam pada air yang dangkal
4. Luka tembak atau luka tikam
5. Gangguan metabolik tulang seperti osteoporosis yang disebabkan oleh fraktur kompresi pada vertebra, dapat mengalami fraktur dari trauma minor karena kerapuhan tulang akibat gangguan yang telah ada sebelumnya.
6. Gangguan lain yang dapat menyebabkan cedera medula spinalis seperti spondiliosis servikal dengan mielopati, mielitis akibat proses inflamasi infeksi maupun non infeksi, siringmielia, tumor infiltrasi maupun kompresi
7. Gaya secara langsung, contohnya sebuah benda bergerak menghantam ke area tubuh di atas tulang.
8. Gaya tidak langsung, contohnya ketika ada kontraksi kuat dari otot menekan pada tulang dan juga tekanan serta kelelahan dapat menyebabkan fraktur karena penurunan kemampuan tulang dalam menahan gaya mekanikal. (Baticaca, 2008; Black, Joyce M. & Hawks, 2014)

2.2.3 Patofisiologi Fraktur

Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang

mungkin hanya retak saja dan bukan patah. Jika gaya yang diterima sangat ekstrim seperti tabrakan mobil, maka tulang dapat pecah berkeping – keping. Saat terjadi fraktur, otot yang melekat pada ujung tulang dapat terganggu. Otot dapat mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi. Kelompok otot yang besar dapat menciptakan spasme yang kuat dan bahkan mampu menggeser tulang besar seperti femur. Walaupun bagian proksimal dari tulang patah tetap pada tempatnya, namun bagian distal dapat bergeser karena gaya penyebab patah maupun spasme pada otot – otot sekitar. Fragmen fraktur dapat bergeser ke samping, pada suatu sudut atau menimpa segmen tulang lain. Fragmen juga dapat berotasi atau berpindah.

Selain itu, periosteum dan pembuluh darah di korteks serta sumsum dari tulang yang patah juga terganggu. Sering terjadi cedera jaringan lunak. Pendarahan terjadi karena cedera jaringan lunak atau cedera pada tulang itu sendiri. Pada saluran sumsum (medula), hematoma terjadi di antara fragmen – fragmen tulang dan di bawah periosteum. Jaringan tulang di sekitar lokasi fraktur akan mati dan menciptakan respon peradangan yang hebat. Akan terjadi vasodilatasi, edema, nyeri, kehilangan fungsi, eksudasi plasma dan leukosit serta infiltrasi sel darah putih. Respon patofisiologis ini juga merupakan tahap awal dari penyembuhan tulang (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Muttaqin, 2008)

2.2.4 Manifestasi Klinis Fraktur

Salah satu cara mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis klien, beberapa fraktur sering langsung tampak jelas. Berikut manifestasi klinis fraktur adalah :

1. Deformitas : Pembengkakan dari pendarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional atau angulasi.
2. Pembengkakan : Edema dapat muncul segera sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstrasvasasi darah ke jaringan sekitar.
3. Memar (ekimosis) : memar terjadi karena pendarahan subkutan pada lokasi fraktur.
4. Spasme otot : Sering mengiringi fraktur, spasme otot involuntar sebenarnya berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.
5. Nyeri : Jika klien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada tiap klien. Nyeri akan terus – menerus jika fraktur tidak diimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada sekitarnya.
6. Ketegangan : Ketegangan di atas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.
7. Kehilangan fungsi : Hilangnya fungsi terjadi karena nyeri yang disebabkan fraktur atau karena hilangnya fungsi pengungkit lengan pada tungkai yang terkena.
8. Gerakan abnormal dan krepitasi : Gerakan dari bagian tengah tulang atau gesekan antar fragmen fraktur yang menciptakan sensasi dan suara deritan.
9. Syok : Fragmen tulang dapat merobek pembuluh darah. Pendarahan besar atau tersembunyi dapat menyebabkan syok.

10. Perubahan neurovaskular : Cedera neurovaskular terjadi akibat kerusakan saraf perifer atau struktur vaskular yang terkait. Klien akan mengeluhkan kebas atau kesemutan atau tidak teraba nadi pada daerah distal fraktur (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

2.2.5 Klasifikasi Fraktur

2.2.5.1 Klasifikasi fraktur berdasarkan penyebab

Berikut klasifikasi fraktur berdasarkan penyebab adalah :

1. Fraktur traumatik

Terjadi dikarenakan adanya trauma mendadak pada tulang dengan kekuatan yang besar, sehingga tulang tidak mampu menahannya sehingga terjadi fraktur (Muttaqin, 2008).

2. Fraktur patologis

Keadaan tulang yang lemah, yang dapat disebabkan oleh osteoporosis, tumor tulang, dan lain sebagainya. Kondisi tulang yang lemah dapat menyebabkan terjadinya fraktur, bahkan fraktur dapat terjadi hanya karena trauma ringan pada tulang (Corwin, 2009).

3. Fraktur stres

Terjadi apabila individu melakukan latihan fisik secara keras, dengan melakukan latihan keras maka kekuatan otot akan meningkat, namun kondisi tersebut tidak diimbangi dengan peningkatan kekuatan tulang sehingga membuat individu merasa mampu melakukan aktivitas yang lebih berat dari sebelumnya. Meningkatnya kekuatan otot yang tidak diimbangi dengan meningkatnya kekuatan tulang akan menyebabkan tulang tidak kuat menahan tekanan dan dapat menyebabkan fraktur stres (Corwin, 2009).

2.2.5.2 Klasifikasi fraktur berdasarkan jenisnya

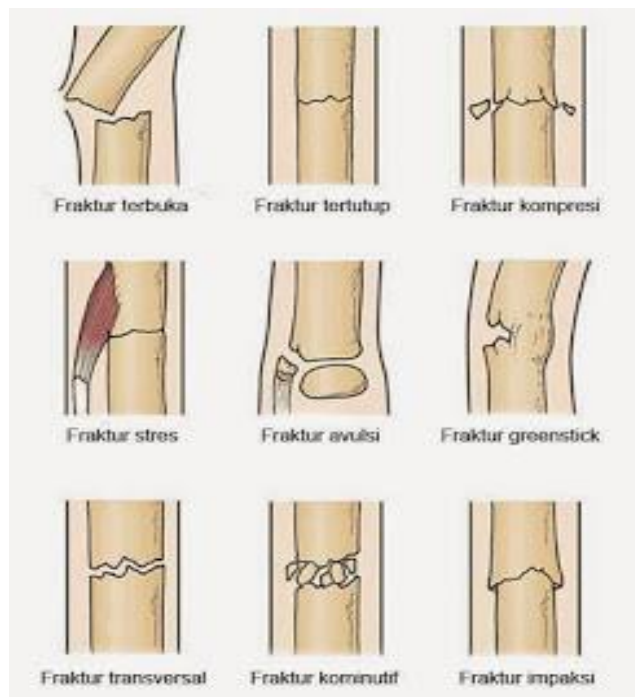
Berikut klasifikasi fraktur berdasarkan jenisnya adalah :

1. Fraktur tertutup (*simple fracture*)

Fraktur tertutup merupakan kondisi patah tulang yang tidak menembus kulit, sehingga lokasi terjadinya fraktur tidak mempunyai kontak dengan dunia luar sehingga tidak terjadi pencemaran oleh lingkungan.

2. Fraktur terbuka (*compound fracture*)

Fraktur terbuka merupakan kondisi patah tulang yang mengakibatkan robeknya kulit sehingga timbul luka. Fraktur terbuka mengakibatkan tulang yang mengalami fraktur memiliki hubungan dengan dunia luar melalui jaringan lunak dan luka pada kulit.



Gambar 2.4 Fraktur berdasarkan jenis (Djoko, 2001)

3. Fraktur dengan komplikasi (*complicated fracture*)

Fraktur dengan komplikasi merupakan kondisi patah tulang yang disertai dengan komplikasi, diantaranya mal union, delayed union, non union, dan infeksi. Mal union merupakan kondisi ketika fraktur dapat

disembuhkan, akan tetapi terjadi kesalahan bentuk secara anatomi. Delayed union merupakan kondisi gagalnya tulang yang mengalami fraktur untuk menyambung tepat pada waktunya, hal ini disebabkan oleh menurunnya suplai darah pada tulang. Non-union merupakan kondisi fraktur yang tidak sembuh selama 6-8 bulan, sehingga tulang tidak dapat tersambung dan terbentuklah sendi palsu (Muttaqin, 2008).

2.2.5.3 Klasifikasi fraktur berdasarkan sudut patah

Berikut klasifikasi fraktur berdasarkan sudut patah adalah :

1. Fraktur transversal

Fraktur transversal merupakan jenis fraktur yang garis patahannya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang. Apabila fraktur transversal terjadi, maka segmen tulang yang patah dikembalikan pada tempatnya semula, kontrol terhadap kesembuhan tulang yang mengalami fraktur transversal dapat dilakukan dengan menggunakan bidai gips.

2. Fraktur oblik

Fraktur oblik merupakan jenis fraktur yang memiliki garis patahan yang membentuk sudut terhadap tulang. Fraktur oblik merupakan jenis fraktur yang tidak stabil dan sulit untuk ditatalaksana.

3. Fraktur spiral

Fraktur spiral merupakan jenis fraktur yang disebabkan oleh adanya tekanan gaya gerak yang terlalu kuat. Fraktur spiral umumnya terjadi pada pemain ski pada saat ujung ski terbenam kedalam salju, sehingga ski berputar dan menyebabkan pemain ski mengalami fraktur. Fraktur jenis ini tidak menimbulkan dampak yang terlalu parah, dan hanya menimbulkan

sedikit kerusakan pada jaringan lunak, sehingga fraktur jenis ini dapat lebih mudah disembuhkan.

4. Fraktur kominutif

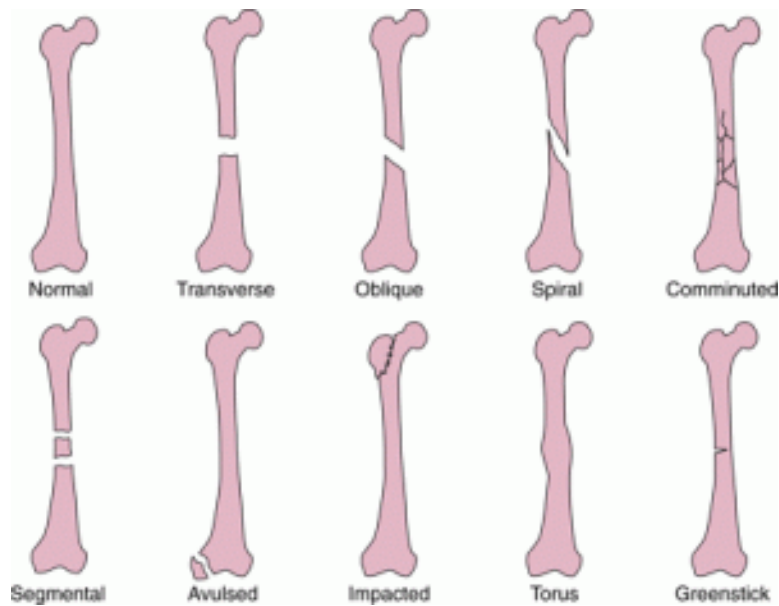
Fraktur kominutif merupakan jenis fraktur yang terjadi dan mengakibatkan terputusnya keutuhan jaringan pada lokasi yang terdapat lebih dari dua bagian tulang.

5. Fraktur segmental

Fraktur segmental merupakan dua fraktur yang terjadi berdekatan pada satu tulang sehingga menyebabkan segmen sentral terpisah dari suplai darah. Apabila terjadi fraktur jenis ini, maka satu ujung yang tidak memiliki pembuluh darah akan sulit disembuhkan sehingga diperlukan pembedahan dalam tatalaksananya.

6. Fraktur kompresi

Fraktur kompresi adalah jenis fraktur yang disebabkan oleh dua tulang yang menghujam tulang ketiga yang ada diantaranya. Fraktur jenis ini dapat didiagnosis dengan bantuan radiogram. Pendarahan yang cukup berat dapat terjadi pada individu di usia muda yang mengalami fraktur jenis ini, individu juga akan mengalami syok hipovolemik (kehilangan darah), bahkan fraktur kompresi dapat menyebabkan kematian apabila tidak dilakukan pemeriksaan tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan secara berkala dalam waktu 24 jam sampai dengan 48 jam (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Muttaqin, 2008).



Gambar 2.5 Fraktur berdasarkan sudut patah (physiocomestoyou.co.uk)

2.2.6 Penatalaksanaan Fraktur

1. Penatalaksanaan Konservatif

Penatalaksanaan konservatif merupakan cara penatalaksanaan fraktur tanpa pembedahan dengan tujuan terpenuhinya immobilisasi pada fraktur. Penatalaksanaan fraktur secara konservatif dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya dengan cara proteksi, yaitu dengan memberikan sling pada anggota gerak atas atau dengan menggunakan tongkat pada anggota gerak bawah, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya trauma lebih lanjut (Muttaqin, 2008).

Penatalaksanaan konservatif dapat dilakukan dengan menggunakan gips. Gips adalah alat kaku yang digunakan untuk mengimobilisasi tulang yang mengalami cedera dan meningkatkan penyembuhan. Gips mengimobilisasi sendi di atas dan sendi di bawah tulang yang mengalami fraktur sehingga tulang tidak akan bergerak selama penyembuhan. Gips dipasang pada pasien yang memiliki fraktur yang relatif stabil.

Penatalaksanaan tanpa pembedahan juga dapat dilakukan dengan menggunakan traksi. Traksi memberikan kekuatan untuk meluruskan atau menarik guna mengembalikan atau mempertahankan tulang yang mengalami fraktur pada posisi anatomik yang normal. Traksi yang diberikan pada saat penatalaksanaan fraktur harus memiliki arah dan besaran yang sesuai, selain itu traksi yang telah terpasang harus dievaluasi dengan menggunakan sinar x agar dapat diketahui apakah masih dibutuhkan penyesuaian dalam pemasangan traksi. Berikut jenis dari traksi yaitu traksi manual, traksi kulit, traksi keseimbangan, traksi skeletal (Muttaqin, 2008).

2. Penatalaksanaan Pembedahan

Penatalaksanaan dengan pembedahan dilakukan dengan berbagai macam cara, diantaranya dengan reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal atau fiksasi perkutan dengan menggunakan kawat (K-Wire). Penatalaksanaan dengan pembedahan juga dapat dilakukan dengan tindakan operasi reduksi terbuka, baik dengan fiksasi internal (ORIF) maupun fiksasi eksternal (OREF).

Penatalaksanaan terhadap fraktur terbuka yang menyebabkan kerusakan jaringan lunak, dilakukan dengan menggunakan reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal (OREF), tindakan ini dilakukan dengan pemasangan pin kemudian dikaitkan pada kerangkanya (Muttaqin, 2008).

3. Penatalaksanaan Medikasi

Sebagian besar pasien yang mengalami fraktur akan memerlukan analgesik untuk meredakan nyeri. Pada fraktur multiple atau fraktur tulang panjang akan diberikan opioid pada awalnya. NSAID akan diberikan untuk mengurnagi inflamasi dan suplemen analgesik.

Antibiotik dapat diberikan secara profilaksis terutama untuk pasien yang mengalami fraktur terbuka atau kompleks. Antikoagulan dapat diberikan untuk mencegah DVT, terutama jika pembedahan atau imobilisasi lama diperlukan. Pelunak feses dapat diberikan untuk mengurangi risiko konstipasi akibat narkotik dan imobilitas. Pasien yang mengalami trauma terus – menerus sering kali ditempatkan pada medikasi antiulkus atau antacid (Lemone, Priscilla, 2017).

2.2.7 Komplikasi Fraktur

Ada beberapa komplikasi fraktur. Komplikasi bergantung pada jenis cedera, usia klien, dan adanya masalah kesehatan lain dan penggunaan obat yang mempengaruhi pendarahan seperti warfarin, kortikosteroid, dan NSAID. Berikut komplikasi dari fraktur yaitu :

2.2.7.1 Komplikasi awal Fraktur

1. Sindrom Kompartemen

Sindrom kompartemen terjadi ketika tekanan dalam batas ruang mengalami konstiksi dan menjerat struktur didalamnya. Sindrom kompartemen akut dapat menyebabkan hemoragi dan edema dalam kompartemen setelah fraktur atau dari cedera kecelakaan atau dari kompresi eksternal ekstermitas oleh gips yang terlalu kuat.

Sindrom kompartemen biasanya terjadi didalam 48 jam pertama cedera, ketika edema ada di puncaknya. Nadi arteri dapat tetap normal, meskipun tekanan dalam kompartemen cukup tinggi untuk mengganggu perfusi jaringan secara signifikan. Jika terjadi sindrom kompartemen, intervensi untuk meredakan tekanan diimplementasikan seperti balutan restriksi

dipindahkan atau gips yang pas dengan ketat retak. (Lemone, Priscilla, 2017).

2. Kontraktur Volkmann

Kontraktur volkmann adalah suatu deformitas tungkai akibat sindrom kompartemen yang tak tertangani. Oleh karena tekanan terus – menerus mengakibatkan iskemia, otot kemudian perlahan diganti oleh jaringan fibrosa yang menjepit tendon dan saraf. Pada tungkai atas, kontraktur volkmann umumnya terjadi setelah fraktur pada siku dan lengan bawah atau setelah cedera remuk pada lengan bawah, atau karena gips yang terlalu kuat (Black, Joyce M. & Hawks, 2014).

3. Sindrom Embolisme Lemak

Sindrom embolisme lemak (FES) ditandai dengan disfungsi neurologik, insufisiensi pulmonal, dan ruam peteki pada dada, aksila dan lengan atas. Fraktur tulang panjang dan trauma mayor lainnya merupakan faktor risiko utama untuk emboli lemak, pembedahan penggantian pinggul juga memaparkan risiko FES.

Ketika tulang mengalami fraktur, tekanan dalam sumsum tulang meningkat dan melebihi tekanan kapiler sebagai hasilnya, globula lemak meninggalkan sumsum tulang dan masuk aliran darah. Ketika globula lemak dilepaskan, mereka bersama dengan platelet dan berjalan ke otak, paru, ginjal, dan organ lain menyumbat pembuluh darah kecil dan menyebabkan iskemia jaringan (Lemone, Priscilla, 2017).

4. Trombosis Vena Profunda

Trombosis vena profunda (DVT) adalah kondisi saat bekuan darah terbentuk disepanjang lapisan intimal vena besar disertai dengan inflamasi

dinding vena. Jika 50% pasien yang mengalami fraktur pinggul mengalami tromboemboli vena. Jika trombus tetap dalam vena, insufisiensi vena dapat terjadi dari jaringan parut dan kerusakan katup (Lemone, Priscilla, 2017).

5. Infeksi

Infeksi lebih cenderung terjadi pada fraktur terbuka daripada fraktur tertutup, tetapi semua komplikasi yang menurunkan suplai darah meningkatkan risiko infeksi. Infeksi dapat terjadi dari kontaminasi pada saat cedera dan selama pembedahan. Infeksi *Clostridium* serius dapat menyebabkan gangren gas hebat dan selulitis tetapi semua infeksi dapat menunda penyembuhan dan menyebabkan osteomielitis, infeksi dalam tulang yang dapat menyebabkan kematian jaringan dan nekrosis (Lemone, Priscilla, 2017).

6. Sindrom gips

Sindrom gips (sindrom arteri mesenterika superior) terjadi hanya pada gips spika badan. Duodenum tertekan diantara arteri mesenterika superior dibagian depan dan aorta serta badan vertebral dibagian belakang, menyebabkan penurunan aliran darah yang dapat menyebabkan pendarahan dan nekrosis dari usus. Sindrom gips dapat terjadi beberapa hari hingga minggu setelah imobilisasi terutama jika klien mengalami penurunan berat badan dari hilangnya lemak retroperitoneal (Black, Joyce M. & Hawks, 2014).

2.2.7.2 **Komplikasi jangka panjang Fraktur**

1. Kaku sendi atau artritis traumatik

Setelah cedera atau imobilisasi dalam jangka panjang, kekakuan sendi dapat terjadi dan dapat menyebabkan kontraktur sendi, pengerasan ligamen

atau atrofi otot. Latihan gerak sendi aktif harus dilakukan semampu klien dan melakukan latihan gerak sendi pasif dapat menurunkan risiko kekakuan sendi. Kejadian artritis traumatik memberikan semua gejala dari artritis idiopatik dipengaruhi oleh seberapa parah cedera awal dan kesuksesan reduksi tulang (Black, Joyce M. & Hawks, 2014).

2. Nekrosis avaskular

Nekrosis avaskular (AVN) dari kepala femur terjadi pada fraktur di proksimal dari leher femur. Hal ini terjadi karena gangguan sirkulasi lokal. Rontgen menunjukkan kolapsnya kepala femur dan klien merasakan nyeri selama berbulan – bulan hingga tahun setelah perbaikan fraktur. Untuk menghindari nekrosis avaskular adalah pembedahan sesegera mungkin untuk perbaikan tulang setelah terjadi fraktur (Black, Joyce M. & Hawks, 2014).

3. Malunion

Malunion terjadi saat fragmen fraktur sembuh dalam kondisi kelurusan tulang yang tidak tepat sebagai akibat dari tarikan otot yang tidak seimbang. Hal ini dapat terjadi jika klien menaruh beban pada tungkai yang sakit menyalahi instruksi dokter atau alat bantu jalan yang digunakan sebelum penyembuhan yang baik dimulai pada lokasi fraktur. Malunion yang terdiagnosis setelah penyembuhan usai harus dikoreksi dengan pembedahan (Black, Joyce M. & Hawks, 2014).

4. Penyatuan terhambat

Penyatuan terhambat terjadi ketika penyembuhan melambat tapi tidak benar – benar terhenti, karena adanya distraksi pada fragmen fraktur atau adanya penyebab sistemik seperti infeksi. Dugaan penyatuan terhambat jika

klien mengeluhkan nyeri tulang yang terus – menerus atau meningkat serta ketegangan melebihi masa penyembuhan yang telah diperkirakan sebelumnya berdasarkan derajat trauma (3 bulan hingga 1 tahun).

5. Non-union

Non-union adalah ketika penyembuhan fraktur tidak terjadi 4 hingga 6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan sepertinya tidak terjadi. Non-union dapat berasal dari traksi yang terlalu lama atau berlebihan, imobilisasi yang tidak cukup dan tidak baik yang menyebabkan lokasi fraktur dapat bergerak, fiksasi internal yang tidak cukup, atau infeksi luka setelah fiksasi eksternal. Pada radiografi, non-union dicirikan dengan celah yang relatif sempit diantara fragmen – fragmen fraktur. Terdapat jembatan jaringan lunak dari jaringan fibrokartilago dan fibrosa di antara gap (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

6. Sindrom nyeri regional kompleks (CRPS)

Sindrom nyeri regional kompleks atau dikenal sebagai distrofi refleksi simpatis adalah suatu sindrom disfungsi dan penggunaan yang salah yang disertai nyeri yang dicirikan oleh nyeri yang abnormal dan pembengkakan pada tungkai yang sakit. Hal ini biasanya didorong oleh trauma yang relatif kecil dan biasanya berkaitan dengan gangguan pada sistem saraf pusat atau perifer.

CRPS menyebabkan nyeri ekstermitas yang hebat, difus dan terbakar. Awalnya ekstermitas yang terkena tampak inflamasi dan edema kemudian dingin dan pucat. Kemudian otot, perubahan kulit dan kuku serta abnormalitas tulang dapat terjadi. Pada CRPS reseptor nyeri pada ekstermitas yang terkena menjadi sensitif terhadap katekolamin,

neurotransmitter terkait dengan aktifitas sistem saraf simpatetik (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

2.3 Kontusio

2.3.1 Definisi Kontusio

Kontusio adalah cedera pada jaringan lunak yang diakibatkan oleh kekerasan atau trauma tumpul yang langsung mengenai jaringan, seperti pukulan, tendangan atau jatuh. Kulit tetap utuh, tetapi pembuluh darah kecil mengalami ruptur dan darah ke dalam jaringan lunak. Kontusio dengan jumlah pendarahan yang banyak dikenal sebagai hematoma (Muttaqin, 2008; Lemone, Priscilla, 2017).



Gambar 2.6 Kontusio (Jeremy hassier, 2013)

2.3.2 Etiologi Kontusio

Kontusio sering kali terjadi akibat benturan benda keras yang mengenai tubuh, pukulan yang keras dan tendangan pada kaki atau terjatuh saat melakukan aktifitas (Lemone, Priscilla, 2017; Muttaqin, 2008).

2.3.3 Patofisiologi Kontusio

Kontusio merupakan perdarahan dalam jaringan lunak yang berasal dari kekuatan tumpul, seperti tendangan atau benturan bagian tubuh terhadap benda keras. Sehingga pembuluh darah kecil banyak yang terputus dan menimbulkan perdarahan ke jaringan lunak dengan manifestasi adanya

ekimosis dan memar tanpa ada kerusakan kulit. Darah dalam jaringan lunak awalnya menyebabkan warna ungu dan biru umum dikenal dengan memar. Warna biru atau ungu pada kontusio terjadi akibat konversi hemoglobin menjadi bilirubin. Karena darah mulai reabsorpsi, area yang terlibat menjadi coklat dan kemudian kuning hingga tidak tampak (Brunner, 2001; Muttaqin, 2008).

2.3.4 Manifestasi Klinis Kontusio

Manifestasi klinis kontusio antara lain : ekimosis, perubahan warna kulit. Darah dalam jaringan lunak awalnya menyebabkan warna ungu dan biru yang umum dikenal sebagai memar, nyeri, dan bengkak (Muttaqin, 2008; Lemone, Priscilla, 2017).

2.3.5 Penatalaksanaan Kontusio

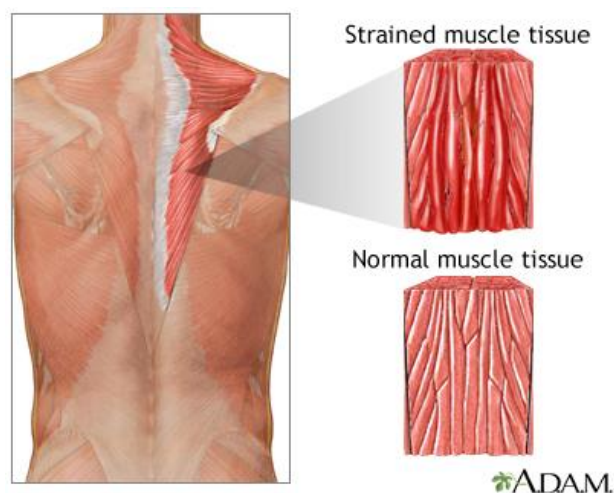
Penanganan kontusio dengan cara meninggikan bagian yang sakit, pemberian kompres dingin dan pemasangan balut. Istirahat akan mencegah cedera tambahan dan mempercepat penyembuhan. Peninggian akan mengontrol pembengkakan. Kompres dingin basah atau kering diberikan secara intermiten 20-30 menit selama 24-48 jam pertama setera cedera dapat menyebabkan vasokonstriksi, yang akan mengurangi perdarahan, edema dan ketidaknyamanan. Balut tekan elastis dapat mengontrol perdarahan, mengurangi edema, dan menyokong jaringan yang cedera. Status neurovaskuler ekstremitas yang cedera dipantau setiap 4 jam bila ada indikasi (Brunner, 2001; Lemone, Priscilla, 2017).

2.4 Strain

2.4.1 Definisi Strain

Strain adalah robekan mikroskopis tidak komplet dengan pendarahan ke dalam jaringan. Strain bisa disebut juga cedera peregangan pada otot atau perlekatan tendon akibat penggunaan dan peregangan yang berlebihan saat olahraga atau stress lokal yang berlebihan (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

Strain merupakan cedera yang disebabkan oleh puntiran atau tarikan pada otot atau tendon. Beratnya strain berkisar dari regangan berlebih yang minimal pada otot atau tendon hingga robekan parsial atau total (Kneale, Julia, 2011)



Gambar 2.7 Strain (Linda *et al*, 2017)

2.4.2 Etiologi Strain

Penyebab dari strain adalah ketika mengangkat benda berat tanpa menekuk lutut, akselerasi – deselerasi tiba – tiba terutama saat olahraga dan trauma langsung dan tidak langsung (misalnya: tabrakan atau terjatuh dari sepeda motor). olahraga kontak seperti sepak bola, hoki, tinju dapat menyebabkan seseorang berisiko mengalami strain pada berbagai area, strain

pada siku dapat terjadi dalam olahraga raket dan melempar (Lemone, Priscilla, 2017; Kneale, Julia, 2011).

2.4.3 Patofisiologi Strain

Strain adalah kerusakan pada jaringan otot karena trauma langsung (*impact*) atau tidak langsung (*overloading*). Cedera ini terjadi akibat otot tertarik pada arah yang salah, kontraksi otot yang berlebihan atau ketika terjadi kontraksi, otot belum siap, terjadi pada bagian *groin muscles* (otot pada kunci paha), hamstring (otot paha bagian bawah), dan otot guadriceps. Trauma ini juga langsung ke persendian tulang, yang menyebabkan persendian bergeser ke posisi persendian yang tidak dapat bergerak (Brunner, 2001; Lemone, Priscilla, 2017).

2.4.4 Manifestasi Klinis Strain

Manifestasi klinis dari strain adalah nyeri, gerakan terbatas, spasme otot, pembengkakan, kelemahan otot, ekimosis dan edema pada cedera berat (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

2.4.5 Klasifikasi Strain

Klasifikasi strain antara lain :

1. Derajat I (Ringan) yaitu adanya cedera akibat penggunaan yang berlebihan pada penguluran unit muskulotendinous yang ringan berupa stretching/kerobekan ringan pada otot/ligament.
2. Derajat II (Sedang) yaitu adanya cedera pada unit muskulotendinous akibat kontraksi/ pengukur yang berlebihan.
3. Derajat III (Berat) yaitu adanya tekanan/penguluran mendadak yang cukup berat. Berupa robekan penuh pada otot dan ligament yang menghasilkan ketidakstabilan sendi (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011).

2.4.6 Penatalaksanaan Strain

Penatalaksanaan dari strain antara lain :

1. Radiografi diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan fraktur.
2. Istirahat, es, kompresi dan elevasi (RICE) untuk 24 – 48 jam pertama.
3. Perbaikan bedah mungkin diperlukan jika robekan terjadi pada hubungan tendon – tulang.
4. Selama penyembuhan setelah strain (4 – 6 minggu) gerakan dari bagian yang cedera harus diminimalkan. Aktivitas tidak boleh hingga terasa nyeri atau bengkak. Setelah terbentuk jaringan parut yang matur, bagian yang cedera dapat dilatih secara gradual dan progresif. Tidak boleh melakukan aktivitas berlebih selama rehabilitas (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

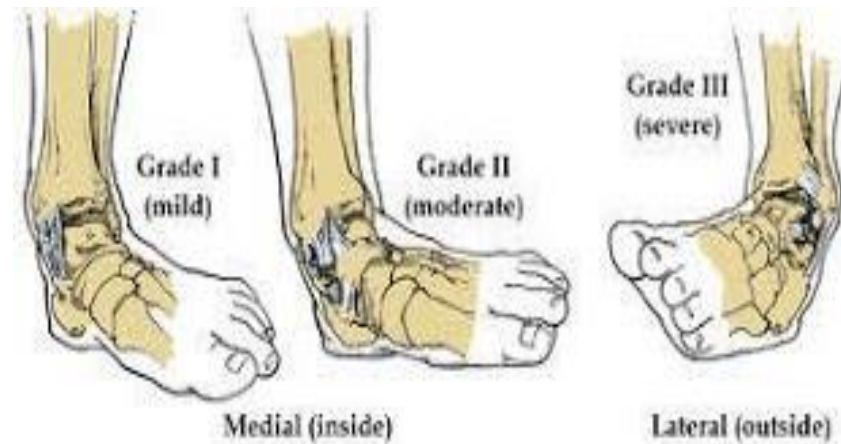
2.4.7 Komplikasi Strain

Komplikasi dari strain antara lain : strain yang berulang kembali, tendonitis dan perioritis (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011)

2.5 Sprain

2.5.1 Definisi Sprain

Sprain adalah peregangan atau robekan ligament, pita fibrosa dari jaringan ikat yang menggabungkan ujung satu tulang dengan ujung tulang lainnya. Sprain atau keseleo merupakan keadaan ruptura total atau parsial pada ligamen penyangga yang mengelilingi sebuah sendi. (Kowalak, 2011; Black, Joyce M. & Hawks, 2014)



Gambar 2.8 Sprain (Kowalak, 2011)

2.5.2 Etiologi Sprain

Kekuatan yang terjadi pada arah yang berlawanan menyebabkan ligament mengalami peregangan berlebih atau robekan ligament dapat robek parsial atau seluruhnya dan cedera saat berolahraga tanpa pemanasan terlebih dahulu.

Sprain dapat disebabkan oleh jatuh, terpuntir tiba – tiba atau benturan pada tubuh yang memaksa sendi keluar dari posisi normal. Kondisi ini mengakibatkan regangan berlebih. Biasanya, sprain terjadi ketika seseorang terjatuh dan terempas dengan lengan teregang keluar, tergelincir, jatuh mengenai sisi kaki, atau lutut terpuntir dengan kaki mendarat keras pada tanah (Kneale, Julia, 2011; Lemone, Priscilla, 2017).

2.5.3 Patofisiologi Sprain

Kekoyakan (*avulsion*) seluruh atau sebagian dari dan sekeliling sendi, yang disebabkan oleh daya yang tidak semestinya, pemelintiran atau mendorong/mendesak pada saat berolah raga atau aktivitas kerja. Kebanyakan keseleo terjadi pada pergelangan tangan dan kaki, jari-jari tangan dan kaki. Pada trauma olah raga (sepak bola) sering terjadi robekan ligament pada sendi lutut. Sendi-sendi lain juga dapat terkilir jika diterapkan

daya tekanan atau tarikan yang tidak semestinya tanpa diselingi peredaan (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011).

2.5.4 Klasifikasi Sprain

Klasifikasi sprain antara lain :

1. Derajat I (ringan): peregangan berlebihan atau robekan minimal pada ligamen dengan tanpa menghilangkan dan menurunkan fungsi sendi tersebut.
2. Derajat II (sedang): kerusakan ligamen yang cukup lebih besar atau robekan parsial ligamen tetapi tidak sampai terjadi putus total. Tetapi terjadi rupture pada ligament sehingga menimbulkan penurunan fungsi sendi.
3. Derajat III (berat): robekan utuh atau terjadi rupture komplit dari ligament sehingga terjadi pemisahan komplit ligament dari tulang (Brunner, 2001; Lemone, Priscilla, 2017).

2.5.5 Manifestasi Klinis Sprain

Manifestasi klinis sprain berdasarkan klasifikasinya adalah :

1. Derajat I (ringan) : nyeri ringan, pembengkakan, nyeri tekan, tidak ada atau ada sedikit memar, tidak ada atau minimal untuk kehilangan fungsi sendi atau kemampuan untuk mengangkat beban..
2. Derajat II (sedang) : nyeri sedang, memar, bengkak, instabilitas sendi ringan hingga sedang, disabilitas fungsional, sulit mengangkat beban
3. Derajat III (berat) : nyeri hebat, pembengkakan, memar, kehilangan fungsi dan instabilitas sendi yang signifikan, ketidakmampuan untuk mengangkat beban (Kneale, Julia, 2011; Lemone, Priscilla, 2017).

2.5.6 Penatalaksanaan Sprain

Penatalaksanaan sprain antara lain :

1. Radiografi penting untuk menyingkirkan fraktur.
2. Istirahat, es, kompresi dan elevasi (RICE) dengan batasan penahan – beban jika klien dapat meletakkan sedikit beban pada tungkai yang cedera.
3. Latihan berfokus pada pengembalian kekuatan, gerakan engkel dan proprioepsi. Fase ketiga rehabilitasi melibatkan latihan keras dengan aktivitas spesifik sebelum klien diperbolehkan kembali berolahraga sepenuhnya.
4. Pemberian obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID) digunakan untuk meredakan nyeri, pembengkakan dan inflamasi akibat cedera.
5. Jika diperbolehkan bedah diperlukan untuk rupture ligament komplet, imobilisasi *bracea* atau gips diperlukan selama 4 – 6 minggu setelah cedera. Setelah imobiliser konvensional dilepas, pergelangan kaki yang cedera dapat diletakkan pada *aircast* untuk memungkinkan dorsifleksi dan plantarfleksi dari kaki sambil tetap mempertahankan gerakan lateral dari engkel (Black, Joyce M. & Hawks, 2014; Lemone, Priscilla, 2017).

2.6 Dislokasi Sendi

2.6.1 Definisi Dislokasi Sendi

Dislokasi sendi adalah cedera yang menyebabkan ujung tulang mengalami perubahan posisi dari posisi normal dan artikulasi sendi hilang. Dislokasi biasanya mengikuti trauma seperti terjatuh atau pukulan. Meskipun dislokasi dapat terjadi pada semua sendi, mereka terjadi paling sering di bahu dan sendi akromioklavikular (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011).

2.6.2 Etiologi Dislokasi Sendi

Penyebab dislokasi sendi yang paling sering dialami adalah terjatuh. Cedera olah raga biasanya menyebabkan dislokasi adalah sepak bola dan hoki serta olahraga yang beresiko jatuh, misalnya: terperosok akibat bermain ski, senam, volley, basket, dan pemain sepak bola paling sering mengalami dislokasi pada tangan dan jari-jari karena secara tidak sengaja menangkap bola dari pemain lain. Trauma yang tidak berhubungan dengan olah raga benturan keras pada sendi saat kecelakaan motor biasanya menyebabkan dislokasi, terjatuh dari tangga atau terjatuh saat berdansa diatas lantai yang licin. Terjadinya 'tear' ligament dan kapsul articular yang merupakan komponen vital penghubung tulang (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011).

2.6.3 Patofisiologi Dislokasi Sendi

Cedera pada dislokasi sendi berbagai macam, seperti cedera saat trauma, terjatuh dan cedera akibat olahraga dikarenakan beberapa hal seperti tidak melakukan exercise sebelum olahraga memungkinkan terjadinya dislokasi, dimana cedera olahraga menyebabkan terlepasnya kompresi jaringan tulang dari kesatuan sendi sehingga dapat merusak struktur sendi dan ligamen. Keadaan selanjutnya terjadinya kompresi jaringan tulang yang terdorong ke depan sehingga merobek kapsul/menyebabkan tepi glenoid teravulsi akibatnya tulang berpindah dari posisi normal. Keadaan tersebut dikatakan sebagai dislokasi.

Trauma kecelakaan karena kurang kehati-hatian dalam melakukan suatu tindakan atau saat berkendara tidak menggunakan helm dan sabuk pengaman memungkinkan terjadi dislokasi. Trauma kecelakaan dapat

kompresi jaringan tulang dari kesatuan sendi sehingga dapat merusak struktur sendi dan ligamen. Keadaan selanjutnya terjadinya kompres jaringan tulang yang terdorong ke depan sehingga merobek kapsul/menyebabkan tepi glenoid teravulsi akibatnya tulang berpindah dari posisi normal yang menyebabkan dislokasi (Brunner, 2001; Sjamsuhidajat,2011).

2.6.4 Manifestasi Klinis Dislokasi Sendi

Manifestasi klinis dislokasi sendi adalah nyeri akut yaitu nyeri yang sering terdapat pada dislokasi sendi bahu, sendi siku, metakarpal phalangeal dan sendi pangkal paha servikal, kemudian terjadi perubahan kontur sendi, perubahan panjang ekstremitas, mengalami deformitas pada persendiaan, perubahan sumbu tulang yang mengalami dislokasi, dan kehilangan mobilitas normal, serta terjadi gangguan gerakan otot-otot tidak dapat bekerja dengan baik pada tulang tersebut. Pembengkakan dan kekakuan juga menjadi manifestasi klinis dari dislokasi sendi (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011).

2.6.5 Klasifikasi Dislokasi Sendi

2.6.5.1 Klasifikasi dislokasi sendi berdasarkan penyebab

Klasifikasi dislokasi sendi berdasarkan penyebabnya adalah :

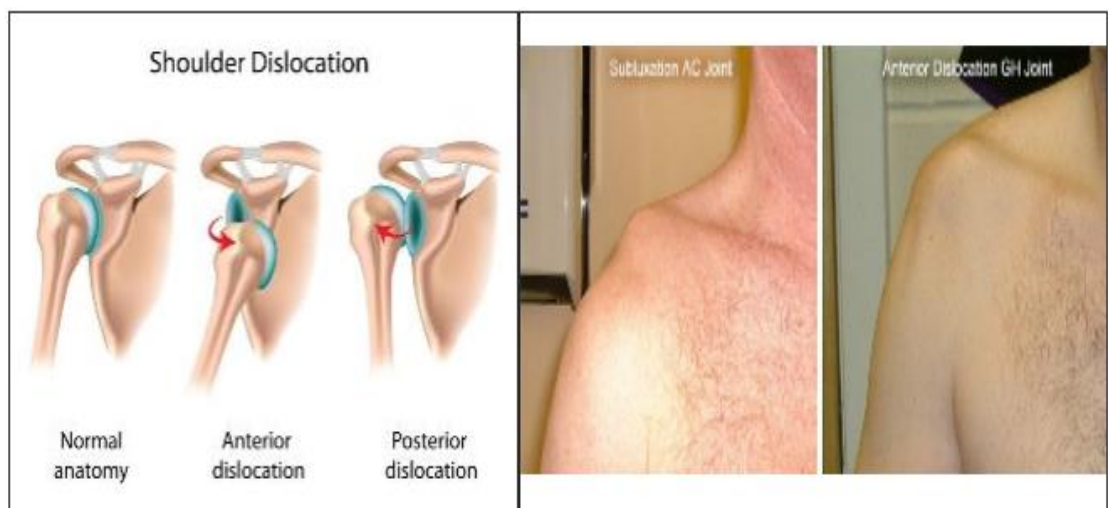
1. Dislokasi Kongenital : terjadi sejak lahir akibat kesalahan pertumbuhan, paling sering terlihat pada pinggul.
2. Dislokasi Spontan atau Patologik : akibat penyakit sendi dan atau jaringan sekitar sendi. misalnya tumor, infeksi, atau osteoporosis tulang. Ini disebabkan oleh kekuatan tulang yang berkurang.

3. Dislokasi traumatik : kedaruratan ortopedi (pasokan darah, susunan saraf rusak dan mengalami stress berat, kematian jaringan akibat anoksia) akibat oedema (karena mengalami pengerasan). Terjadi karena trauma yang kuat sehingga dapat mengeluarkan tulang dari jaringan disekelilingnya dan mungkin juga merusak struktur sendi, ligamen, syaraf, dan system vaskular. Kebanyakan terjadi pada orang dewasa (Brunner, 2001).

2.6.5.2 Klasifikasi dislokasi sendi berdasarkan tempat terjadi

Klasifikasi dislokasi sendi berdasarkan tempat terjadinya adalah :

1. Dislokasi sendi rahang : dislokasi sendi rahang dapat terjadi karena menguap atau terlalu lebar serta terkena pukulan keras ketika rahang sedang terbuka, akibatnya penderita tidak dapat menutup mulutnya.
2. Dislokasi sendi bahu : pergeseran kaput humerus dari sendi gloenohumeral berada di anterior dan medial glenoid (dislokasi anterior), di posterior (dislokasi posterior), dan dibawah glenoid (dislokasi inferior).



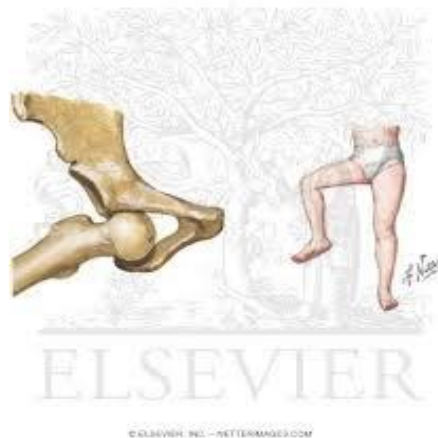
Gambar 2.9 Dislokasi sendi bahu (<http://www.flexfreeclinic.com/detail-artikelx/145-Cedera-Olahraga>)

3. Dislokasi sendi siku : cedera biasanya akibat terjatuh pada tangan yang dapat menimbulkan dislokasi sendi siku ke arah posterior dengan siku jelas berubah bentuk dengan kerusakan sambungan tonjolan – tonjolan tulang siku.



Gambar 2.10 Dislokasi sendi siku (MMG, 2008)

4. Diskulokasi sendi jari : sendi jari mudah mengalami dislokasi dan bila tidak ditolong dengan segera sendi tersebut akan menjadi kaku kelak. sendi jari dapat mengalami dislokasi ke arah telapak tangan atau punggung tangan.
5. Dislokasi sendi metacarpophalangeal dan interphalangeal : dislokasi sendi ini disebabkan oleh hiperekstensi – ekstensi persendian.



Gambar 2.11 Dislokasi sendi panggul

6. Dislokasi sendi panggul : bergesernya caput femur dari sendi panggul, berada di posterior dan atas acetabulum (dislokasi posterior), di anterior acetabulum (dislokasi anterior), dan caput femur menembus acetabulum (dislokasi sentra).
7. Dislokasi sendi lutut : dislokasi ini terjadi apabila penderita mendapat trauma dari depan dengan lutut dalam keadaan fleksi. Dislokasi ini bersifat anterior, posterior, lateral, medial atau rotasi. Trauma juga dapat menyebabkan dislokasi yang terjadi disertai dengan kerusakan nervus peroneus dan arteri poplitea (Brunner, 2001).



Gambar 2.12 Dislokasi sendi lutut (<http://www.flexfreeclinic.com/detail-artikelx/145-Cedera-Olahraga>)

2.6.6 Penatalaksanaan Dislokasi Sendi

Penatalaksanaan dislokasi sendi adalah :

1. Melakukan reposisi segera.
2. Memanipulasi secara hati – hati permukaan sendi yang diluruskan kembali.

Tindakan ini sering dilakukan anastesi umum untuk melemaskan otot – ototnya.

3. Dislokasi sendi :
 1. Dislokasi sendi kecil dapat direposisi ditempat kejadian tanpa anastesi, misalnya dislokasi jari (pada fase shock), dislokasi siku, dislokasi bahu.
 2. Dislokasi sendi besar, misalnya panggul memerlukan anastesi umum.
 3. Fisioterapi harus segera mulai untuk mempertahankan fungsi otot dan latihan yang aktif dapat diawali secara dini untuk mendorong gerakan sendi yang penuh, khususnya pada sendi bahu.
 4. Tindakan pembedahan harus dilakukan bila terdapat tanda - tanda gangguan neuromuskular yang berat atau jika tetap ada gangguan vaskuler setelah reposisi tertutup berhasil dilakukan secara lembut. Pembedahan terbuka mungkin diperlukan, khususnya kalau jaringan lunak terjepit diantara permukaan sendi.
 5. Persendian tersebut disangga dengan pemasangan gips. Misalnya pada sendi pangkal paha untuk memberikan kesembuhan pada ligamentum yang teregang.
 6. Dislokasi reduksi yaitu dikembalikan ke tempat semula dengan menggunakan anastesi jika dislokasi berat.
 7. Kaput tulang yang mengalami dislokasi dimanipulasi atau dikembalikan ke rongga sendi.
 8. Sendi kemudian dimobilisasi dengan bidai, gips, atau traksi dan dijaga agar tetap dalam posisi stabil, setelah reduksi dilakukan mobilisasi halus 3- 4 kali sehari yang berguna untuk mengembalikan kisaran sendi (Brunner, 2001).

2.6.7 Komplikasi Dislokasi Sendi

Komplikasi ini yaitu fraktur dislokasi, cedera pembuluh darah seperti arteri aksilla dapat rusak. Cedera saraf antara lain saraf aksila dapat cedera, pasien tidak dapat mengkerutkan otot deltoid dan mungkin terdapat daerah kecil yang mati rasa pada otot tersebut. (Brunner, 2001; Kneale, Julia, 2011).

2.7 Pengobatan Tradisional

2.7.1 Definisi Pengobatan Tradisional

Berdasarkan hasil keputusan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 tentang penyelenggaraan pengobatan tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara obat dan pengobatannya yang mengacu kepada pengalaman keterampilan turun menurun dan atau pendidikan atau pelatihan dan dapat diterapkan sesuai norma yang berlaku dalam masyarakat. Orang yang melakukan pengobatan tradisional (alternatif) adalah pengobat tradisional (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2003; Sumartiningsih, 2012).

Ilmu dan cara pengobatan tradisional dukun patah tulang diperoleh dari ilmu yang diwariskan secara informal dalam ikatan keluarga, kerabat dekat lazimnya diterima dan dipercaya begitu saja tanpa dikritis (Hanafiah M. Yusuf & Amri, 2008).

2.7.2 Pengertian Sangkal Putung

Pengobatan patah tulang adalah seseorang yang memberi pelayanan pengobatan patah tulang dengan cara tradisional. Pengobatan ini disebut juga dukun potong (Madura), sangkal putung (Jawa), dan sandro pauru (Sulawesi Selatan) (Noorkasiani, 2009).

Sangkal putung adalah istilah pengobatan alternatif penyambungan tulang yang patah akibat kecelakaan atau jatuh dengan metode tradisional tanpa mengalami pembedahan. Orang yang mengobati di sangkal putung ini adalah seorang ahli tulang dengan keahlian khusus berupa mantra – mantra, metode pengobatan secara khusus dan ramuan tradisional / khusus.

Seorang ahli tulang di sangkal putung melakukan reposisi dengan sederhana terhadap pasien yang mengalami cedera. Ahli tulang tersebut melakukannya dengan melihat penampakan luar bagian kemudian melakukan reposisi dengan penarikan dan pemutara, sampai kira – kira diperoleh posisi yang pas. Keberhasilan dari tindakan tergantung dari jenis cedera yang dialami. Jika cedera yang dialami sederhana, kemungkinan berhasil lebih tinggi, namun jika cedera serius maka sering kali tidak memberikan hasil yang memuaskan atau biasanya pasien di suruh untuk kembali lagi ke sangkal putung tersebut (Shobdie, 2015).

2.7.3 Faktor yang mempengaruhi masyarakat memilih pengobatan tradisional Sangkal Putung

Menurut Foster dan Anderson (Agusmarni, 2012) faktor yang mempengaruhi masyarakat memilih pengobatan alternatif atau tradisional :

1. Faktor sosial

Faktor sosial didasari terjadinya sugesti yaitu pemberian suatu pandangan atau pengaruh oleh seseorang kepada orang lain dengan cara tertentu sehingga orang tersebut mengikuti pengaruh itu tanpa berfikir panjang.

2. Faktor ekonomi

Faktor ekonom mempunyai peranan besar dalam penerimaan atau penolakan pengobatan. Dalam faktor ekonomi ini diperkuat dengan persepsi masyarakat bahwa pengobatan tradisonal membutuhkan sedikit tenaga, biaya dan waktu serta biaya yang dikeluarkan tidak lebih besar.

3. Faktor budaya

Nilai – nilai budaya yang dominan pada individu sangat mempengaruhi pembentukan kepribadian individu. Dalam hal ini nilai budaya dipengaruhi suku bangsa yang di anut pasien, jika aspek suku bangsa sangat mendominasi, maka pertimbangan untuk menerima atau menolak didasari pada kecocokan suku bangsa yang di anut. Semua kebudayaan mempunyai cara – cara pengobatan, beberapa melibatkan metode ilmiah atau melibatkan kekuatan supranatural dan supernatural.

4. Faktor psikologis

Saat sakit pasien dalam kondisi tidak menyenangkan, karena itulah berbagai cara akan dijalani dalam rangka mencari kesembuhan maupun meringankan beban sakitnya, termasuk datang ke pelayanan pengobatan tradisional.

5. Faktor kejenuhan terhadap pelayanan medis

Proses pengobatan yang terlalu lama menyebabkan pasien merasa bosan dan berusaha mencari alternatif pengobatan lainnya untuk mempercepat proses penyembuhannya.

6. Faktor manfaat dan keberhasilan

Keefektifan dari pengobatan alternatif yang menjadi alasan sangat berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional (Agustiani R, 2010)

7. Faktor Pengetahuan

Pengetahuan manusia sebagian besar diperoleh melalui mata, telinga, atau pikiran yang merupakan hal yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Agusmarni, 2012).

2.8 Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)

2.8.1 Definisi Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)

Pengambilan keputusan menurut (Terry, 2010) adalah pemilihan alternatif perilaku (kelakuan) dari dua atau lebih alternatif yang ada. Menurut (Desmita, 2010) pengambilan keputusan merupakan salah satu bentuk perbuatan disebut dengan keputusan. Pengambilan keputusan dalam psikologi kognitif difokuskan kepada bagaimana seseorang mengambil keputusan. berpikir dan hasil suatu perbuatan disebut dengan keputusan.

Pengambilan keputusan adalah suatu produk dari pemikiran kritis yang bertujuan untuk memecahkan masalah sebagai contoh : saat seseorang memilih penyedia layanan kesehatan. Untuk membuat keputusan, dia harus mengenali dan mendefinisikan adanya masalah atau situasi, menganalisis seluruh pilihan yang ada (mempertimbangkan pusat pelayanan kesehatan yang telah direkomendasikan atau yang terdekat dari rumah). Orang tersebut harus mencocokkan tiap pilihan dengan kriteria yang dipunyai (pengalaman, keramahan dan reputasi) mencoba pilihan yang mungkin diambil (bicara langsung dengan beberapa tenaga kesehatan), mempertimbangkan konsekuensi dari keputusan yang diambil dan membuat keputusan akhir (Potter dan Perry, 2009)

Pengambilan keputusan atau *decision making* ialah proses memilih atau menentukan berbagai kemungkinan – kemungkinan diantara situasi – situasi

yang tidak pasti. Pembuatan keputusan terjadi didalam situasi yang meminta seseorang harus a). Membuat prediksi kedepan, b) memilih salah satu diantara dua pilihan atau lebih atau membuat estimas (prakiraan) mengenai frekuensi kejadian berdasarkan bukti – bukti yang terbatas (Syamsi, 2000).

Fungsi pengambilan keputusan individual atau kelompok baik secara institusional ataupun organisasional, sifatnya futuristik. Sedangkan tujuan pengambilan keputusan bersifat tunggal yaitu hanya satu masalah dan tidak berkaitan dengan masalah lain. Tujuan yang bersifat ganda yaitu masalah saling berkaitan, dapat bersifat kontradiktif ataupun tidak kontradiktif (Syamsi, 2000).

2.8.2 Dasar – Dasar Pengambilan Keputusan

(Terry, 2010) menjelaskan dasar – dasar dari pengambilan keputusan yang berlaku, antara lain :

1. Intuisi

Keputusan yang diambil berdasarkan intuisi dan perasaan lebih bersifat subjektif yaitu mudah terkena sugesti, pengaruh luar dan faktor kejiwaan lain. Pengambilan keputusan yang berdasarkan intuisi membutuhkan waktu yang singkat. Akan tetapi pengambilan ini sulit diukur kebenarannya karena kesulitan mencari pembandingnya dengan kata lain hal ini diakibatkan pengambilan keputusan intuisi hanya diambil oleh satu pihak saja sehingga hal – hal yang lain sering diabaikan.

2. Pengalaman

Pengalaman memang dapat dijadikan pedoman dalam menyelesaikan masalah. Keputusan yang berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis. Pengalaman dan kemampuan untuk memperkirakan

apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah.

3. Fakta

Keputusan yang berdasarkan sejumlah fakta, data, atau informasi yang cukup itu memang merupakan keputusan yang baik dan solid, namun untuk mendapatkan informasi yang cukup itu sangat sulit

4. Wewenang

Keputusan yang berdasarkan pada wewenang semata maka akan menimbulkan sifat rutin dan mengasosiasikan dengan praktik diktatorial. Keputusan berdasarkan wewenang kadangkala oleh pembuat keputusan sering melewati permasalahan yang seharusnya dipecahkan justru menjadi kabur atau kurang jelas.

5. Rasional

Keputusan yang bersifat rasional berkaitan dengan daya guna. Masalah – masalah yang dihadapi merupakan masalah yang memerlukan pemecahan rasional. Keputusan yang dibuat berdasarkan pertimbangan rasional lebih bersifat objektif. Dalam masyarakat, keputusan yang rasional dapat diukur apabila kepuasan optimal masyarakat dapat terlaksana dalam batas – batas nilai masyarakat yang diakui saat itu (Syamsi, 2000).

2.8.3 Komponen Pengambilan Keputusan

Menurut Sarwono (2004) bahwa keputusan untuk mencari alternatif pelayanan kesehatan ada 3 komponen :

1. Komponen *predisposisi* yang terdiri dari demografi (usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga), struktur sosial (jenis

pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras dan suku), dan budaya serta kepercayaan kesehatan.

2. Komponen *enabling* (pendukung) yaitu sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan) dan sumber daya masyarakat (jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, lokasi sarana kesehatan)
3. Komponen *need*, komponen ini diukur dengan laporan tentang berbagai gejala penyakit dan jenis penyakit serta fungsi – fungsi tubuh yang terganggu.

2.8.4 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

Faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan adalah :

- a. Kualitas pelayanan

Menurut (Pohan, 2006) layanan kesehatan yang berkualitas adalah suatu layanan kesehatan yang dibutuhkan dan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan sekaligus diinginkan baik oleh pasien ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat.

Brown mengemukakan bahwa terdapat sepuluh dimensi mutu pelayanan kesehatan meliputi antara lain : kompetensi teknis, keterjangkauan, efektifitas, efisiensi, kesinambungan, keamanan, kenyamanan, informasi, ketepatan waktu dan hubungan antar manusia (Mamik, 2010)

Menurut Zeithml dkk dalam (Bustami, 2011) menyatakan bahwa ada lima dimensi kualitas pelayanan yang perlu diperhatikan yaitu :

1. *Reliability* (keandalan)

2. *Responsiveness* (daya tanggap)

3. *Assurance* (jaminan)

4. *Tangibles* (penampilan fisik)

b. Fasilitas

Menurut (Mamik, 2010) menyatakan fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat memudahkan dan melancarkan pelaksanaan suatu usaha. Pendapat (Mamik, 2010) tersebut dikaitkan dengan fasilitas di pelayanan kesehatan adalah kelengkapan yang dimiliki untuk menunjang kelancaran pengobatan dan perawatan bagi pasien.

c. Biaya pengobatan

Menurut (Kozier, 2010) membayar biaya layanan perawatan kesehatan menjadi masalah besar. Sistem pemberian pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh keadaan ekonomi total negara. Alasan peningkatan biaya disebabkan antara lain : perlengkapan dan fasilitas yang semakin modern, inflasi meningkatkan semua biaya, jumlah orang yang tidak mempunyai asuransi meningkat, biaya resep obat terus merangkak naik.

d. Faktor perbedaan individu antara lain :

1. Status sosial

Menurut Kotler (2000) status sosial merupakan kelompok yang relatif homogen dan tetap dalam suatu masyarakat yang tersusun secara hierarkis dan anggotanya memiliki nilai, minat dan perilaku yang mirip. Status sosial akan menunjukkan bagaimana seseorang tersebut berperilaku dalam kehidupan sosialnya.

2. Kebiasaan

Kebiasaan adalah respon yang sama cenderung berulang – ulang untuk stimulus yang sama. Kebiasaan merupakan perilaku yang telah menetap dalam keseharian baik pada diri sendiri maupun lingkungan sosialnya (Alwisol, 2009)

3. Simbol pergaulan

Simbol pergaulan adalah segala sesuatu yang memiliki arti penting dalam lingkungan pergaulan sosial. Sehingga apabila seseorang ingin menjadi salah satu kelompoknya, mau tidak mau harus mengikuti kebiasaan dalam kelompok tersebut.

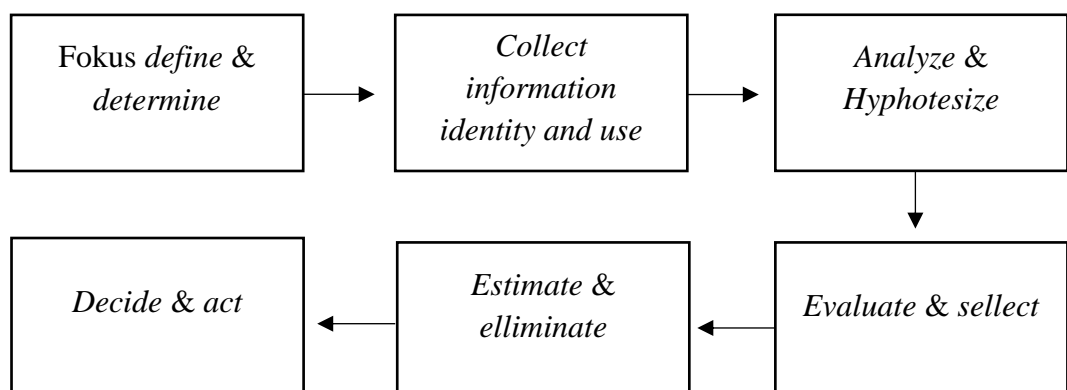
4. Tuntutan

Adanya pengaruh dominan dalam keluarganya, baik itu lingkungan keluarga, pergaulan maupun lingkungan sosialnya, maka dengan kesadaran diri ataupun dengan terpaksa seseorang akan melakukan perilaku berisiko (Alwisol, 2009)

2.8.5 Proses Pengambilan Keputusan

Greenburg & Baron (Fahmi, 2014) mengemukakan bahwa proses pengambilan keputusan melibatkan serangkaian tahapan yang harus dilalui.

Tahapan tersebut dapat dijelaskan dalam suatu skema yaitu :



Gambar 2.13 Proses pengambilan keputusan

Dari skema diatas dapat dijelaskan bahwa proses pengambilan keputusan melalui beberapa tahapan antara lain adalah :

1. Mengidentifikasi keputusan yang akan dibuat dan menentukan alasan dari pengambilan keputusan. Dalam hal ini pengambilan keputusan mencoba menentukan keputusan apa yang akan dipertimbangkannya. Selain itu, dilakukan upaya identifikasi dan mencari alasan yang melatarbelakangi pengambilan keputusan tersebut.
2. Mengumpulkan informasi dan mengidentifikasi alternatif yang tersedia. Informasi yang dikumpulkan sebanyak mungkin dari berbagai sumber yang terpercaya untuk dijadikan bahan untuk mengidentifikasi alternatif pilihan yang mungkin ada.
3. Menganalisa berbagai informasi dan hipotesa mengenai konsekuensi – konsekuensi positif dan negatif dari pilihan alternatif. Informasi yang telah diperoleh kemudian dianalisa dan ditentukan hipotesa mengenai berbagai kemungkinan konsekuensi yang akan muncul dari pilihan yang akan dibuat.
4. Mengevaluasi kecenderungan dari berbagai pilihan dan menyeleksi pilihan dalam melakukan evaluasi ini dipertimbangkan beberapa aspek yakni fisik, sosial, intelektual dan emosional dan alternatif pilihan. Selain itu diperoleh kecenderungan kuat pada beberapa pilihan yang kemungkinan besar akan dipilih.
5. Menyisihkan beberapa pilihan dan memperkirakan pilihannya. Pengambilan keputusan mempertimbangkan berbagai hal antara lain kemampuan diri, motivasi, daya kendali dan lain – lain. Sehingga kemudian memiliki kecenderungan untuk menetapkan suatu pilihannya.

6. Menentukan pilihan.

Dalam menentukan pilihan didasari oleh kemampuan bertanggung jawab, merasa nyaman dengan pilihannya yang dibuat dan lain – lain (Fahmi, 2014)

2.9 Teori Health Belief Model

2.9.1 Definisi Teori Health Belief Model

Teori Health Belief Model (HBM) adalah teori yang dikemukakan oleh Becker (1974), merupakan pengembangan dari teori lapangan Lewin (1954). Teori ini muncul didasarkan adanya masalah kesehatan yang ditandai oleh kegagalan masyarakat menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh layanan kesehatan. Teori Health Belief Model (HBM) merupakan salah satu teori kognitif untuk meramalkan perilaku peningkatan kesehatan (Widyantini, 2014).

Sejak awal 1950an, Model Kepercayaan Kesehatan (HBM) telah menjadi salah satu yang paling banyak digunakan kerangka kerja konseptual dalam penelitian perilaku kesehatan, baik untuk menjelaskan perubahan dan pemeliharaan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan sebagai bentuk orientasi perilaku kesehatan intervensi. Selama dua dekade terakhir, HBM telah diperluas, dibandingkan dengan kerangka kerja lainnya, dan digunakan untuk mendukung intervensi untuk mengubah perilaku kesehatan (Glanz.et al, 2008).

2.9.2 Komponen Health Belief Model

Konsep utama dalam HBM Rosenstock (1974) antara lain (Glanz.et al, 2008).

1. Persepsi terhadap kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Perceived Susceptibility adalah kerentanan yang dirasakan terhadap risiko yang akan muncul. Kerentanan yang diyakini oleh individu dan dia percaya bahwa dirinya termasuk individu beresiko terhadap suatu penyakit serta kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit (Glanz.et al, 2008).

2. Keseriusan atau keparahan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*)

Perceived Seriousness merupakan perasaan individu tentang keseriusan untuk tertular suatu penyakit, tentang pengobatannya, dampak kelanjutan dari penyakit tersebut serta dampak sosial yang dirasakan baik terhadap keluarga, teman dan masyarakat setempat (Glanz.et al, 2008).

3. Manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefits*)

Individu akan merasakan apakah tindakan atau perilaku yang dilakukan ada manfaat baginya, dengan kata lain individu akan mempertimbangkan segala hal yang berkaitan dengan segala perilaku yang dilakukan (Glanz.et al, 2008).

4. Hambatan yang dirasakan (*Perceived Barriers*)

Perceived Barriers merupakan segala sesuatu yang memperlambat individu dalam perubahan perilaku tertentu. Hal ini dapat dilihat dari segi biaya yang mahal, manfaat, pelayanan kesehatan yang tidak

memuaskan dan tidak menyenangkan serta dukungan keluarga dan lainnya (Glanz.et al, 2008).

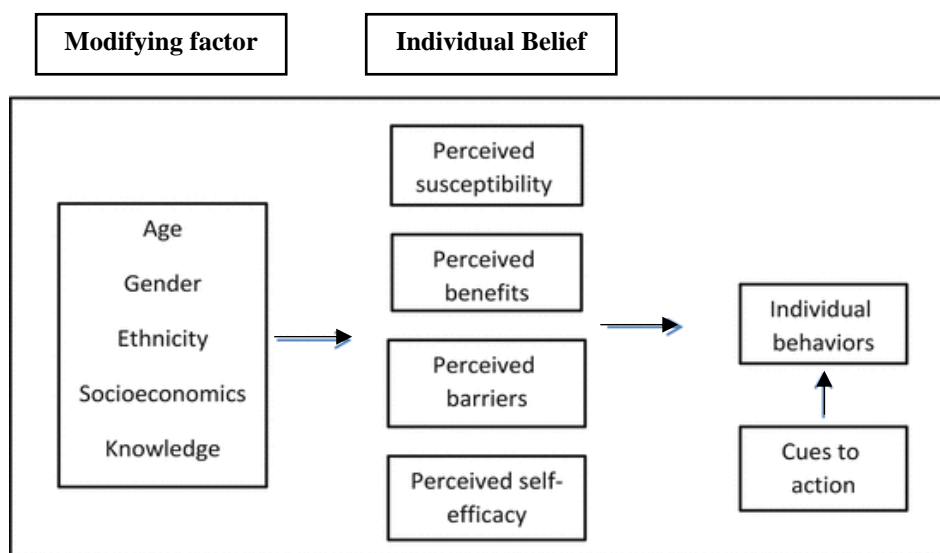
5. Isyarat pada tindakan (*cues to action*)

Cues to action adalah isyarat atau petunjuk yang diperlukan untuk berperilaku dalam tindakan pencegahan penyakit seperti pendidikan kesehatan yang diperoleh, pengalaman tentang penyakit tertentu yang terjadi pada individu yang berada di lingkungan sekitarnya, komunikasi serta media informasi (Glanz.et al, 2008).

6. Keyakinan diri (*self-efficacy*)

Individu mempunyai pendirian bahwa dia akan berhasil melakukan perilaku tertentu untuk mendapatkan hasil tertentu pula atau dengan kata lain bahwa individu berperilaku pasti akan mengakibatkan hasil tertentu pula (Glanz.et al, 2008).

Dibawah ini merupakan kerangka teori Health Belief Model



Gambar 2.14 Kerangka Konsep Health Belief Model, Field, Lewin 1954 dalam Glandz et al (2008)

2.10 Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
1.	Faktor – Faktor Yang Melatarbelakangi Pasien Patah Tulang Berobat Ke Pengobatan Tradisional Ahli Tulang Di Sumedang. (Susi Hanifah Kurnia, dkk, 2010)	<p>a. D : Deskriptif kualitatif.</p> <p>b. S : Pasien patah tulang yang berobat di pengobatan tradisional ahli tulang di Sumedang dilakukan dengan teknik <i>Accidental Sampling</i></p> <p>c. V : Faktor – faktor yang melatarbelakangi pasien patah tulang berobat ke pengobatan tradisional</p> <p>d. I : Kuisioner dengan kriteria indikator yang diambil berdasarkan teori <i>Health Belief Model</i></p> <p>e. A : Teknik analisis data dengan penulis menghitung persentase tiap kategori dari semua responden. Hasil presentase kemudian diinterpretasikan ke dalam kata – kata atau kalimat</p>	<p>Hasil penelitian didapatkan tiga faktor yang paling berpengaruh untuk responden dalam menentukan keputusannya untuk memilih tempat pelayanan kesehatan seperti apa yang akan digunakan, yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. faktor motivasi untuk menyembuhkan sakitnya (64,7%) 2. faktor kepercayaan akan mendapatkan manfaat dan rintangan (61,76%) 3. faktor pelayanan kesehatan dan kepercayaan terhadap penyedia layanan (71,88%)
2.	Studi Kualitatif Pengambilan Keputusan Pada Klien Fraktur Dalam Memilih Pengobatan Tradisional Patah Tulang Di Kabupaten Pekalongan. Kintoko (Yudha <i>et al.</i> , 2015)	<p>a. D : Kualitatif dengan pendekatan fenomenologis.</p> <p>b. S : Pasien yang mengalami fraktur dan melakukan pengobatan di balai pengobatan tradisional patah tulang</p> <p>c. V : Pengambilan keputusan pada klien fraktur dalam memilih pengobatan tradisional patah tulang</p> <p>d. I : Metode wawancara semistruktur dengan observasi terstruktur.</p> <p>e. A : Teknik analisa data yang digunakan yaitu dengan model</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa alasan klien fraktur dalam memilih pelayanan kesehatan tradisional patah tulang adalah : biaya terjangkau, hasil memuaskan, takut pembedahan atau operasi, lebih cepat dalam proses penyembuhan. Serta faktor pendukung pada klien fraktur dalam menentukan pilihan ke pelayanan kesehatan tradisional patah</p>

No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
		<p>analisa Miles dan Huberman. Teknik analisis data ini melalui tiga langkah adalah reduksi data (<i>data reduction</i>) penyajian data (<i>data display</i>), penarikan kesimpulan (<i>conclusion drawing/ verification</i>)</p>	<p>tulang adalah : keinginan sendiri, disarankan oleh keluarga, disarankan oleh orang lain</p>
3.	<p>Latar Belakang Masyarakat Dalam Memilih Jasa Pengobatan Tradisional Patah Tulang Sangkal Putung Di Dusun Petinggen, Desa Kalirandu, Kecamatan Petarukan, Kabupaten Pemalang, Tahun 2008. (Beny Dwi Ariyanto, 2008)</p>	<p>a. D : Kualitatif.</p> <p>b. S : Pasien yang memilih/berobat ke jasa pengobatan tradisional patah tulang sangkal putung di praktek pengobatan H. Tarono di Dusun Petinggen, Desa Kalirandu, Kecamatan Petarukan, Kabupaten Pemalang yang dimulai berobat dari bulan Juli tahun 2008. Teknik pengambilan sampel dengan cara <i>Purposive Sampling</i></p> <p>c. V : Latar belakang masyarakat memilih jasa pengobatan tradisional Sangkal Putung</p> <p>d. I : Wawancara.</p> <p>e. A : Teknik analisis data dengan beberapa tahap yakni pengumpulan data hasil wawancara mendalam, menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, melakukan reduksi data dengan cara membuat rangkuman inti, penyajian data dan menarik kesimpulan.</p>	<p>Dari hasil penelitian didapatkan bahwa latar belakang masyarakat memilih pengobatan tradisional patah tulang sangkal putung karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya terjangkau atau relatif lebih murah sebanyak 71.88% 2. Pendidikan rendah tamatan sekolah dasar sebanyak 53.13%, 3. Persepsi kemampuan penyembuhan yakni ada perkembangan setelah mendapatkan pengobatan sebanyak 100.00%, 4. Tingkat kepuasan pengobatan setelah mendapatkan pelayanan dan penanganan pengobatan sebanyak 100.00%.
4.	<p>Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Berobat Pada Pasien Patah Tulang Yang</p>	<p>a. D : Observasional analitik dengan desain <i>cross sectional</i>.</p> <p>b. S : Pasien patah tulang yang dirawat inap di Bangsal Bedah</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa Sebanyak 90% responden tidak</p>

No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
	Menggunakan Sistem Pembiayaan JAMKESMAS. (Ayu Puspita Sari, 2012)	<p>RSUP dr. Kariadi Semarang yang telah menggunakan atau sedang dalam proses mengurus Jaminan Kesehatan Masyarakat. Pemilihan sampel dilakukan dengan <i>Non Probability Sampling</i>, sedangkan untuk pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik <i>Consecutive Sampling</i>.</p> <p>c. V : Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keterlambatan berobat pada pasien patahtulang yang menggunakan Jaminan Kesehatan Masyarakat. Sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini adalah Tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan mengenai patah tulang, tingkat pengetahuan mengenai Jamkesmas, keterjangkauan sarana kesehatan, sikap terhadap patah tulang.</p> <p>d. I : Kuisioner</p> <p>e. A : Analisis data berupa analisis deskriptif dan analitik. Data dianalisis secara univariat dan bivariat.</p>	<p>Terlambat berobat (< 72 jam) dan 10% terlambat berobat (> 72 jam). Ada hubungan bermakna antara perilaku pencarian pengobatan dalam penanganan awal patah tulang ($p < 0,05$) dengan keterlambatan berobat pada pasien Jamkesmas. Tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ($p > 0,05$), tingkat pengetahuan mengenai patah tulang ($p > 0,05$), tingkat pengetahuan mengenai Jamkesmas ($p > 0,05$), keterjangkauan sarana kesehatan ($p > 0,05$), serta sikap terhadap patah tulang ($p > 0,05$), dengan keterlambatan berobat pada pasien Jamkesmas.</p>
5.	Perilaku Masyarakat Pada Pengobatan Tradisional Sangkal Putung H. Atmo Saisi Di Desa Sroyo Kecamatan Jaten Kabupaten Karanganyar (Studi Kasus Pada Masyarakat Pemakai Dan Bukan Pemakai Pengobatan	<p>a. D : Kualitatif deskriptif.</p> <p>b. S : Pasien Sangkal Putung sebagai pemakai pengobatan tradisional dan masyarakat Karanganyar terutama masyarakat yang tidak memakai pengobatan tradisional sangkal putung. Pengumpulan sampel penelitian menggunakan <i>Purposive</i></p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak semua masyarakat memakai inovasi pengobatan tradisional sangkal putung. Proses pengambilan keputusan masyarakat pada pengobatan tradisional sangkal putung diawali dari</p>

No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
	Tradisional Sangkal Putung). (Wayah Langit Sumirat, 2017)	<p><i>Sampling</i> dan teknik <i>Snowball Sampling</i></p> <p>c.V : Perilaku masyarakat pemakai dan bukan pemakai pengobatan tradisional sangkal putung</p> <p>d. I : Observasi, wawancara mendalam, dan dokumentasi.</p> <p>e. A : Analisis data menggunakan analisis model interaktif dari Miles dan Huberman yaitu dari pengumpulan data, reduksi data, sajian data, dan penarikan kesimpulan.</p>	Mengenal pengobatan tradisional sangkal putung sebagai pengobatan alternatif Kemudian masyarakat memberikan respon positif dan negatif setelah mengetahui adanya pengobatan tradisional sangkal putung.
6.	Sangkal Putung, <i>As Perceived By People With Musculoskeletal Fracture</i> . (Ira Suarilah <i>et al.</i> , 2017)	<p>a. D : Studi fenomenologis</p> <p>b. S : Peserta yang pernah berobat ke sangkal putung dengan kriteria berusia 25 sampai 55 tahun dan berada pada rangkaian penyembuhan kedua atau lebih. Pengumpulan sampel penelitian menggunakan <i>Purposive Sampling</i></p> <p>c.V : Pasien yang pernah berobat di sangkal putung</p> <p>d. I : Teknik pengumpulan data dan wawancara mendalam</p> <p>e. A : Analisis data diadopsi dari Collaizi (1978) yaitu menggambarkan fenomena yang terjadi, mentranskrip data wawancara, pengumpulan data, mengkaji ulang data dan menganalisa data.</p>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa peserta merasa aman dan nyaman saat mereka memutuskan untuk mendapatkan pertolongan. Nyeri yang biasa diungkapkan oleh orang dengan fraktur menurun secara efektif saat obat penghilang rasa sakit dikombinasikan dengan suasana aman dan nyaman bekerja seimbang. Selama proses penyembuhan, penderita patah tulang mengalami perawatan holistik yang menggabungkan beberapa pendekatan budaya, penyembuhan dan perawatan.
7.	<i>Traditional Bone – Setters And Fracture Care In Ekiti State, Nigeria</i> .	a. D :Kuantitatif dan kualitatif	Hasil penelitian ini adalah pasien ke TBS yaitu rasa takut amputasi

No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
	(Sina Joseph and Ibikunle Ayodele, 2015)	<p>b. S : Pasien dengan patah tulang yang berobat ke Traditional Bone Setters. Pengumpulan sampel penelitian menggunakan <i>Purposive Sampling</i> dan teknik <i>Snowball Sampling</i></p> <p>c.V: Pasien patah tulang yang berobat di sangkal putung</p> <p>d. I : Kuisioner dan wawancara mendalam</p> <p>e. A : Data kuantitatif dianalisis menggunakan alat statistik deskriptif seperti tabel, persentase, distribusi frekuensi, diagram batang dan diagram lingkaran, sedangkan data kualitatif dianalisis konten.</p>	Sebesar 17,7%, keputusan non-mandiri klien (anggota keluarga dan teman) dalam mengambil keputusan untuk berobat sebesar 68,1% dan ide dari orang lain yang pernah berobat sebesar 75%
8	Determinan Keluhan <i>Musculoskeletal</i> Pada Tenaga Kerja Wanita. (Iwan Muhamad Ramdan & Tiyanpri Bayu, 2012)	<p>a. D : <i>Cross sectional</i></p> <p>b. S : Seluruh tenaga kerja wanita bagian pengupasan di PT SSM</p> <p>c.V : Variabel bebas terdiri dari umur, masa kerja, indeks masa tubuh, dan sikap kerja. Variabel terikat adalah keluhan gangguan muskuloskeletal</p> <p>d. I : <i>Nordic body map, rapid entire body assessment</i>, dan lembar pengukuran indeks massa tubuh.</p> <p>e. A : Analisis data menggunakan metode <i>Chi-Square</i>.</p>	Hasil penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan umur dengan keluhan gangguan muskuloskeletal ($p = 0,066$), terdapat hubungan yang signifikan antara masa kerja ($p = 0,044$), indeks massa tubuh ($p = 0,025$) dan sikap kerja ($p = 0,001$) dengan keluhan gangguan muskuloskeletal.
9.	<i>Perspectives In Musculoskeletal Injury Management By Traditional Bones Setters In Ashanti, Ghana.</i> (Anthony K. Edusei <i>et al.</i> , 2015)	<p>a. D : Kualitatif deskriptif</p> <p>b. S : 8 <i>tradisional bone setters</i> dan 16 pengguna layanan mereka. Pengumpulan sampel penelitian menggunakan <i>Snowball Sampling</i></p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pemulihan yang tinggi, sambutan hangat, perhatian segera dan biaya yang relatif rendah

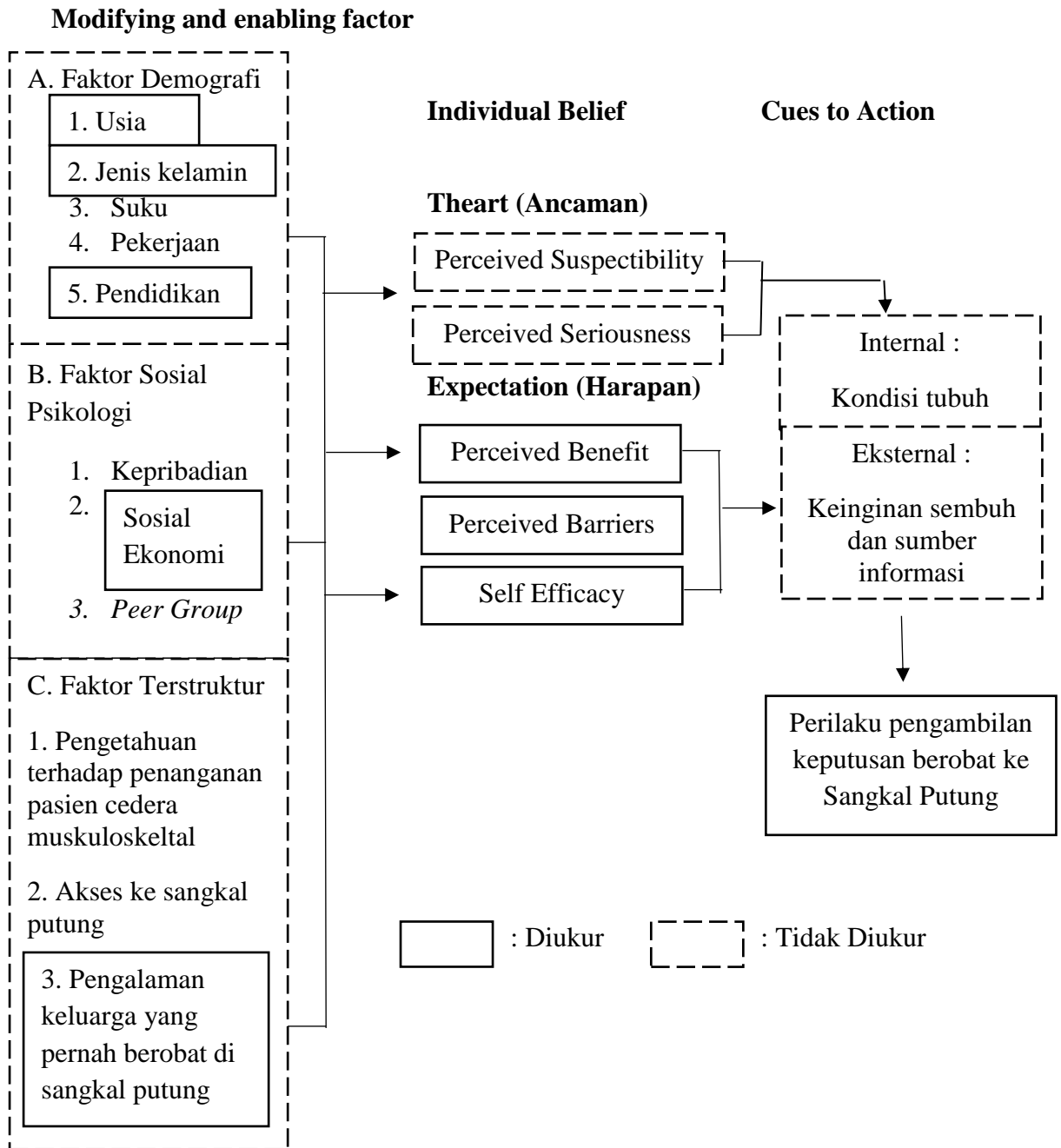
No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
		<p>c. V : Perspektif penyediaan dan pengguna layanan dalam pengelolaan cedera muskuloskeletal</p> <p>d. I : Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, semua data yang diambil dari wawancara dicatat, ditranskrip, dan divalidasi.</p> <p>e. A : Mendeskripsikan fenomena yang terjadi, mentranskrip data <i>interview</i>, dan membaca kembali 2 sampai 3 kali hasil dari <i>interview</i>, dan menganalisa data</p>	<p>dilaporkan dapat memotivasi layanan untuk pengelolaan patah tulang.</p> <p><i>Traditional bones setters</i> tersebut menggabungkan prosedur tradisional dan ortodoks, menggunakan bahan berbasis tumbuhan dan hewan, kepercayaan, spiritualitas dan terapi fisik dalam pengelolaan cedera muskuloskeletal</p>
10.	<p>Hubungan Pengetahuan, Sikap, Perilaku Kepala Keluarga Dengan Pengambilan Keputusan Pengobatan Tradisional Di Desa Rambah Tengah Hilir Kecamatan Rambah Kabupaten Rokan Hulu, Riau. (Desni, <i>et al.</i>, 2011)</p>	<p>a. D : Observational analitik dengan menggunakan rancangan penelitian <i>cross sectional</i>.</p> <p>b. S : Seluruh kepala keluarga yang berdomisili di Desa Rambah Tengah Hilir yang berjumlah 604 kepala keluarga. Pengumpulan sampel penelitian menggunakan <i>probability sampling</i> dengan pendekatan <i>multistage random sampling</i></p> <p>c. V : Variabel bebas antara lain pengetahuan, sikap dan perilaku kepala keluarga, dan variabel terikat adalah pengambilan keputusan pengobatan tradisional di desa rambah tengah hilir.</p> <p>d. I : Intrumen yang digunakan adalah kuisisioner.</p> <p>e. A :</p> <p>1. Analisis univariat yaitu secara deskriptif dengan menggunakan distribusi frekuensi.</p>	<p>Hasil penelitian ini adalah didapatkan nilai $p=0,003$ yang diartikan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan kepala keluarga dengan pengambilan keputusan pengobatan tradisional, nilai $p=0,000$ yang diartikan ada hubungan yang signifikan antara sikap kepala keluarga dengan pengambilan keputusan pengobatan tradisional, dan nilai $p=0,000$ yang diartikan ada hubungan yang signifikan antara perilaku kepala keluarga dengan pengambilan keputusan pengobatan tradisional</p>

No	Peneliti	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil Penelitian
		2. Analisis bivariat yaitu secara analitik untuk mengetahui hubungan antara dua variabel dengan uji <i>chi-square</i> .	
11.	Gambaran <i>health belief model</i> pada individu yang memilih dan menjalani pengobatan tradisional sangkal putung. (Aditya Pradana, 2015)	<p>a. D : Kualitatif studi fenomenologis</p> <p>b. S : Pasien fraktur yang sedang melakukan pengobatan ke sangkal putung. Pengumpulan sampel penelitian menggunakan <i>Purposive Sampling</i></p> <p>c. V : Individu yang menjalani pengobatan di sangkal putung</p> <p>d. I : Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam</p> <p>e. A : Mengumpulkan data kemudian menganalisis data dan menginterpretasi data</p>	Hasil penelitian ini didapatkan bahwa kedua responden merasa rentan mengalami bahaya saat mengalami fraktur dan pada saat terlambat memperoleh penanganan pertama, namun kedua responden tidak rentan mengalami kesalahan penanganan pada saat berobat di Sangkal Putung. kedua responden juga memilih berobat dan menjalani pengobatan di Sangkal Putung karena telah merasakan manfaat dan keuntungan selama berobat.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* (Glanz.et al, 2008)

Dari gambar 3.1 digambarkan bahwa Teori *Health Belief Model* diuraikan dalam usaha mencari cara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih memuaskan. Dalam teori ini disebutkan bahwa orang tidak akan mencari pertolongan medis lain bila mereka kurang akan pengetahuan dan kepercayaan yang relevan dengan kesehatan. Saat mereka memandang keadaan tidak cukup berbahaya, saat tidak yakin terhadap keberhasilan suatu intervensi medis dan saat mereka melihat adanya beberapa kesulitan dalam melaksanakan perilaku kesehatan yang disarankan (Glanz.et al, 2008)

Pada gambar diatas menjelaskan bahwa analisis perilaku seseorang menurut Teori *Health Belief Model* dipengaruhi oleh 6 variabel kunci dalam tindakan tersebut. Variabel kunci pada Teori *Health Belief Model* adalah *Perceived Susceptibility* : persepsi individu terhadap kerentanan dirinya untuk penyakit tersebut, *Perceived Seriousness* : persepsi individu terhadap tingkat keseriusan penyakit, *Perceived Benefits* : persepsi individu terhadap keuntungan yang didapat dari perilaku yang diharapkan, *Perceived Barriers* : persepsi individu terhadap hambatan yang dialami dalam melakukan perilaku yang diharapkan, *Cues to Action* : faktor pendorong dalam pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung, *Self Efficacy* : keyakinan terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan. Dari kerangka konseptual tersebut, maka peneliti ingin mengukur variabel usia, jenis kelamin, pendidikan, variabel sosial ekonomi, variabel pegalaman keluarga, variabel individu terhadap keuntungan yang didapat, dan variabel keyakinan untuk melakukan tindakan dalam pengambilan keputusan pasien cedera musculoskeletal memilih berobat di Sangkal Putung.

3.2 Hipotesis Penelitian

Dalam penelitian ini hipotesis yang akan dibuktikan adalah :

HI :

1. Ada hubungan usia dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
2. Ada hubungan jenis kelamin dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
3. Ada hubungan pendidikan dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
4. Ada hubungan sosial ekonomi dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
5. Ada hubungan pengalaman keluarga yang pernah berobat dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

6. Ada hubungan *perceived benefit* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
7. Ada hubungan *perceived barriers* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
8. Ada hubungan *self efficacy* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Nursalam (2016) menjelaskan bahwa metode penelitian adalah suatu cara yang digunakan untuk memecahkan suatu masalah berdasarkan keilmuan. Pada bab ini akan dibahas mengenai: 1) Rancangan penelitian; 2) Populasi, sampel, besar sampel dan *sampling*; 3) Variabel; 4) Definisi operasional; 5) Instrumen penelitian; 6) Lokasi dan waktu penelitian; 7) Prosedur pengambilan atau pengumpulan data; 8) Cara analisis data; 9) Kerangka operasional/kerja; 10) Masalah etik (*ethical clearance*).

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan memiliki peran sebagai pedoman peneliti pada seluruh berlangsungnya proses penelitian. Pada penelitian ini, desain penelitian menggunakan desain kuantitatif yang menggunakan metode deskriptif analitik. Penelitian deskriptif ini bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa penting yang terjadi masa kini dan lebih menekankan pada data faktual daripada penyimpulan. Rancangan penelitian meliputi identifikasi suatu peristiwa, identifikasi variabel, serta mengembangkan teori dan definisi operasional dari variabel (Nursalam 2016).

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel Dan *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Sedangkan populasi terjangkau dalam penelitian merupakan subyek yang memenuhi kriteria dan dapat dijangkau oleh peneliti (Nursalam 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat dengan usia 21 – 59

tahun yang mengalami cedera muskuloskeletal dan sedang menjalani pengobatan tradisional Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah adalah sebagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subjek dalam penelitian melalui sampling (Nursalam 2016).

Kriteria sampel untuk pasien cedera muskuloskeletal :

1. Kriteria sampel inklusi

- 1) Pria atau wanita
- 2) Sudah pernah menikah
- 3) Berusia 21 – 59 tahun

Peneliti membatasi usia maksimal dari responden hanya sampai 59 tahun, karena mulai umur 60 tahun, individu khususnya wanita rentan mengalami osteoporosis.

- 4) Sedang mengalami cedera muskuloskeletal seperti fraktur, kontusio, sprain, strain, dan dislokasi

2. Kriteria sampel eksklusif

- 1) Pria atau wanita yang sedang berobat dengan cedera muskuloskeletal disertai komplikasi.
- 2) Pria atau wanita yang sedang berobat dengan cedera muskuloskeletal disertai penyakit selain cedera muskuloskeletal.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi keseluruhan populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* adalah cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel supaya sampel yang diperoleh benar-benar sesuai dengan

keseluruhan subjek penelitian (Nursalam 2016). Teknik sampling yang digunakan peneliti adalah *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi. Peneliti melakukan penelitian dengan batas waktu 2 minggu – 1 bulan dan responden minimal 90 orang (Nursalam 2016).

4.3 Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu, seperti benda, manusia dan lain sebagainya (Nursalam 2016).

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *modifying factor*: usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, pengalaman keluarga; *individual belief*: *perceived benefit*, *perceived barriers*, *self efficacy*

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengambilan keputusan

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu definisi berdasarkan karakteristik yang akan diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sehingga memungkinkan bagi peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam 2016). Definisi operasional dirumuskan untuk tujuan kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori *Health Belief Model*.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
1. Variabel Independen					
Variabel <i>Modifying Factor</i> : Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang berhasil diselesaikan.	1. Pendidikan dasar 2. Pendidikan menengah 3. Perguruan tinggi	Kuesioner	Ordinal	1. Pendidikan dasar = 1 2. Pendidikan menengah = 2 3. Perguruan tinggi = 3
Variabel <i>Modifying Factor</i> : Sosial Ekonomi	Pencarian yang dijadikan pokok penghidupan / untuk mencari nafkah	1. Pekerjaan 2. Pendapatan per bulan	Kuesioner	Nominal	1. Ibu rumah tangga = 1 2. Tidak bekerja = 2 3. Bekerja = 3 1. Rp. <3.500.000/ bln = 1 2. Rp. 3.500.000 /bln = 2 3. Rp. >3.500.000/ bln = 3
Variabel <i>Modifying Factor</i> : Usia	Usia pasien yang berobat di sangkal putung	1. Usia	Kuesioner	Ordinal	1. Remaja akhir (17 – 25 tahun) = 1 2. Dewasa awal (26 – 35 tahun) = 2 3. Dewasa akhir (36 – 45 tahun) = 3

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
					4. Lansia awal (46 – 59 tahun) = 4 (Depkes,2009)
Variabel <i>Modifying Factor</i> : Jenis Kelamin	Jenis kelamin pasien yang berobat di sangkal putung	1. Jenis kelamin	Kuesioner	Nominal	1. Laki – laki = 1 2. Perempuan = 2
Variabel <i>Modifying Factor</i> : Pengalaman Keluarga yang Pernah Berobat	Pengalaman dari keluarga atau sanak saudara pasien yang sebelumnya pernah berobat di sangkal putung	1. Ada atau tidak keluarga yang pernah berobat disana 2. Pengalaman keluarga yang pernah berobat di sangkal putung 3. Pemilihan layanan pengobatan	Kuesioner	Nominal	1. Ya = 1 2. Tidak = 0
Variabel <i>Perceived Benefit</i> (Manfaat)	Manfaat yang akan dirasakan ketika memutuskan berobat ke sangkal putung.	1. Dukungan keluarga 2. Manfaat yang didapatkan 3. Alasan pemilihan berobat	Kuesioner Health Belief Model	Ordinal	Penilaian STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4 Penilaian kategori : Kuat apabila skor = $T \geq \text{mean}$ sedangkan kategori lemah skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
Variabel <i>Perceived Barrier</i> (Hambatan)	Hambatan yang akan dirasakan ketika memutuskan berobat ke sangkal putung.	1. Hambatan saat berobat 2. Faktor penyebab kendala	Kuesioner Health Belief Model	Ordinal	Penilaian negatif STS = 4 TS = 3 S = 2 SS = 1 Penilaian kategori : Kuat apabila skor = $T \geq$ mean sedangkan kategori lemah skor = $T <$ mean (Azwar, 2010)
Variabel <i>Self Efficacy</i>	Keyakinan diri ketika memutuskan berobat ke sangkal putung.	1. Keyakinan terhadap perubahan tubuh 2. Keyakinan terhadap proses pengobatan	Kuesioner Health Belief Model dan self efficacy	Ordinal	Penilaian STS = 1 TS = 2 S = 3 SS = 4 Penilaian kategori : Kuat apabila skor = $T \geq$ mean sedangkan kategori lemah skor = $T <$ mean (Azwar, 2010)
2. Variabel Dependen : Pengambilan Keputusan	Mengenai alasan dalam pengambilan suatu keputusan untuk berobat	1. Daya Tanggap (<i>responsiveness</i>) 2. Jaminan (<i>assurance</i>)	Kuesioner	Ordinal	Penilaian STS = 1 TS = 2

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
		3. Empati (<i>emphaty</i>)			S = 3
		4. Bukti fisik (<i>tangibles</i>)			SS = 4
		5. Proses pengambilan keputusan			Penilaian kategori : Kuat apabila skor = $T \geq \text{mean}$ sedangkan kategori lemah skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)
Pengetahuan tentang pengobatan tradisional	Pengetahuan pasien mengenai pengobatan tradisional	1. Definisi pengobatan tradisional 2. Pelaku pengobatan tradisional 3. Metode pengobatan tradisional 4. Bahan dalam pengobatan tradisional. 5. Komplikasi penanganan cedera	Kuesioner -		Pilihan ganda yang dipilih peserta dengan jawaban yang dianggap benar

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang telah disusun sesuai dengan kehendak peneliti untuk mendapatkan data.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner sejumlah 52 pertanyaan terkait dengan faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

Kuesioner untuk variabel independen *individual belief: perceived benefit, perceived barriers* menggunakan kuesioner *Health Belief Model*, peneliti membuat sendiri dengan mengadopsi dari panduan teori *Health Belief Model*, untuk variabel independen *self efficacy* peneliti membuat sendiri dengan mengadopsi dari panduan teori *Health Belief Model* dan panduan teori *Self Efficacy*. Kemudian untuk variabel dependen pengambilan keputusan peneliti mengadopsi penelitian Putri Dina (2015) yang sudah teruji validitas dengan dimodifikasi sehingga sesuai dengan penelitian ini. Untuk data penunjang peneliti membuat kuesioner pengetahuan tentang pengobatan tradisional yang bertujuan untuk mengetahui pengetahuan pasien terkait pengobatan tradisional, Materi dalam kuesioner ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Variabel *modifying factor* pendidikan

Berisi 1 pertanyaan terbuka dengan jawaban diisi oleh peserta sesuai dengan pendidikan terakhir yang ditempuh. Kemudian peneliti akan mengkategorikan sendiri termasuk dalam jenis pendidikan dasar, menengah atau tinggi.

2. Variabel *modifying factor* usia

Berisi 1 pertanyaan terbuka dengan jawaban diisi oleh peserta sesuai dengan usianya. Kemudian peneliti akan mengkategorikan sendiri karakteristik usia. Menurut Depkes RI (2009).

1. Masa remaja akhir = 17 – 25 tahun
2. Masa dewasa awal = 26 – 35 tahun

3. Masa dewasa akhir = 36 – 45 tahun

4. Masa lansia awal = 46 – 59 tahun

3. Variabel *modifying factor* jenis kelamin

Berisi 1 pertanyaan terbuka dengan jawaban diisi oleh peserta sesuai dengan jenis kelamin.

4. Variabel *modifying factor* sosial ekonomi

Berisi 2 pertanyaan tertutup dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi pekerjaan dan pendapatan keluarga. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom yang disediakan.

5. Variabel *modifying factor* pengalaman keluarga

Berisi 7 pertanyaan tertutup dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi pengalaman dari keluarga atau sanak saudara yang pernah berobat di sangkal putung. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom yang disediakan. Setiap pertanyaan pada kuesioner pengalaman keluarga yang dijawab Ya diberikan bobot 1 dan Tidak diberi bobot 0. Setelah presentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan penilaian baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kurang baik bila skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner Pengalaman Keluarga

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Berkunjung	Ada / tidak keluarga yang berobat di sangkal putung	1	1
2.	Pengalaman	Pengalaman keluarga saat berobat di sangkal putung	3, 4	2
3.	Pemilihan layanan	Pemilihan suatu layanan pengobatan saat sakit	2,5	2
4.	Dukungan	Dukungan dari keluarga saat memilih pengobatan	6,7	2

6. Variabel *Perceived Benefit* (Manfaat)

Berisi 8 pertanyaan tertutup dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi manfaat yang akan dirasakan ketika memutuskan berobat ke sangkal putung. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom yang disediakan. Setiap pertanyaan pada kuesioner *Perceived Benefit* (Manfaat) yang dijawab Sangat Tidak Setuju diberi nilai 1, Tidak Setuju diberi nilai 2, Setuju diberi nilai 3, Sangat Setuju diberi nilai 4. Setelah presentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan penilaian baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kurang baik bila skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner *Perceived Benefit* (Manfaat)

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Manfaat	Manfaat yang dirasakan setelah berobat di sangkal putung	2,5,7,8	4
2.	Alasan Pemilihan berobat	Alasan pasien dalam pemilihan pengobatan di sangkal putung	1,3,4,6	4

7. Variabel *Perceived Barrier* (Hambatan)

Berisi 6 pertanyaan tertutup dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi hambatan yang akan dirasakan ketika memutuskan berobat ke sangkal putung. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (√) pada kolom yang disediakan. Untuk pertanyaan negatif yang dijawab Sangat Tidak Setuju diberi nilai 4, Tidak Setuju diberi nilai 3, Setuju diberi nilai 2, Sangat Setuju diberi nilai 1. Setelah presentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan penilaian baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kurang baik bila skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).

Tabel 4.4 *Blue Print* Kuesioner *Perceived Barriers* (Hambatan)

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Hambatan	Hambatan yang dialami saat berobat di sangkal putung	10,11,13	3
2.	Kendala	Kendala yang didapat setelah berobat di sangkal putung	9,12,14	3

8. Variabel *Self Efficacy*

Berisi 5 pertanyaan tertutup dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi keyakinan diri ketika memutuskan berobat ke sangkal putung. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (\surd) pada kolom yang disediakan. Setiap pertanyaan pada kuesioner *Self Efficacy* yang dijawab Sangat Tidak Setuju diberi nilai 1, Tidak Setuju diberi nilai 2, Setuju diberi nilai 3, Sangat Setuju diberi nilai 4. Setelah presentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan penilaian baik bila skor = $T \geq$ mean, sedangkan kurang baik bila skor = $T <$ mean (Azwar, 2010).

Tabel 4.5 *Blue Print* Kuesioner *Self Efficacy* (Keyakinan Diri)

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Perubahan tubuh	Keyakinan akan terjadinya perubahan tubuh yang dialami setelah berobat di sangkal putung	1,2,3	3
2.	Proses pengobatan	Keyakinan akan proses terjadinya pengobatan yang baik	4,5	2

9. Variabel Dependen : Pengambilan Keputusan

Berisi 12 pertanyaan tertutup dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi ketika memutuskan berobat ke sangkal putung. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (\surd) pada kolom yang disediakan. Setiap pertanyaan pada kuesioner pengambilan

keputusan yang dijawab Sangat Tidak Setuju diberi nilai 1, Tidak Setuju diberi nilai 2, Setuju diberi nilai 3, Sangat Setuju diberi nilai 4. Setelah presentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan penilaian baik bila skor = $T \geq \text{mean}$, sedangkan kurang baik bila skor = $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010).

Tabel 4.6 *Blue Print* Kuesioner Pengambilan Keputusan

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Daya Tanggap	Daya tanggap terhadap pelayanan di sangkal putung	1, 2	2
2.	Jaminan	Kepercayaan dan reputasi dari pengobatan sangkal putung	3	1
3.	Empati	Empati terhadap pasien selama pengobatan di sangkal putung	4,5,6	3
4.	Bukti Fisik	Fasilitas pendukung yang ada di sangkal putung	7,8,9	3
5.	Proses Pengambilan keputusan	Proses pengambilan keputusan berobat di sangkal putung	10,11,12	3

10. Pengetahuan tentang Pengobatan Tradisional

Berisi 5 pertanyaan pilihan ganda dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang didalamnya mengidentifikasi pengetahuan tentang pengobatan tradisional. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda centang (X) pada jawaban yang di anggap benar. Tujuan dari kuesioner ini hanya untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien terhadap pengobatan tradisional.

Tabel 4.7 *Blue Print* Kuesioner Pengetahuan Pengobatan Tradisional

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Definisi	Definisi dari pengobatan tradisional	1	1
2.	Pelaku	Pelaku dari pengobatan tradisional	2	1
3.	Metode	Metode pengobatan tradisional	3,4	2
4.	Komplikasi	Komplikasi dari kesalahan penanganan cedera	5	1

4.6 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di 2 lokasi yaitu di pengobatan tradisional Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang di jalan Gunung Anyar Jaya Gang Masjid No 12 dan Sangkal Putung Muhajir di jalan Kedung Mangu Timur III No. 7. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2018.

4.7 Prosedur Pengambilan Atau Pengumpulan Data

Tahap persiapan peneliti mengurus surat izin permohonan fasilitas pengambilan data awal ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan untuk bapak KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang. Namun bukan hanya di 1 Sangkal Putung, peneliti mengambil 2 lokasi sangkal putung di Surabaya yaitu pengobatan tradisional Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang di jalan Gunung Anyar Jaya Gang Masjid No 12 dan Sangkal Putung Muhajir di jalan Kedung Mangu Timur III No. 7.

Langkah awal, peneliti melakukan studi pendahuluan mengenai alasan individu yang memilih berobat ke sangkal putung. Studi pendahuluan ini dilakukan di 2 sangkal putung melalui wawancara kepada 7 orang secara acak yang sedang menunggu antrian untuk berobat di sangkal putung tersebut. Kegiatan ini dilaksanakan terlebih dahulu di sangkal putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang pada tanggal 19 Maret 2018 dan Sangkal Putung Muhajir pada tanggal 3 April 2018. Cara pengambilan sampel yang digunakan oleh peneliti adalah *nonprobability sampling* dengan metode *consecutive sampling*.

Pengambilan data saat penelitian, peneliti mengunjungi tempat sangkal putung dan mendatangi pasien dengan cedera muskuloskeletal yang sedang

mengantri untuk di panggil. Langkah selanjutnya adalah pengenalan, kontrak waktu, dan menjelaskan tujuan penelitian dan *inform consent* untuk ditandatangani. Peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner, pengisian kuesioner ini selama kurang lebih 10 – 20 menit. Kuesioner yang telah terisi diserahkan kembali kepada peneliti.

Penelitian ini mengambil responden yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan hingga batas waktu 2 minggu – 1 bulan hingga jumlah target responden terpenuhi. Pengambilan data penelitian ini diselesaikan oleh peneliti pada bulan Juni 2018.

4.8 Cara Analisis Data

1. *Editing* yaitu proses pemeriksaan kembali kelengkapan data yang telah diperoleh. Jika ada data yang salah, maka data tersebut tidak akan digunakan.
2. *Coding* yaitu mengklasifikasikan jawaban responden dengan memberikan kode pada masing-masing jawaban untuk memudahkan dalam penyajian data
3. *Tabulating* yaitu memasukkan data sesuai pengkodean ke dalam satu tabel di komputer untuk memudahkan analisis data.
4. *Entry* yaitu memasukkan data hasil tabulasi ke dalam program computer (*master sheet penelitian*)
5. Analisis data
 - a. Variabel pengambilan keputusan dan *individual belief: perceived benefit, perceived barrier* dan *self efficacy*.

Aspek ini digunakan skala likert yang terdiri dari empat alternatif jawaban yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Pada penelitian ini untuk pertanyaan bersifat positif jawaban bernilai sangat setuju diberi nilai 4, setuju diberi nilai 3, tidak setuju diberi nilai 2 dan sangat tidak

setuju diberi nilai 1. Tahap selanjutnya, diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left\{ \frac{X - \bar{X}}{S} \right\}$$

Keterangan :

X : skor responden

\bar{x} : nilai rata – rata kelompok

S : standart deviasi

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria penilaian :

Kuat : skor $T \geq \text{mean}$

Lemah : skor $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)

b. Variabel pengalaman keluarga

Aspek ini menggunakan penilaian terdiri dari 2 alternatif jawaban yaitu iya dan tidak. Pada penelitian ini untuk jawaban bernilai iya = 1 dan tidak = 0. Tahap selanjutnya diperhitungkan nilai skor menjawab angket dengan rumus

$$T = 50 + 10 \left\{ \frac{X - \bar{X}}{S} \right\}$$

Keterangan :

X : skor responden

\bar{x} : nilai rata – rata kelompok

S : standart deviasi

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria penilaian :

Kuat : $T \geq \text{mean}$

Lemah : $T < \text{mean}$ (Azwar, 2010)

c. Pengetahuan pengobatan tradisional

Setiap pertanyaan yang dijawab benar diberi bobot 1 dan salah diberi bobot 0, kemudian dengan menggunakan rumus

$$P = f/N \times 100\%$$

Keterangan :

P : prosentase

f : jumlah jawaban yang benar

N : jumlah skor maksimal, jika dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria :

Baik = 76 – 100 %

Cukup = 56 – 76 %

Kurang = < 56 % (Arikunto, 2010)

d. Analisis inferensial

Tahap pengujian inferensial dilakukan setelah semua data terkumpul, kemudian data dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square* untuk menguji perbedaan dua atau lebih proporsi sampel. *Chi-Square* disebut juga dengan Kai Kuadrat. *Chi-Square* adalah salah satu jenis uji komparatif non parametris yang dilakukan pada dua variabel, dimana skala data kedua variabel adalah nominal dan ordinal. Untuk hasil signifikansi atau kemaknaanya ditentukan $p = 0,05$ berarti uji statistik menunjukkan $p \leq 0,05$ maka H1 diterima.

Syarat-syarat uji ini adalah frekuensi responden atau sampel yang digunakan besar, sebab ada beberapa syarat dimana *Chi-Square* dapat digunakan, yaitu:

1. Tidak ada *cell* dengan nilai frekuensi kenyataan atau disebut juga *Actual Count* (FO) sebesar 0 (Nol).
2. Bentuk tabel kontingensi 2x2, maka tidak boleh ada 1 *cell* saja yang memiliki frekuensi harapan atau disebut juga *expected count* (Fh) kurang dari 5.
3. Bentuk tabel lebih dari 2x2 misal 2x3, maka jumlah *cell* dengan frekuensi harapan yang kurang dari 5 tidak boleh lebih dari 20%.

Kekuatan korelasi (r) jika :

0,00 – 0,19 : sangat lemah

0,20 – 0,39 : lemah

0,40 – 0,59 : sedang

0,60 – 0,79 : kuat

0,80 – 1,00: sangat kuat.

Uji statistik *Spearman rho* dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi $p=0.05$ untuk menentukan harga koefisien korelasinya. Selanjutnya signifikansi antara kedua variabel dihubungkan dengan membandingkan harga rho dengan harga rho tabel. Dari hasil perbandingan tersebut dapat ditentukan apakah hipotesis diterima atau ditolak. Kategori koefisien korelasi adalah sebagai berikut:

0 : Tidak ada korelasi antara dua variabel

>0 – 0.25 : Korelasi sangat lemah

>0.25 – 0.5 : Korelasi cukup

>0.5 – 0.75 : Korelasi kuat

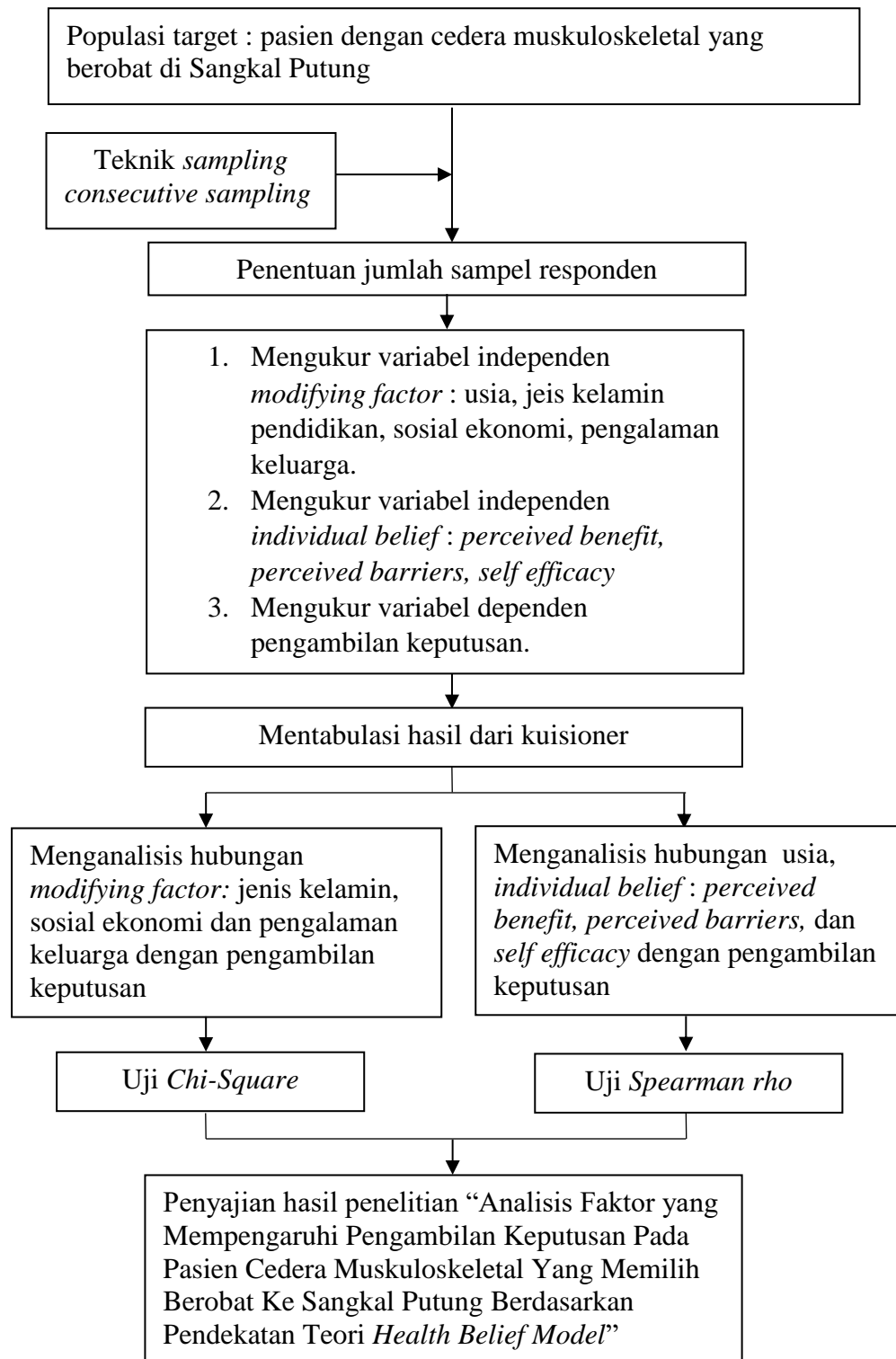
>0.75 – 0.99 : Korelasi sangat kuat

1 : Korelasi sempurna

Tabel 4.8 Perbandingan uji *Chi-Square* dan *Spearman rho*

No	Uji <i>Chi-Square</i>	Uji <i>Spearman rho</i>
1.	Jenis kelamin – pengambilan keputusan	Pendidikan – pengambilan keputusan
2.	Sosial ekonomi – pengambilan keputusan	<i>Perceived benefit</i> – pengambilan keputusan
3.	Pengalaman keluarga – pengambilan keputusan	<i>Perceived barrier</i> – pengambilan keputusan
4.	-	<i>Perceived self efficacy</i> – pengambilan keputusan
5.	-	Usia – pengambilan keputusan

4.9 Kerangka Operasional/Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja “Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori *Health Belief Model*”

4.10 Masalah etik (*ethical clearance*).

Prosedur penelitian telah direview dan disetujui Komisi Etik Penelitian Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga No. 915 - KEPK. Aspek etik yang dipertimbangkan dalam penelitian ini adalah:

4.10.1 *Respect to Human*

1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Sebelum ditetapkan menjadi responden, calon responden terlebih dahulu diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari penelitian. Keikutsertaan menjadi responden bersifat sukarela tanpa adanya paksaan. Calon responden yang bersedia menjadi responden harus menandatangani lembarpersetujuan. Calon responden yang tidak bersedia, peneliti akan menghormati dan menghargai hak responden.

2. Asas kejujuran (*veracity*) dan asas menepati janji (*fidelity*)

Peneliti akan memberikan lembar penjelasan penelitian kepada calon responden supaya calon responden dapat memahami proses penelitian secara jelas.

3. Tanpa nama (*anonymity*) dan kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan responden dijaga dengan cara peneliti tidak mencantumkan nama responden pada kuesioner maupun laporan penelitian dengan digantikan dengan kode/nomor dan hasil hanya ditunjukkan pada kelompok tertentu saja untuk pelaporan hasil riset.

4. Otonomi (*autonomy*) dan bebas (*justice*)

Responden memiliki hak dalam menentukan pilihan jawaban tanpa adanya tekanan dari pihak mana pun.

4.10.2 Asas manfaat (*beneficience*) dan tidak merugikan (*non maleficience*)

1. Asas manfaat (*beneficience*)

Responden akan mendapatkan pengetahuan dalam penanganan yang tepat saat terjadi cedera muskuloskeletal.

2. Tidak merugikan (*non maleficience*)

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini hanya dilakukan pengisian kuesioner.

4.10.3 Asas keadilan (*justice*)

Penetapan subjek dalam penelitian ini berdasarkan pada kriteria yang dimiliki peneliti dan seluruh responden akan diperlakukan sama dan adil.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini membahas mengenai hasil penelitian yang meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian; 2) Karakteristik demografi responden; 3) Data khusus mengenai variabel yang diukur yaitu *modifying factor*: usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, pengalaman keluarga; *individual belief*: *perceived benefit*, *perceived barriers*, *self efficacy*. Pengambilan data dilakukan di dua lokasi pengobatan sangkal putung yaitu KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan pengobatan sangkal putung Muhajir. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 30 Mei 2018 – 10 Juni 2018. Data yang telah disajikan selanjutnya akan dibahas pada bagian pembahasan untuk menjelaskan faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di pengobatan tradisional sangkal putung yaitu KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang sejumlah 60 responden dan pengobatan tradisional sangkal putung Muhajir sejumlah 49 responden. Pengobatan tradisional sangkal putung yaitu KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang ini terletak di jalan Gunung Anyar Jaya Gang Masjid No 12, kelurahan Gunung Anyar, kecamatan Gunung Anyar dan Sangkal Putung Muhajir di jalan Kedung Mangu Timur III No. 7, kelurahan Sidotopo Wetan, kecamatan Kenjeran.

Pengobatan tradisional sangkal putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang buka pada hari Senin sampai Kamis dan Sabtu – Minggu dengan 2 kali pelayanan per hari yaitu pagi dan malam hari. Setiap harinya rata – rata pengunjung yang datang mencapai 92 orang dengan berbagai jenis peyakit selain cedera muskuloskeletal seperti pasien stroke, tidak bisa jalan, liver dan pengunjung yang datang juga jadi kalangan usia yang beragam mulai dari bayi, anak – anak, remaja, dewasa bahkan lansia dengan usia 90 tahun ada yang datang untuk berobat.

Pengobatan tradisional sangkal putung Muhajir buka pada hari Senin sampai Kamis dan Sabtu – Minggu dengan 2 kali pelayanan per hari yaitu pagi dan sore hari. Setiap harinya rata – rata pengunjung yang datang mencapai 50 orang dengan berbagai keluhan cedera muskuloskeletal. Pengobatan tradisional sangkal putung ini biasanya pasien di pijat pada daerah yang mengalami cedera dengan minyak atau sejenisnya. Pengunjung yang datang juga dari kalangan usia yang beragam mulai dari anak – anak, remaja, dewasa bahkan lansia.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 109 responden. Data umum menguraikan karakteristik demografi untuk responden terdiri atas 1) Jenis Kelamin; 2) Usia; 3) Pendidikan; 4) Pekerjaan; 5) Pendapatan; 6) Alasan berobat ke Sangkal Putung; 7) Pengobatan yang dilakukan sebelum ke Sangkal Putung.

Tabel 5.1 Distribusi berdasarkan jenis kelamin responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Jenis Kelamin	N	%
Laki – laki	52	48
Perempuan	57	52
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa sebagian besar responden yang berobat di Sangkal Putung pada penelitian ini yaitu Perempuan sebesar 57 orang (52%). Menurut (Syafitri, 2010) menyatakan bahwa perempuan mengalami peningkatan ketegangan otot secara tiba-tiba sebelum haid dan penurunan setelah haid. Perempuan memiliki kekuatan otot hanya dua per tiga dari kekuatan otot pria (Tarwaka *et al*, 2004). Setelah pengambilan data penelitian, perempuan yang memilih berobat ke Sangkal Putung dipengaruhi juga dengan keputusan suami yang menyarankan untuk berobat ke Sangkal Putung, kesibukan untuk mengurus rumah dan kesibukan untuk mengurus anak sehingga lebih memilih untuk berobat ke Sangkal Putung karena lebih cepat mendapatkan pelayanan.

Tabel 5.2 Distribusi berdasarkan usia responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Usia (Tahun)	N	%
17 – 25 tahun	10	9
26 – 35 tahun	16	15
36 – 45 tahun	25	23
46 – 59 tahun	58	53
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa usia terbanyak responden yang berobat di Sangkal Putung pada penelitian ini pada rentang usia 46 – 59 tahun (53%). Menurut Tarwaka *et al* (2004) kemampuan fisik optimal seseorang dicapai saat usia 25 – 30 tahun dan kapasitas fisiologis seseorang akan menurun 1% tiap tahunnya setelah kondisi puncak terlampaui, pada saat ini manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap degeneratif dan infeksi dikarenakan bertambahnya usia, sehingga bertambahnya semakin tua usia semakin tinggi risiko untuk mengalami penurunan elastisitas tulang yang mengakibatkan keluhan cedera muskuloskeletal (Kurniasih, 2009).

Tabel 5.3 Distribusi berdasarkan pendidikan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pendidikan	N	%
Pendidikan Dasar	41	37
Pendidikan Menengah	51	47
Perguruan Tinggi	17	16
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa responden yang berobat di Sangkal Putung berpendidikan menengah yaitu sejumlah 51 orang (47%). Pendidikan masyarakat yang memilih pengobatan tradisional tidak hanya berpendidikan rendah saja tetapi masyarakat berpendidikan menengah bahkan sarjana yang memiliki tingkat rasional yang cukup tinggi mengambil jalan pintas ke arah pengobatan tradisional (Kasnodiharjo, 2005). Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang menunjukkan mayoritas berpendidikan tingkat menengah.

Tabel 5.4 Distribusi berdasarkan pekerjaan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pekerjaan	N	%
Ibu Rumah Tangga	36	34
Tidak Bekerja	12	11
Bekerja	58	55
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa sebagian besar responden yang berobat di Sangkal Putung pada penelitian ini adalah pekerja yaitu sejumlah 58 orang (58%). Seseorang bisa terkena cedera muskuloskeletal bukan hanya tergantung dari jenis pekerjaannya, melainkan dari masa kerja itu sendiri. Masa kerja merupakan faktor risiko yang dapat mempengaruhi seorang pekerja untuk meningkatkan risiko terjadinya cedera muskuloskeletal, terutama untuk jenis pekerjaan yang menggunakan kekuatan kerja yang tinggi. Selain itu, semakin

lama waktu bekerja atau semakin lama seseorang terpapar faktor risiko maka semakin besar pula risiko untuk mengalami keluhan muskuloskeletal (Guo, 2004).

Tabel 5.5 Distribusi berdasarkan pendapatan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pendapatan	N	%
< 3.500.000	67	62
3.500.000	20	18
> 3.500.000	22	20
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa distribusi pendapatan responden yang berobat di Sangkal Putung sebagian besar mendapatkan penghasilan kurang dari 3.500.000 per bulan yaitu sebanyak 67 orang (62%). Menurut (Agusmarni, 2012) faktor ekonomi mempunyai peranan besar dalam penerimaan atau penolakan pengobatan. Dalam faktor ekonomi ini diperkuat dengan persepsi masyarakat bahwa pengobatan tradisonal membutuhkan sedikit tenaga, biaya dan waktu serta biaya yang dikeluarkan tidak lebih besar atau lebih murah.

Tabel 5.6 Distribusi berdasarkan alasan responden yang berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Alasan berobat ke Sangkal Putung	N	%
Keinginan sendiri	64	59
Rekomendasi teman, keluarga	39	36
Terpaksa Berobat	1	1
Lain - lain	5	4
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa distribusi alasan responden yang memilih berobat di Sangkal Putung sebagian besar karena keinginan responden sendiri yaitu sebanyak 64 orang (59%). Menurut (Agustiani R, 2010) saat sakit

pasien dalam kondisi tidak menyenangkan, karena itulah berbagai cara akan dijalani dalam rangka mencari kesembuhan maupun meringankan beban sakitnya, termasuk datang ke pelayanan pengobatan tradisional. Serta dari segi faktor manfaat adanya keefektifan dari pengobatan alternatif yang menjadi alasan sangat berpengaruh terhadap pemilihan pengobatan tradisional

Tabel 5.7 Distribusi berdasarkan pengobatan sebelum responden memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pengobatan sebelum ke Sangkal Putung	N	%
RS	54	50
Sangkal Putung	46	42
Puskesmas	6	5
Lain - lain	3	3
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa distribusi pengobatan sebelum responden memilih berobat di Sangkal Putung sebagian besar berobat ke Rumah Sakit terlebih dahulu yaitu sebanyak 54 orang (50%). Menurut (Agustiani R, 2010) adanya kejenuhan terhadap pelayanan medis karena proses pengobatan yang terlalu lama menyebabkan pasien merasa bosan dan berusaha mencari alternatif pengobatan lainnya untuk mempercepat proses penyembuhannya.

5.1.3 Variabel penelitian yang diukur

Pada bab ini akan diukur data tentang hasil dari kuesioner yang telah disebarkan pada responden. Penelitian ini dilakukan dengan melakukan pengukuran faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung dengan menggunakan uji statistik *Chi – Square* dan *Spearman rho*.

Tabel 5.8 Distribusi responden berdasarkan pengambilan keputusan memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pengambilan keputusan	N	%
Kuat	45	41
Lemah	64	59
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.8 di atas dapat dilihat bahwa distribusi pengambilan keputusan pada penelitian ini memiliki tingkat yang lemah yaitu 64 orang (59%). Hal ini dikarenakan pengambilan keputusan yang di pilih responden di pengaruhi beberapa alasan. Berdasarkan kuesioner pengambilan keputusan, didapatkan bahwa pertanyaan yang banyak dijawab setuju dan sangat setuju oleh responden yaitu nomer 1, 7, 8, dan 9 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan pelayanan pendaftaran, empati untuk membantu pasien, fasilitas ruangan dan parkir. Sedangkan pertanyaan yang dijawab tidak setuju yaitu nomer 2, 10 dan 11 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan pelayanan akses via telpon, fasilitas penunjang dan pengalaman orang lain, responden tidak menjawab setuju sebanyak 6 – 7 orang.

Tabel 5.9 Distribusi responden berdasarkan *perceived benefit* memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

<i>Perceived Benefit</i>	N	%
Kuat	44	40
Lemah	65	60
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.9 di atas dapat dilihat bahwa distribusi *perceived benefit* pada penelitian ini memiliki tingkat yang lemah yaitu 65 orang (60%). Hal ini dikarenakan responden tidak merasakan manfaat yang benar ketika selesai melakukan pengobatan di Sangkal Putung. Berdasarkan kuesioner *perceived benefit*, didapatkan bahwa pertanyaan yang banyak dijawab setuju

dan sangat setuju oleh responden yaitu nomer 3, 6, dan 8, merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan terkait keramahan, pengobatan yang praktis, dan biaya yang murah. Sedangkan pertanyaan yang dijawab tidak setuju yaitu nomer 4, 5 dan 7 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan pembedahan, sembuh saat di obati dan masalah cedera yang terselesaikan.

Tabel 5.10 Distribusi responden berdasarkan *perceived barrier* memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

<i>Perceived Barrier</i>	N	%
Kuat	57	52
Lemah	52	48
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.10 di atas dapat dilihat bahwa distribusi *perceived barrier* pada penelitian ini memiliki tingkat yang kuat yaitu 57 orang (52%). Hal ini dikarenakan responden merasakan adanya hambatan ketika memilih berobat di Sangkal Putung. Berdasarkan kuesioner *perceived barrier*, didapatkan bahwa pertanyaan yang banyak dijawab setuju dan sangat setuju oleh responden yaitu nomer 1 dan 5, merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan kendala saat berobat dan larangan untuk berobat. Sedangkan pertanyaan yang dijawab tidak setuju yaitu nomer 2, 3 dan 6 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan pemilihan layanan kesehatan, lokasi pengobatan dan proses penyembuhan.

Tabel 5.11 Distribusi responden berdasarkan *self efficacy* memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

<i>Self Efficacy</i>	N	%
Kuat	41	38
Lemah	68	62
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.11 di atas dapat dilihat bahwa distribusi *self efficacy* pada penelitian ini memiliki tingkat yang lemah 68 orang (62%). Hal ini dikarenakan responden merasa tidak yakin akan keberhasilan untuk masalah cedera yang dialami. Berdasarkan kuesioner *self efficacy*, didapatkan bahwa pertanyaan yang banyak dijawab setuju dan sangat setuju oleh responden yaitu nomer 4 dan 5, merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan hasil yang dirasakan dan tidak ada efek samping. Sedangkan pertanyaan yang dijawab tidak setuju yaitu nomer 2 dan 3 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan mampu menggerakkan anggota badan dan beraktifitas seperti semula.

Tabel 5.12 Distribusi berdasarkan pengalaman keluarga responden memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pengalaman Keluarga	N	%
Kuat	78	72
Lemah	31	28
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.12 di atas dapat dilihat bahwa distribusi pengalaman keluarga pada penelitian ini memiliki tingkat yang kuat yaitu 78 orang (72%). Hal ini dikarenakan responden melihat dari pengalaman keluarga yang pernah mengalami cedera dan kemudian memilih berobat di sangkal putung lalu masalah cederanya teratasi. Berdasarkan kuesioner pengalaman keluarga, didapatkan bahwa pertanyaan yang banyak dijawab ya oleh responden yaitu nomer 1, 3 dan 7, merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan pernah atau tidak keluarga yang berobat di sangkal putung, pelayanan yang memuaskan dan keluarga yang mendukung. Sedangkan pertanyaan yang dijawab tidak yaitu nomer 2 dan 4 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan terkait pengobatan selain di sangkal putung dan pelayanan tidak menyenangkan.

Tabel 5.13 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang pengobatan tradisional di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Pengetahuan tentang pengobatan tradisional	N	%
Kurang	13	12
Cukup	28	26
Baik	68	62
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.13 di atas dapat dilihat bahwa distribusi pengetahuan tentang pengobatan tradisional pada penelitian ini memiliki tingkat pengetahuan yang baik yaitu sejumlah 68 orang (62%). Hal ini dikarenakan responden memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi yang juga bisa berasal dari pengalaman maupun informasi yang pernah diperoleh responden dari berbagai hal. Berdasarkan kuesioner pengetahuan, didapatkan bahwa pertanyaan yang banyak dijawab benar oleh responden yaitu pertanyaan nomor 2 dan 4 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan siapa yang melakukan pengobatan tradisional dan bahan – bahan apa yang digunakan. Sedangkan pertanyaan yang banyak dijawab salah yaitu nomor 1, 3 dan 5 merupakan pertanyaan yang berhubungan dengan pengertian pengobatan tradisional, metode pengobatan dan komplikasi akibat kesalahan penanganan cedera.

Tabel 5.14 Hasil uji usia, pendidikan, *perceived benefit*, *perceived barrier*, *self efficacy* responden memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Uji Spearman's rho	r	Kategori	p
Usia	0,173	Korelasi sangat lemah	0,071
Pendidikan	0,170	Korelasi sangat lemah	0,077
<i>Perceived Benefit</i>	0,740	Korelasi kuat	0,000
<i>Perceived Barrier</i>	0,658	Korelasi kuat	0,000
<i>Self Efficacy</i>	0,756	Korelasi sangat kuat	0,000

Berdasarkan tabel 5.14 didapatkan data hasil uji *Spearman's rho* pada variabel usia nilai signifikansi $p = 0,071$ lebih besar dari p yang ditetapkan yaitu

$< 0,05$ berarti H_1 ditolak. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara usia dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,173$ artinya didapatkan kategori korelasi sangat lemah.

Data hasil uji *Spearman's rho* pada variabel pendidikan nilai signifikansi $p = 0,077$ lebih besar dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 ditolak. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara pendidikan dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,170$ artinya didapatkan kategori korelasi sangat lemah.

Data hasil uji *Spearman's rho* pada variabel *perceived benefit* nilai signifikansi $p = 0,000$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 diterima. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa adanya hubungan antara *perceived benefit* dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,740$ artinya didapatkan kategori korelasi kuat.

Data hasil uji *Spearman's rho* pada variabel *perceived barrier* nilai signifikansi $p = 0,000$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 diterima. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa adanya hubungan antara *perceived barrier* dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,658$ artinya didapatkan kategori korelasi kuat.

Hasil uji *Spearman's rho* pada variabel *self efficacy* nilai signifikansi $p = 0,000$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 diterima. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa adanya hubungan antara *self efficacy*

dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,756$ artinya didapatkan kategori korelasi sangat kuat.

Tabel 5.15 Hasil uji jenis kelamin, sosial ekonomi dan pengalaman keluarga responden memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

Uji <i>Chi Square</i>	r	Kategori	p
Jenis Kelamin	0,429	Kekuatan sedang	0,324
Sosial Ekonomi	0,027	Kekuatan sangat lemah	0,035
Pengalaman Keluarga	0,971	Kekuatan sangat kuat	0,019

Berdasarkan tabel 5.15 didapatkan data hasil uji *Chi Square* pada variabel jenis kelamin nilai signifikansi $p = 0,324$ lebih besar dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 ditolak. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,429$ artinya didapatkan kategori kekuatan sedang.

Data hasil uji *Chi Square* pada variabel sosial ekonomi nilai signifikansi $p = 0,035$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 diterima. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa adanya hubungan antara sosial ekonomi dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,027$ artinya didapatkan kategori kekuatan sangat lemah.

Data hasil uji *Chi Square* pada variabel pengalaman keluarga nilai signifikansi $p = 0,019$ lebih kecil dari p yang ditetapkan yaitu $< 0,05$ berarti H_1 diterima. Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa adanya hubungan antara pengalaman keluarga dengan pengambilan keputusan pasien cedera

muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung. Sedangkan nilai korelasi $r = 0,971$ artinya didapatkan kategori kekuatan sangat kuat.

Tabel 5.16 Faktor dominan yang mempengaruhi pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di Sangkal Putung KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang dan Sangkal Putung Muhajir.

	Faktor	Nilai r	Kategori
<i>Modifying Factor</i>	Usia	0,173	Korelasi sangat lemah
	Pendidikan	0,170	Korelasi sangat lemah
	Jenis kelamin	0,429	Kekuatan sedang
	Sosial Ekonomi	0,027	Kekuatan sangat lemah
	Pengalaman keluarga	0,971	Kekuatan sangat kuat
<i>Individual Belief</i>	<i>Perceived Benefit</i>	0,740	Korelasi kuat
	<i>Perceived Barrier</i>	0,658	Korelasi kuat
	<i>Self Efficacy</i>	0,756	Korelasi sangat kuat

Berdasarkan tabel 5.16 didapatkan bahwa ada 5 faktor yang memiliki hubungan dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung yaitu sosial ekonomi, pengalaman keluarga, *perceived benefit*, *perceived barrier* dan *self efficacy*. Namun terdapat satu faktor yang paling berhubungan yaitu pengalaman keluarga yang memiliki nilai korelasi paling tinggi yaitu $r = 0,971$. Nilai korelasi yang tinggi menunjukkan bahwa hubungan antar variabel semakin erat berhubungan. Semakin erat hubungan antar variabel menunjukkan variabel tersebut dominan. Pengalaman keluarga yang pernah berobat di pengobatan tradisional sangat mempengaruhi apabila ada keluarganya yang lain mengalami cedera kemudian memutuskan untuk memilih ke pengobatan tradisional sangkal putung karena ada hasil yang dapat dilihat dari pengalaman keluarganya.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Analisis hubungan usia dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan usia dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal, diketahui sebagian besar responden berusia 46 – 59 tahun yang memilih berobat di Sangkal Putung. Hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Kemampuan fisik optimal seseorang dicapai saat usia 25-30 tahun dan kapasitas fisiologis seseorang akan menurun 1% tiap tahunnya setelah kondisi puncak terlampaui, saat itulah manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap degeneratif dan infeksi dikarenakan bertambahnya usia (Tarwaka *et al*, 2004).

Menurut klasifikasi WHO, rentang usia dalam penelitian ini berada pada rentang usia dewasa pertengahan (*Middleage*). Adapun ciri dari dewasa pertengahan adalah adanya aktivitas sosial yang tinggi. Aktivitas sosial yang tinggi pada seseorang akan memudahkan untuk mendapatkan informasi yang penting mengenai pemilihan pengobatan yang tepat melalui informasi pengalaman dari teman, keluarga ataupun orang lain yang pernah merasakan efektivitas pengobatan tersebut. Informasi tersebut akan menjadi pertimbangan dalam memilih pengobatan tradisional.

Usia juga salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dari teori HBM (*perceived benefit, barrier, self efficacy*). Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya usia merupakan faktor modifikasi bukan merupakan faktor

utama pembentuk pengambilan keputusan. Faktor modifikasi merupakan faktor yang berpengaruh pada kepercayaan seseorang terhadap pengambilan keputusan yang nantinya akan memunculkan perilaku kesehatan. Usia bukan merupakan faktor muklak pembentuk pengambilan keputusan, harus ada faktor utama pembentuk yang mempengaruhi seperti ada manfaat yang dirasakan, pengalaman dari keluarga serta faktor – faktor lainnya (Glanz *et al*, 2008).

5.2.2 Analisis hubungan pendidikan dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pendidikan dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal, diketahui hampir sebagian besar pendidikan terakhir yaitu lulusan SMA Hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Menurut Waidi (2006) setiap orang mempunyai kecenderungan dalam melihat benda yang sama dengan cara yang berbeda – beda. Perbedaan tersebut bisa dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya adalah pengetahuan. Tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap atau memahami pengetahuan yang mereka peroleh. Pendidikan juga merupakan salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dari teori HBM (*perceived benefit, barrier, self efficacy*). Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya pendidikan merupakan faktor modifikasi bukan merupakan faktor utama pembentuk pengambilan keputusan (Glanz *et al*, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian pendidikan masyarakat yang memilih pengobatan tradisional tidak hanya berpendidikan rendah saja tetapi masyarakat

berpendidikan atas bahkan sarjana yang memiliki tingkat rasional yang cukup tinggi mengambil jalan pintas ke arah pengobatan tradisional (Kasnodihardjo, 2005). Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian oleh Pakpahan (2011) yaitu ternyata pendidikan masyarakat yang memilih pengobatan tradisional sangkal putung mayoritas adalah SMA dan Perguruan tinggi. Sehingga untuk mengambil keputusan memilih berobat ke Sangkal Putung tidak hanya pada kalangan masyarakat yang berpendidikan rendah saja namun dari segala tingkat pendidikan. Keadaan saat ini tingkat pengetahuan seseorang tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal saja namun seiring dengan kemajuan teknologi informatika sangat mempengaruhi seseorang untuk dapat memperoleh informasi dari ilmu pengetahuan dimana saja sehingga pendidikan formal tidak selalu menjadi faktor yang berhubungan dengan keputusan seseorang untuk selalu memanfaatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit

5.2.3 Analisis hubungan *perceived benefit* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan *perceived benefit* dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal menunjukkan tingkat *perceived benefit* yang lemah. Hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *perceived benefit* pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Perceived benefit merupakan persepsi tentang manfaat yang akan dirasakan jika berubah perilakunya. Dalam teori HBM dijelaskan bahwa individu yang percaya akan keputusan untuk memilih dalam menggunakan pelayanan kesehatan tersebut bermanfaat bagi dirinya maka dia akan

melakukannya, namun jika tidak bermanfaat maka dia tidak akan melakukan hal tersebut. Persepsi terhadap manfaat juga merupakan salah satu faktor utama yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang dalam memilih layanan kesehatan. (Glanz *et al*, 2008).

Anderson dalam Notoatmodjo (2010) dengan model sistem kesehatan (*health system model*), percaya bahwa setiap individu mempercayai adanya kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Dalam teori tersebut menyatakan bahwa faktor – faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud dalam tindakan apabila itu dirasakan sebagai kebutuhan.

Seseorang yang mengalami cedera muskuloskeletal merasa dirinya berada di tahap dimana akan merasakan keseriusan pada penyakitnya, individu tersebut akan melakukan suatu tindakan tertentu termasuk tindakan mengambil keputusan untuk memilih tempat pengobatan alternatif dalam mengobati cedera yang dialaminya. Tindakan dalam mengambil keputusan memilih tempat pengobatan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan keberhasilan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Manfaat dan keberhasilan ini lebih mempengaruhi dari tindakan – tindakan lain yang mungkin ditemukan. Jadi, semakin besar manfaat yang dirasakan untuk mengatasi cederanya, maka dia akan memilih melakukan tindakan tersebut (Kurnia dkk, 2010).

5.2.4 Analisis hubungan *perceived barrier* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan *perceived barrier* dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal menunjukkan

tingkat *perceived barrier* yang kuat. Hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *perceived barrier* pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Perceived barrier merupakan segala sesuatu yang menghambat individu dalam melakukan perubahan perilaku tertentu. Dalam teori HBM dijelaskan bahwa segala sesuatu yang menghambat ini dapat dilihat dari segi manfaat, pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan dan tidak menyenangkan serta dukungan keluarga dan lainnya. Dalam teori HBM dijelaskan bahwa persepsi terhadap hambatan merupakan salah satu faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Persepsi terhadap hambatan yang dirasakan tentang pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor utama penentu perilaku kesehatan (Glanz *et al*, 2008).

Afolabi (2013) dalam penelitiannya tentang perilaku pencarian pengobatan dan persepsi mahasiswa terhadap pelayanan kesehatan di komunitas universitas di Nigeria didapatkan hasil sebagian besar mahasiswa hanya berkonsultasi terhadap sesama daripada mencari pengobatan difasilitas kesehatan universitas. Perilaku pencarian pengobatan mahasiswa disana secara esensial dipengaruhi oleh sifat penyakit, lama waktu tunggu di fasilitas kesehatan dan sikap dari tenaga kesehatan. Serangkaian proses pengobatan medis sering kali menyebabkan pasien merasa bosan, biaya rumah sakit yang mahal dan hambatan – hambatan lain yang dirasakan akan mempengaruhi keputusannya untuk sembuh sehingga berusaha mencari alternatif pengobatan lainnya untuk mempercepat proses penyembuhan. (Agusmarni, 2012).

Dari hasil penelitian ini yang menyatakan *perceived barrier* yang kuat memiliki hambatan eksternal dari pelayanan kesehatan, hal inilah yang mempengaruhi pasien cedera muskuloskeletal dalam mengambil keputusan untuk memilih pelayanan kesehatan. Bisa saja hambatan eksternal itu dari ketersediaan obat, jarak pelayanan kesehatan, ketebatasan ekonomi, ketakutan akan adanya operasi mempunyai kontribusi yang besar dalam mempengaruhi pengambilan keputusan memilih berobat di sangkal putung.

5.2.5 Analisis hubungan *self efficacy* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan *self efficacy* dengan pengambilan keputusan pasien cedera muskuloskeletal menunjukkan tingkat *self efficacy* yang lemah. Hasil uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *self efficacy* pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Self efficacy merupakan pendirian bahwa dia akan berhasil melakukan perilaku tertentu untuk mendapatkan hasil tertentu pula atau dengan kata lain bahwa individu berperilaku pasti akan mengakibatkan hasil tertentu pula. Menurut Bandura bahwa *self efficacy* dapat mempengaruhi setiap tingkat dari perubahan pribadi, baik saat individu tersebut mempertimbangkan perubahan kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan. Seseorang akan merasa yakin atas kemampuan karena kehadiran pengalaman yang berkaitan dengan sebuah perilaku atau merasa yakin berdasarkan observasi yang dilakukan pada orang lain (Glanz *et al*, 2008)

Teori HBM menjelaskan bahwa seseorang umumnya tidak mencoba untuk melakukan sesuatu yang baru kecuali seseorang berpikir dapat melakukannya. Jika seseorang percaya suatu perilaku baru yang berguna (manfaat dirasakan), tetapi berpikir dia tidak mampu melakukan itu (penghalang dirasakan), kemungkinan bahwa hal itu tidak akan dilakukan. Dalam teori dijelaskan bahwa *self efficacy* merupakan salah satu faktor utama yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang.

Perilaku mencari pengobatan tersebut didasarkan pada kedua faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Salah satu faktor internal ialah *self efficacy* (Notoatmodjo, 2010). Adanya suatu *self efficacy* itu sendiri berguna untuk mencapai tujuan (goal) yang akan dihadapi oleh pasien misalnya kesembuhan terhadap cedera muskuloskeletal, tersebut, karena dapat meningkatkan motivasi seseorang.

5.2.6 Analisis hubungan jenis kelamin dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan jenis kelamin dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal, diketahui sebagian besar responden yaitu perempuan yang memilih berobat di Sangkal Putung. Hasil uji statistik *Chi Square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Kemampuan otot wanita memang lebih rendah daripada pria. Kekuatan otot wanita hanya sekitar dua pertiga dari kekuatan otot pria, sehingga daya otot pria pun lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Hal ini bisa terjadi sebagai akibat dari pengaruh hormonal yang berbeda antara pria dan wanita. Hormon

kewanitaan dapat menyebabkan fisik wanita lebih halus (Hijrah *et al*, 2013). Wanita juga mengalami peningkatan ketegangan otot secara tiba-tiba sebelum haid dan penurunan setelah haid (Syafitri, 2010)

Teori pada buku Brunner & suddart (2002) yang menyatakan cedera terjadi lebih sering pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Hal ini berhubungan dengan olah raga, pekerjaan atau kecelakaan. Adapun olah raga yang dapat menyebabkan fraktur adalah sepak bola, ski, senam, volley, basket dan sepak bola, dan berdansa diatas lantai yang licin. Sedangkan pekerjaan yang berisiko adalah tukang besi, supir, bangunan, pembalap mobil.

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dari teori HBM (*perceived benefit, barrier, self efficacy*). Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya jenis kelamin merupakan faktor modifikasi bukan merupakan faktor utama pembentuk pengambilan keputusan. Jenis kelamin bukan merupakan faktor muaklak pembentuk pengambilan keputusan, harus ada faktor utama pembentuk yang mempengaruhinya (Glanz *et al*, 2008).

Penelitian ini banyak terjadi pada wanita sedangkan cedera lebih sering terjadi pada laki – laki, maka jenis kelamin tidak mempengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk memilih pelayanan kesehatan, karena setiap seseorang tersebut baik laki – laki maupun perempuan apabila mengalami cedera muskuloskeletal akan langsung membuat keputusan untuk memilih datang ke pelayanan kesehatan untuk berobat mengatasi cedera yang dialami.

5.2.7 Analisis hubungan sosial ekonomi dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendektan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan sosial ekonomi dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal, diketahui sebagian besar responden berpenghasilan kurang dari 3.500.000 yang memilih berobat di Sangkal Putung. Hasil uji statistik *Chi Square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara sosial ekonomi pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Menurut (Agusmarni, 2012) faktor ekonomi mempunyai peranan besar dalam penerimaan atau penolakan pengobatan. Dalam faktor ekonomi ini diperkuat dengan persepsi masyarakat bahwa pengobatan tradisional membutuhkan sedikit tenaga, biaya dan waktu serta biaya yang dikeluarkan tidak lebih besar atau lebih murah.

Pakpahan (2011), menyatakan bahwa pengobatan alternatif dipilih karena alasan murah. Mahalnya obat-obatan modern dan tingginya biaya fasilitas kedokteran canggih menjadi alasan masyarakat mencari jenis pengobatan alternatif, pengobatan modern mengisyaratkan adanya kemampuan ekonomi yang memadai.

Teori HBM menyatakan bahwa sosial ekonomi merupakan salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dari teori HBM (*perceived benefit, barrier, self efficacy*). Dalam hal ini sosial ekonomi memperkuat faktor utama sehingga mempengaruhi seseorang dalam mengambil suatu keputusan akan pelayanan kesehatan yang diambil (Glanz *et al*, 2008).

Hasil dari penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat di sangkal putung memiliki pendapatan yang kurang dari 3.500.000. Hal ini yang menjadi salah satu alasan untuk memilih mencari pengobatan tradisional yang dianggap lebih murah dan terjangkau.

5.2.8 Analisis hubungan pengalaman keluarga dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pengalaman keluarga dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal, menunjukkan tingkat pengalaman keluarga yang kuat.. Hasil uji statistik *Chi Square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengalaman keluarga pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal dengan pengambilan keputusan untuk memilih berobat ke Sangkal Putung.

Menurut (Terry, 2010) pengalaman memang dapat dijadikan pedoman dalam menyelesaikan masalah. Keputusan yang berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis. Pengalaman dan kemampuan untuk memperkirakan apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah.

Pada pasien cedera muskuloskeletal pengalaman keluarga merupakan salah satu hal yang juga berpengaruh dalam pengambilan keputusan untuk memilih pelayanan kesehatan. Karena seseorang tersebut akan melihat hasil dari pengalaman keluarganya, bagaimana salah satu dari anggota keluarganya ada yang mendapat masalah cedera kemudian bagaimana cara mengatasi dan hasil dari keputusan yang diambil untuk mengatasi masalah cederanya. Apabila hasil

tersebut baik, maka diikuti cara mengatasinya yaitu dengan sama – sama pergi ke sangkal putung ketika mengalami cedera.

Pengalaman keluarga merupakan salah satu faktor pendukung untuk memperkuat faktor utama dari teori HBM (*perceived benefit, barrier, self efficacy*). Dalam hal ini pengalaman keluarga memperkuat faktor utama sehingga mempengaruhi seseorang dalam mengambil suatu keputusan akan pelayanan kesehatan yang diambil (Glanz *et al*, 2008).

BAB 6**KESIMPULAN DAN SARAN****6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Usia tidak ada hubungan dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
2. Pendidikan tidak ada hubungan dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
3. Jenis kelamin tidak ada hubungan dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
4. Sosial ekonomi berhubungan dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
5. Pengalaman keluarga berhubungan dengan *perceived benefit*, *perceived barriers*, dan *self efficacy* dalam pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

6. *Perceived benefit* berhubungan dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
7. *Perceived barrier* berhubungan dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.
8. *Self efficacy* dengan pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke sangkal putung berdasarkan pendekatan teori *health belief model*, saran yang didapat sebagai berikut :

1. Saran untuk penyedia pengobatan sangkal putung :

Sebaiknya pihak Sangkal Putung memberikan edukasi kepada pasien apabila ada kasus yang tidak bisa ditangani dengan metode pengobatan tradisional, dan sebaiknya pihak Sangkal Putung bekerjasama dengan pihak rumah sakit, jadi apabila ada kasus yang tidak bisa ditangani di Sangkal Putung, pihak Sangkal Putung bisa merujuk pasien untuk berobat secara medis.

2. Saran untuk badan atau lembaga yang menaungi sangkal putung :

Sebaiknya badan atau lembaga yang menaungi sangkal putung melakukan monev pada tempat sangkal putung yang ada di Surabaya, untuk melihat apakah ada tempat sangkal putung sudah menjalankan sesuai standart

dan tupoksinya masing – masing lalu apabila ada yang melanggar akan dikenakan sanksi.

3. Saran untuk penelitian selanjutnya :

Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan responden dari suku yang berbeda sehingga dapat diketahui apakah suku juga mempengaruhi *health belief model* pada individu yang mengambil keputusan untuk memilih berobat ke sangkal putung. Penelitian selanjutnya diharapkan mampu membuat penelitian yang berhubungan dengan solusi pada pengambilan keputusan yang memilih berobat ke sangkal putung.

DAFTAR PUSTAKA

- Afolabi, M.O. Daropale, V.O. Irinoye, A.I. Adogake, A.A.(2013). 'Health-Seeking Behaviour and Student Perception of Health Care Services in A University Community In Nigeria'. Abofami Awolowo University.
- Agusmarni, S. (2012). 'Gambaran Health Belief Model pada Individu Penderita Diabetes yang Menggunakan Pengobatan Medis Dan Alternatif'.
- Agustiani, R. (2010). 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Konsumsi Kalsium Pada Siswi di SMP N1 Mande Kabupaten Cianjur Tahun 2010'.
- Alwisol. (2009). 'Psikologi Kepribadian'. Malang: UMM Press.
- Ariyanto, B. D. (2008). 'Latar Belakang Masyarakat dalam Memilih Jasa Pengobatan Tradiaional Patah Tulang Sangkal Putung di Dusun Petinggen, Desa Kalirandu, Kecamatan Petarukan, Kabupaten Pemalang Tahun 2008'. Kabupaten Pemalang Tahun Skripsi. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Azwar, S. (2010). 'Metode Penelitian'. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Baticaca, F. B. (2008). 'Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan'. Jakarta: Salemba Medika.
- Black, Joyce M. & Hawks, J. H. (2014). 'Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan'. 8th edn. Singapura: Elsevier.
- Brunner, S. (2001). 'Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah'. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2010). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta': Depkes RI.
- Desmita. (2010) ' Psikologi Perkembangan'. PT Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Desni, F., Agung Wibowo, T. and Kes Mas, R. (2011). 'Hubungan Pengetahuan, Sikap, Perilaku Kepala Keluarga dengan Pengambilan Keputusan Pengobatan Tradisional di Desa Rambah Tengah Hilir Kecamatan Rambah Kabupaten Rokan Hulu, Riau', 5.
- Edusei, A. K., Owusu-Ansah, F. E., Dogbe, J. A., Morgan, J. and Sarpong, K. (2015). 'Perspectives in Musculoskeletal Injury Management by Traditional Bone Setters in Ashanti, Ghana', *African Journal of Disability*. doi: 10.4102/ajod.v4i1.97.
- Glanz,et al. (2008). 'Health Behavior and Health Education Theory, Research, And Prectice'. USA: Jossey bass.
- Guo HR, Chang YC, Yeh WY, Chen CW, Guo YL. (2004). 'Prevalence of Musculoskeletal Disorders Among Workers in Taiwan: A Nationwide Study. J Occup Health'. 46(1):26-36
- Hanafiah M.Yusuf & Amri, amir (2008). 'Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan. 4th edn'. Jakarta: EGC.

- Iwan Muhamad Ramdan, T. B. L. (2012). 'Determinan Keluhan *Musculoskeletal* pada Tenaga Kerja Wanita'. *Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7, p. 170.
- Joseph Sina, O. (2015). 'Traditional Bone-Setters and Fracture Care in Ekiti State, Nigeria', *Alternative & Integrative Medicine*. doi: 10.4172/2327-5162.1000182.
- Kasnodiharjo. (2005). 'Studi Tentang Penularan Pes dengan Pendekatan Sosioekologi di Dusun Sulorowo, Perbukitan Tengger Bromo, Kabupaten Pasuruan Jawa Timur' *Media Litbang Kesehatan Volume XV Nomor 1*.
- Kemenkes RI. (2015). 'Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014'. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kotler, P. (2000). 'Marketing Management, The Millenium. 1 Edition'. New Jersey: Prentice Hall.
- Kowalak. (2011). 'Buku Ajar Patofisiologi'. Jakarta : EGC.
- Langit Sumirat, W., Subagya dan Siti Rochani, F., Kunci, K. (2017). 'Perilaku Masyarakat pada Pengobatan Tradisional Sangkal Putung H. Atmo Saidi di Desa Sroyo Kecamatan Jaten Kabupaten Karanganyar (Studi Kasus pada Masyarakat Pemakai dan Bukan Pemakai Pengobatan Tradisional Sangkal Putung)'
- Lemone, Priscilla, D. (2017). 'Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah': Gangguan Muskuloskeletal. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2008). 'Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal'. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). 'Metodologi Penelitian Kesehatan'. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S.(2010). 'Ilmu perilaku Kesehatan'. Jakarta: PT.Rineka Cipta
- Nursalam (2013). 'Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan'. 3rd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2016). 'Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis'. Jakarta: Salemba Medika, p. 50.
- Pradana, A. (2015). 'Gambaran Health Belief Model pada Individu'.
- Pakpahan, Rut J. (2011). 'Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penderita Fraktur Memilih Pengobatan Tradisional di Pengobatan Tradisional Patah Tulang P.Gurusinga Kecamatan Medan Tuntungan'. Medan: USU Press
- R.Terry, G. dan L. W. R. (2010). 'Dasar-Dasar Manajemen'. Jakarta: Bumi Aksara.
- Riset kesehatan dasar (2013). 'Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2013'.
- Sari, ayu puspita (2012). 'Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Berobat pada Pasien Patah Tulang yang Menggunakan Sistem Pembiayaan Jamkesmas'.
- Shobdie, M. (2015). 'Kepercayaan Pasien Terhadap Pengobatan Tradisional Sangkal Putung'.

- Suarilah, I. and Yasmara, D. (2017). 'Sangkal Putung, as Perceived by People with Musculoskeletal Fracture', 3(Inc), pp. 48–51.
- Sumartiningsih, S. (2012). 'Cedera Keseleo pada Pergelangan Kaki (Ankle Sprains)', Juli Disetujui: Juni, pp. 2088–6802. Available at: <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/miki>.
- Susi Hanifah Kurnia, Cecep Eli Kosasih, A. P. P. (2010). 'Faktor-Faktor yang Melatarbelakangi Pasien Patah Tulang Berobat ke Pengobatan Tradisional Ahli Tulang di Sumedang'.
- Syamsi, I. (2000). 'Pengambilan Keputusan dan Sistem Informasi'. Jakarta: Bumi Aksara.
- Syafitri, Juniar Tri. (2010). 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Keluhan Low Back Pain (LBP) Pada Karyawan Bagian Corporate Customer Care Center (C4) PT Telekomunikasi Indonesia, Tbk Tahun 2010'. Uin Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Tampubulon, J.S, & Adiatmika, I.P.G.(2014). 'Keluhan Muskuloskeletal pada Pekerja Laundry di Kecamatan Denpasar Selatan, Bali'. E-Jurnal Medika Udayana, 5, 1-9
- Tarwaka, *et al.* (2004.) 'Ergonomi untuk Kesehatan, Keselamatan, dan Produktivitas'. Edisi I, Cetakan I. Surakarta: Uniba Press
- Waidi. (2006). '*The art of re-engineering your mind for success*'. Jakarta: Gramedia.
- Wulandari, Y. A. *et al* (2016). 'Health Belief Model: Health Preventive Behavior of Sexually Transmitted Infection in Female Sex Workers in Surakarta', *Journal of Health Promotion and Behavior* (2016), 2. doi: <https://doi.org/10.26911/thejhp.2016.01.02.02>.
- Yudha, K., Hendra Wibowo, M., Arifin, M., Studi, P., Stikes, N., Pekajangan, M. and Pekalongan, – (2015) 'Studi Kualitatif Pengambilan Keputusan pada Klien Fraktur dalam Memilih Pengobatan Tradisional Patah Tulang di Kabupaten Pekalongan'.

Lampiran 1

SURAT DATA AWAL SANGKAL PUTUNG KH. KEMAS SURABAYA



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 780/UN3.1.13/PPd/2018 22 Maret 2018
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Fasilitas
Survey Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.: Bapak KH.Kemas Abdulrahman
 Bin Kemas Awang
 Jl. Gunung Anyar Jaya Masjid No. 12
 Surabaya

Schubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Siti Sholihah
 NIM : 131411131013
 Judul Skripsi : Analisis faktor pengambilan keputusan berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* pada pasien fraktur yang memilih berobat ke Sangkal Putung
 Pembimbing Ketua : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns.,M.Kep
 Pembimbing : Deni Yasmara, S.Kep.Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196808291989031002

Lampiran 2

SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA PENELITIAN SANGKAL PUTUNG 1



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website: <http://bers.unai.ac.id/> Email: dekan_ners@fkip.unai.ac.id

Nomor : 637/UN3.1.13/PPd/2018 24 Mei 2018
 Lampiran : 1 (satu) eksemplar
 Perihal : Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.: Bapak KH. Kemas Abdulrahman Bin Kemas Awang
 Jl. Gunung Anyar Jaya Masjid No.12
 Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Siti Sholihah
 NIM : 131411131013
 Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan pada Pasien Cedera Muskuloskeletal yang Memilih Berobat ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori Health Belief Model

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
 NIP. 196808291989031002

Lampiran 3

SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA PENELITIAN SANGKAL PUTUNG 2



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 1636/UN3.1.13/PPd/2018 24 Mei 2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Bapak Muhajir
Kedung Mangu Timur III No 7, Sidotopo Wetan
Surabaya

Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Siti Sholihah
NIM : 131411131013
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan pada Pasien Cedera Muskuloskeletal yang Memilih Berobat ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori Health Belief Model


Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Lampiran 4

SERTIFIKAT LOLOS UJI ETIK



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 915-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :



The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGAMBILAN KEPUTUSAN PADA PASIEN CEDERA MUSKULOSKELETAL YANG MEMILIH BEROBAT KE SANGKAL PUTUNG BERDASARKAN PENDEKATAN TEORI HEALTH BELIEF MODEL”

Peneliti utama : Siti Sholihah
Principal Investigator
Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Indonesia
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 28 Mei 2018
Ketua (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0668 1991 03 1002

Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori *Health Belief Model*

Tujuan Umum

Menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan pada pasien cedera muskuloskeletal yang memilih berobat ke Sangkal Putung berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model*.

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, sehingga tidak ada perlakuan apapun untuk subjek. Subjek hanya sebagai responden yang akan diminta untuk mengisi kuisisioner perihal data *modifying factor*, *individual belief*, dan cedera muskuloskeletal. Subjek akan diberikan penjelasan penelitian sebelum diberikan kuisisioner dan juga kontrak waktu sekitar 20 – 30 menit untuk mengisi kuisisioner.

Manfaat penelitian

Manfaat bagi subjek

Subjek yang terlibat dalam penelitian ini akan memperoleh pengetahuan atau referensi tambahan terkait pentingnya memilih pelayanan kesehatan yang tepat dan pentingnya penanganan yang benar pada pasien dengan cedera muskuloskeletal.

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subjek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya mengisi kuisisioner

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Jaminan kerahasiaan data

Peneliti berjanji akan selalu menghargai dan menjunjung tinggi hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh selama proses pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data hasil penelitian

Informasi tambahan

Subjek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti :

Siti Sholihah (Licha)

Telp : 083151191271

Atas perhatian dan kesediaan saudara, saya sampaikan terimakasih.

Surabaya,2018

Responden,

Hormat Saya,
Peneliti,

()

(Siti Sholihah)

Lampiran 6**PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN***(Informed Consent)*

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama:

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara rinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung Berdasarkan Pendekatan Teori *Health Belief Model*”.
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek penelitian
3. Manfaat ikut sebagai subjek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Surabaya,..... 2018

Peneliti

Responden

(Siti Sholihah)

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 7

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Kosongkan kolom nomor responden
2. Bacalah setiap pernyataan dengan teliti sebelum menjawabnya
3. Isilah seluruh pertanyaan dengan menggunakan jawaban yang sesuai dengan pemikiran anda
4. Cara pengisian jawaban disesuaikan dengan petunjuk yang telah diberikan.
5. Anda diharapkan untuk mengisi seluruh pertanyaan yang ada dalam kuisisioner ini secara mandiri
6. Bila pertanyaan yang tidak dimengerti, anda dapat langsung menanyakannya kepada peneliti
7. Untuk menjawab kusioner pertanyaan, berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang menurut anda benar atau sesuai dengan pemikiran anda.
8. Apabila ingin mengganti jawaban pada daftar pernyataan, anda dapat memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang salah / ingin diganti, kemudian memberikan tanda centang (√) kembali pada kolom yang tersedia.
9. Tiap pertanyaan akan dinilai bila diisi oleh satu jawaban
10. Jawaban anda akan dijaga kerahasiaanya dan hanya dipergunakan untuk penelitian. Selamat Mengisi

Lampiran 8**Kuesioner**

**Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Pada Pasien
Cedera Muskuloskeletal Yang Memilih Berobat Ke Sangkal Putung
Berdasarkan Pendekatan Teori *Health Belief Model***

Tanggal & Hari :

Identitas Diri

1. Kode Responden :
2. Alamat :
3. Umur :
4. Jenis kelamin :
5. Pendidikan terakhir :
6. Pekerjaan :
 - a. Ibu Rumah Tangga
 - b. Tidak Bekerja
 - c. Bekerja , Jenis pekerjaan
7. Pendapatan keluarga
 - a. Rp < 3.500.000/bln
 - b. Rp 3.500.000/bln
 - c. Rp > 3.500.000/bln
8. Alasan berobat ke Sangkal Putung karena
 - a. Keinginan sendiri
 - b. Mendapat rekomendasi dari teman, keluarga
 - c. Terpaksa berobat disana
 - d. Lain – lain (ekonomi, cedera belum sembuh)
9. Sebelum ke Sangkal Putung, kemana terlebih dahulu
Anda pergi mencari pengobatan ?
 - a. Ke Rumah Sakit terlebih dahulu
 - b. Langsung pergi ke Sangkal Putung
 - c. Ke Puskesmas terdekat
 - d. Lain – lain (tukang pijat, di obati dirumah)

A. Kuesioner Pengambilan Keputusan

Petunjuk : Pilihlah satu jawaban yang tepat dengan memberikan tanda (√) pada pilihan yang anda ketahui.

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)					
1.	Pelayanan pendaftaran langsung ke Sangkal Putung dapat dilakukan dengan cepat dan tidak berbelit				
2.	Pelayanan pendaftaran via telepon mudah diakses, tidak menunggu lama, dan dilayani dengan baik				
Jaminan (<i>Assurance</i>)					
3.	Saya dapat mempercayai kemampuan ahli tulang di sangkal putung ini dalam menangani cedera saya				
Empati (<i>Emphaty</i>)					
4.	Ahli tulang di Sangkal Putung sabar dalam melayani pasien				
5.	Ahli tulang di Sangkal Putung mendengarkan dengan baik keluhan cedera yang saya sampaikan				
6.	Orang – orang di Sangkal Putung selalu bersedia membantu pasien jika dibutuhkan				
Bukti Fisik (<i>Tangibles</i>)					
7.	Ruang tunggu dan ruang pemeriksaan di Sangkal Putung nyaman dan bersih				
8.	Tempat parkir tersedia dengan baik, tidak sulit untuk parkir				
9.	Fasilitas penunjang di Sangkal Putung nyaman, bersih, dan tersedia dengan baik				
Proses Pengambilan keputusan					
10.	Dimasa mendatang saya akan memanfaatkan pelayanan di Sangkal Putung kembali jika saya memerlukannya				

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
11.	Keputusan saya untuk berobat di Sangkal Putung merupakan keputusan yang tepat				
12.	Saya akan merekomendasikan tempat Sangkal Putung ini kepada keluarga dan teman – teman saya jika mereka cedera .				

B. Kuesioner Pengetahuan Tentang Pengobatan Tradisional

Petunjuk : Pilihlah satu jawaban yang tepat dengan memberikan tanda (X) pada pilihan yang anda anggap benar.

1. Apakah yang maksud dengan pengobatan tradisional ?
 - a. Pengobatan dengan cara lain selain cara kedokteran
 - b. Pengobatan yang dilakukan dengan menggunakan penyinaran
 - c. Pengobatan alternatif yang salah satu akibat dari kecelakaan atau jatuh dengan metode tradisional tanpa mengalami pembedahan
 - d. Pengobatan yang dilakukan sama dengan pengobatan modern
2. Siapa orang yang melakukan pengobatan tradisional ?
 - a. Orang yang diakui oleh masyarakat dan mampu melakukan pengobatan secara tradisional
 - b. Orang yang melakukan pengobatan menggunakan alat – alat kesehatan
 - c. Seseorang yang harus berpendidikan tinggi (D3/S1)
 - d. Orang yang biasa – biasa saja tanpa keahlian khusus
3. Bagaimana cara atau metode pengobatan tradisional menurut pengetahuan Anda ?
 - a. Menggunakan doa saja
 - b. Menggunakan ramuan, keterampilan, ajaran agama dan kebatinan
 - c. Menggunakan jarum suntik
 - d. Benar semua
4. Apa saja bahan yang digunakan oleh pelayanan kesehatan tradisional yang anda pilih ?
 - a. Alat – alat seperti di rumah sakit (tensimeter, gips, plester, bidai)
 - b. Dengan obat – obatan yang mengandung bahan kimia
 - c. Mineral, obat tradisional, alat medis (perban, plester, bidai sederhana)
 - d. Tanpa alat bantu apapun
5. Sebutkan salah satu dari komplikasi akibat kesalahan penanganan cedera ?
 - a. Amputasi
 - b. Tidak bisa berjalan
 - c. Cedera bertambah parah
 - d. Benar semua

C. Kuesioner Pengalaman Keluarga

Petunjuk : Pilihlah satu jawaban yang tepat dengan memberikan tanda (√) pada pilihan yang anda ketahui.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah ada dari keluarga atau sanak saudara yang pernah berobat di sangkal putung ?		
2.	Apakah saat mengalami cedera muskuloskeletal keluarga atau sanak saudara langsung pergi berobat ke sangkal putung ?		
3.	Apakah pengalaman keluarga yang sakit mendapatkan pelayanan yang baik dan memuaskan saat berobat di Sangkal Putung ?		
4.	Apakah ada pengalaman keluarga yang tidak menyenangkan saat berobat di Sangkal Putung ?		
5.	Apakah anda memilih keputusan berobat di Sangkal Putung karena ada keluarga yang pernah berobat disana?		
6.	Keluarga saya yang menyarankan saya untuk berobat disini		
7.	Keluarga saya mendukung dan menemani ketika saya memutuskan untuk berobat di Sangkal Putung ini		

D. Kuesioner *Individual Belief: Perceived Benefit dan Perceived Barrier*

Petunjuk : Pilihlah satu jawaban yang tepat dengan memberikan tanda (√) pada pilihan yang anda ketahui.

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya merasa lebih nyaman saat diobati di Sangkal Putung				
2.	Jika saya berobat di Sangkal Putung saya cepat mendapatkan perawatan tanpa menunggu berminggu – minggu				
3.	Orang – orang di sangkal putung melayani dengan ramah dan baik.				
4.	Saya memilih datang kesini karena tidak ada pembedahan				

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
	ketika saya berobat di Sangkal Putung				
5.	Saya merasa sembuh ketika saya memilih untuk berobat di Sangkal Putung.				
6.	Saya merasa proses pengobatan di Sangkal Putung lebih praktis.				
7.	Saya bisa menyelesaikan masalah cedera saya ketika saya berobat di sangkal putung				
8.	Biaya yang saya keluarkan lebih murah daripada saat saya berobat di tempat lain				
Kuesioner <i>Individual Belief: Perceived Barrier</i>					
9.	Saya mendapatkan kendala saat berobat di Sangkal Putung				
10.	Saya memilih untuk beralih ke Sangkal Putung saat saya mendapatkan kendala / hambatan ketika berobat di tempat lain				
11.	Lokasi pengobatan yang jauh dari rumah saya menjadi hambatan ketika saya memilih untuk berobat di Sangkal Putung				
12.	Ketika saya melakukan pengobatan di sangkal putung mengganggu kegiatan saya				
13.	Keluarga saya melarang ketika saya memutuskan untuk berobat di sangkal putung				
14.	Pengobatan di sangkal putung ini membutuhkan waktu yang lama untuk sembuh				

E. Kuesioner *Individual Belief: Self Efficacy*

Petunjuk : Pilihlah satu jawaban yang tepat dengan memberikan tanda (√) pada pilihan yang anda ketahui.

No	Pertanyaan	Tidak Yakin	Kurang Yakin	Yakin	Sangat Yakin
1.	Saya merasa ada perbedaan kondisi sebelumnya dengan kondisi yang sekarang selama saya menjalani pengobatan di Sangkal Putung.				
2.	Saya mampu menggerakkan anggota badan saya yang mengalami cedera				
3.	Saya mampu beraktifitas kembali seperti semula usai berobat di Sangkal Putung				
4.	Saya merasa tidak salah dalam memilih berobat di Sangkal Putung karena ada hasil yang saya rasakan dalam tubuh.				
5.	Tidak ada efek samping yang saya rasakan ketika selesai berobat di Sangkal Putung.				

TERIMA KASIH

ATAS PASTISIPASI ANDA

Lampiran 9

Analisis dan Uji Statistik

Uji Validitas dan Reliabilitas Pengambilan Keputusan

			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	TOTAL	
Spearman's rho	P1	Correlation Coefficient	1.000	.571**	.382**	.492**	.464**	.532**	.414**	.532**	.491**	.594**	.347**	.481**	.636**	
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
		N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
	P2	Correlation Coefficient	.571**	1.000	.405**	.361**	.315**	.449**	.426**	.404**	.401**	.484**	.358**	.356**	.614**	
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
		N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	
	P3	Correlation Coefficient	.382**	.405**	1.000	.551**	.693**	.511**	.205*	.340**	.327**	.447**	.460**	.614**	.610**	
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.033	.000	.001	.000	.000	.000	.000	
		N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	
	P4	Correlation Coefficient	.492**	.361**	.551**	1.000	.736**	.535**	.381**	.283**	.346**	.410**	.355**	.439**	.670**	
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000	.000	
		N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	

P5	Correlation Coefficient	.464**	.315**	.693**	.736**	1.000	.655**	.308**	.370**	.329**	.498**	.442**	.509**	.680**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P6	Correlation Coefficient	.532**	.449**	.511**	.535**	.655**	1.000	.429**	.448**	.400**	.501**	.367**	.450**	.650**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P7	Correlation Coefficient	.414**	.426**	.205*	.381**	.308**	.429**	1.000	.714**	.690**	.488**	.314**	.376**	.638**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.033	.000	.001	.000	.	.000	.000	.000	.001	.000	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P8	Correlation Coefficient	.532**	.404**	.340**	.283**	.370**	.448**	.714**	1.000	.860**	.551**	.368**	.449**	.722**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P9	Correlation Coefficient	.491**	.401**	.327**	.346**	.329**	.400**	.690**	.860**	1.000	.599**	.305**	.453**	.680**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.001	.000	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P10	Correlation Coefficient	.594**	.484**	.447**	.410**	.498**	.501**	.488**	.551**	.599**	1.000	.429**	.700**	.690**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000

	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P11	Correlation Coefficient	.347**	.358**	.460**	.355**	.442**	.367**	.314**	.368**	.305**	.429**	1.000	.528**	.549**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.001	.000	.	.000	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
P12	Correlation Coefficient	.481**	.356**	.614**	.439**	.509**	.450**	.376**	.449**	.453**	.700**	.528**	1.000	.656**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
TOTAL	Correlation Coefficient	.636**	.614**	.610**	.670**	.680**	.650**	.638**	.722**	.680**	.690**	.549**	.656**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	12

Uji Validitas dan Reliabilitas *Perceived Benefit*

			Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Item_6	Item_7	Item_8	Total_skor
Spearman's rho	Item_1	Correlation Coefficient	1.000	.700**	.735**	.567*	.784**	.906**	1.000**	.622*	.855**
		Sig. (2-tailed)	.	.004	.002	.028	.001	.000	.	.013	.000
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_2	Correlation Coefficient	.700**	1.000	.619*	.472	.700**	.607*	.700**	.252	.707**
		Sig. (2-tailed)	.004	.	.014	.076	.004	.016	.004	.366	.003
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_3	Correlation Coefficient	.735**	.619*	1.000	.644**	.511	.833**	.735**	.582*	.835**
		Sig. (2-tailed)	.002	.014	.	.010	.052	.000	.002	.023	.000
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_4	Correlation Coefficient	.567*	.472	.644**	1.000	.567*	.696**	.567*	.722**	.732**
		Sig. (2-tailed)	.028	.076	.010	.	.028	.004	.028	.002	.002
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_5	Correlation Coefficient	.784**	.700**	.511	.567*	1.000	.700**	.784**	.622*	.770**
		Sig. (2-tailed)	.001	.004	.052	.028	.	.004	.001	.013	.001
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_6	Correlation Coefficient	.906**	.607*	.833**	.696**	.700**	1.000	.906**	.719**	.897**
		Sig. (2-tailed)	.000	.016	.000	.004	.004	.	.000	.003	.000
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_7	Correlation Coefficient	1.000**	.700**	.735**	.567*	.784**	.906**	1.000	.622*	.855**
		Sig. (2-tailed)	.	.004	.002	.028	.001	.000	.	.013	.000
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Item_8	Correlation Coefficient	.622*	.252	.582*	.722**	.622*	.719**	.622*	1.000	.838**
		Sig. (2-tailed)	.013	.366	.023	.002	.013	.003	.013	.	.000
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Total_skor	Correlation Coefficient	.855**	.707**	.835**	.732**	.770**	.897**	.855**	.838**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.002	.001	.000	.000	.000	.
		N	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.945	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	22.00	16.286	.937	.927
Item_2	21.93	16.781	.787	.939
Item_3	21.73	18.638	.699	.944
Item_4	21.80	19.171	.629	.948
Item_5	22.00	16.714	.855	.933
Item_6	21.93	15.924	.943	.927
Item_7	22.00	16.286	.937	.927
Item_8	21.60	19.543	.618	.948

Uji Validitas dan Reliabilitas *Perceived Barrier*

		Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Item_6	Skor_total
Item_1	Pearson Correlation	1	.591 [*]	.591 [*]	.806 ^{**}	.796 ^{**}	.806 ^{**}	.930 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		.020	.020	.000	.000	.000	.000
	N	15	15	15	15	15	15	15
Item_2	Pearson Correlation	.591 [*]	1	.401	.391	.664 ^{**}	.455	.694 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.020		.139	.149	.007	.089	.004
	N	15	15	15	15	15	15	15
Item_3	Pearson Correlation	.591 [*]	.401	1	.601 [*]	.341	.754 ^{**}	.770 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.020	.139		.018	.213	.001	.001
	N	15	15	15	15	15	15	15
Item_4	Pearson Correlation	.806 ^{**}	.391	.601 [*]	1	.524 [*]	.827 ^{**}	.850 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.149	.018		.045	.000	.000
	N	15	15	15	15	15	15	15
Item_5	Pearson Correlation	.796 ^{**}	.664 ^{**}	.341	.524 [*]	1	.559 [*]	.769 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.007	.213	.045		.030	.001
	N	15	15	15	15	15	15	15
Item_6	Pearson Correlation	.806 ^{**}	.455	.754 ^{**}	.827 ^{**}	.559 [*]	1	.903 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	.000	.089	.001	.000	.030		.000
	N	15	15	15	15	15	15	15
Skor_total	Pearson Correlation	.930 ^{**}	.694 ^{**}	.770 ^{**}	.850 ^{**}	.769 ^{**}	.903 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.001	.000	.001	.000	
	N	15	15	15	15	15	15	15

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.722	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	14.00	4.286	.822	.553
Item_2	14.47	9.267	-.577	.906
Item_3	14.27	4.638	.626	.624
Item_4	14.07	4.495	.817	.564
Item_5	13.93	5.638	.510	.671
Item_6	14.27	4.352	.879	.542

Uji Validitas dan Reliabilitas *Self Efficacy*

			Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Skor_Total
Spearman's rho	Item_1	Correlation Coefficient	1.000	.510	.376	.743**	.825**	.735**
		Sig. (2-tailed)	.	.052	.167	.002	.000	.002
		N	15	15	15	15	15	15
	Item_2	Correlation Coefficient	.510	1.000	.906**	.492	.598*	.828**
		Sig. (2-tailed)	.052	.	.000	.062	.018	.000
		N	15	15	15	15	15	15
	Item_3	Correlation Coefficient	.376	.906**	1.000	.566*	.663**	.765**
		Sig. (2-tailed)	.167	.000	.	.028	.007	.001
		N	15	15	15	15	15	15
	Item_4	Correlation Coefficient	.743**	.492	.566*	1.000	.894**	.808**
		Sig. (2-tailed)	.002	.062	.028	.	.000	.000
		N	15	15	15	15	15	15
	Item_5	Correlation Coefficient	.825**	.598*	.663**	.894**	1.000	.822**
		Sig. (2-tailed)	.000	.018	.007	.000	.	.000
		N	15	15	15	15	15	15
	Skor_Total	Correlation Coefficient	.735**	.828**	.765**	.808**	.822**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.000	.001	.000	.000	.
		N	15	15	15	15	15	15

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.935	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	11.93	8.495	.704	.943
Item_2	11.80	8.029	.827	.921
Item_3	11.87	8.267	.822	.922
Item_4	11.93	7.352	.892	.908
Item_5	11.93	8.210	.919	.906

Uji Validitas dan Reliabilitas Pengalaman Keluarga

		Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Item_6	Item_7	Skor_total
Item_1	Pearson Correlation	1	.327	-.105	.105	.681**	.443	-.071	.537*
	Sig. (2-tailed)		.234	.710	.710	.005	.098	.800	.039
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Item_2	Pearson Correlation	.327	1	.080	-.080	.480	.431	.327	.660**
	Sig. (2-tailed)	.234		.777	.777	.070	.109	.234	.007
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Item_3	Pearson Correlation	-.105	.080	1	-.423	.423	.207	.681**	.403
	Sig. (2-tailed)	.710	.777		.116	.116	.459	.005	.137
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Item_4	Pearson Correlation	.105	-.080	-.423	1	.154	.237	.105	.240
	Sig. (2-tailed)	.710	.777	.116		.584	.396	.710	.389
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Item_5	Pearson Correlation	.681**	.480	.423	.154	1	.650**	.681**	.917**
	Sig. (2-tailed)	.005	.070	.116	.584		.009	.005	.000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Item_6	Pearson Correlation	.443	.431	.207	.237	.650**	1	.443	.817**
	Sig. (2-tailed)	.098	.109	.459	.396	.009		.098	.000
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Item_7	Pearson Correlation	-.071	.327	.681**	.105	.681**	.443	1	.712**
	Sig. (2-tailed)	.800	.234	.005	.710	.005	.098		.003
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Skor_total	Pearson Correlation	.537*	.660**	.403	.240	.917**	.817**	.712**	1
	Sig. (2-tailed)	.039	.007	.137	.389	.000	.000	.003	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.712	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	4.13	2.124	.405	.689
Item_2	4.47	1.695	.411	.694
Item_3	4.20	2.171	.193	.732
Item_4	4.93	2.352	.018	.768
Item_5	4.20	1.600	.867	.564
Item_6	4.33	1.524	.674	.600
Item_7	4.13	1.981	.616	.652

Lampiran 11

Uji Statistik Spearman rho

			usia	pendidikan	benefit	barrier	self_efficacy	total_ordinal
Spearman's rho	usia	Correlation Coefficient	1.000	-.275**	.036	.064	-.031	.173
		Sig. (2-tailed)	.	.004	.713	.511	.746	.071
		N	109	109	109	109	109	109
	pendidikan	Correlation Coefficient	-.275**	1.000	-.127	.059	-.055	.170
		Sig. (2-tailed)	.004	.	.189	.540	.569	.077
		N	109	109	109	109	109	109
	benefit	Correlation Coefficient	.036	-.127	1.000	.379**	.565**	.740**
		Sig. (2-tailed)	.713	.189	.	.000	.000	.000
		N	109	109	109	109	109	109
	barrier	Correlation Coefficient	.064	.059	.379**	1.000	.432**	.658**
		Sig. (2-tailed)	.511	.540	.000	.	.000	.000
		N	109	109	109	109	109	109
	self_efficacy	Correlation Coefficient	-.031	-.055	.565**	.432**	1.000	.756**
		Sig. (2-tailed)	.746	.569	.000	.000	.	.000
		N	109	109	109	109	109	109
	total_ordinal	Correlation Coefficient	.173	.170	.740**	.658**	.756**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.071	.077	.000	.000	.000	.
		N	109	109	109	109	109	109

Lampiran 12

Uji Statistik *Chi – Square* (Jenis Kelamin - Pengambilan Keputusan)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengambilan keputusan * jenis kelamin	109	100.0%	0	0.0%	109	100.0%

pengambilan keputusan * jenis kelamin Crosstabulation

Count

		jenis kelamin		Total
		Laki - Laki	Perempuan	
pengambilan keputusan	Lemah	28	36	64
	Kuat	24	21	45
Total		52	57	109

Chi-Square Tests^c

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.973 ^a	1	.324	.338	.214	
Continuity Correction ^b	.626	1	.429			
Likelihood Ratio	.973	1	.324	.338	.214	
Fisher's Exact Test				.338	.214	
Linear-by-Linear Association	.964 ^d	1	.326	.338	.214	.096
N of Valid Cases	109					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.47.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Uji Statistik *Chi – Square* (Pengalaman Keluarga - Pengambilan Keputusan)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengambilan keputusan * pengalaman keluarga	109	100.0%	0	0.0%	109	100.0%

pengambilan keputusan * pengalaman keluarga Crosstabulation

Count

		pengalaman keluarga		Total
		Lemah	Kuat	
pengambilan keputusan	Lemah	20	44	64
	Kuat	11	34	45
Total		31	78	109

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	133.975 ^a	102	.019
Likelihood Ratio	76.777	102	.971
Linear-by-Linear Association	3.479	1	.062
N of Valid Cases	109		

a. 123 cells (97,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Uji Statistik Chi – Square (Sosial Ekonomi - Pengambilan Keputusan)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengambilan keputusan * sosial ekonomi	109	98.2%	2	1.8%	111	100.0%

pengambilan keputusan * sosial ekonomi Crosstabulation

Count

		sosial ekonomi			Total
		<3.500.000	3.500.000	>3.500.000	
pengambilan keputusan	Lemah	37	9	18	64
	Kuat	30	11	4	45
Total		67	20	22	109

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Significance	95% Confidence Interval		Significance	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	6.733 ^a	2	.035	.033 ^b	.029	.037			
Likelihood Ratio	7.240	2	.027	.028 ^b	.025	.031			
Fisher's Exact Test	6.864			.031 ^b	.028	.034			
Linear-by-Linear Association	3.197 ^c	1	.074	.092 ^b	.086	.098	.048 ^b	.044	.052
N of Valid Cases	109								

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.26.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

