

STRES DENGAN PENYALAHGUNAAN ALKOHOL PADA REMAJA LAKI-LAKI

Dewa Made Ruspawan

I GNP. Putra

I Gusti Ayu Agung Istri Adnyaswari

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email:ruspawan.dm@gmail.com

Abstract: Stress Level With Boys Alcohol Abuse. *The purpose of this research is to find the relation between stress level with boys alcohol abuse in Banjar Belatung, Senganan, Keridan, Desa Senganan, Bali. This research is an analytic observational research which used cross sectional approachment to find the relation between stress level with boys alcohol abuse. The data is collecting by stress and alcohol abuse questionnaire with sample consists of 149 boys. The result of the research showed that most of boys is on middle stress as much as 27 boys (34,6%) and 70 boys (89,7%) is on alcohol abuse. According to the result of Rank Spearman correlation test sig (1-tailed) value is .000 which means Ho is denied and there is a relationship between stress level and boys alcohol abuse. With Coefficient Contingency value 0,546 means that the relation between the two variable is strong.*

Abstrak: Tingkat Stres Dengan Penyalahgunaan Alkohol Pada Remaja Laki-Laki. Tujuan penelitian ini adalah untuk mencari hubungan antara tingkat stress dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki di Banjar Belatung, Senganan, Keridan, Desa Senganan, Bali. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan metode pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mencari hubungan tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki. Pengumpulan data menggunakan kuisisioner tingkat stres dan kuisisioner penyalahgunaan alkohol dengan sampel sebanyak 149 remaja laki-laki. Berdasarkan tingkat stres didapatkan bahwa sebagian besar remaja mengalami stres sedang 27 orang (34,6%) dan sebanyak 70 orang (89,7%) mengalami penyalahgunaan alkohol. Berdasarkan hasil uji korelasi *Rank Spearman* didapatkan nilai $p = 0.000$ dengan tingkat kepercayaan 95% berarti H_0 ditolak, yang berarti terdapat hubungan antara tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki. Dengan nilai *Coefficient Contingency* 0,546 berarti hubungan kuat.

Kata kunci: stres, penyalahgunaan alkohol, remaja

Masa remaja merupakan salah satu tahapan dalam kehidupan manusia. Masa remaja sering digambarkan masa yang paling indah, dan tidak terlupakan karena penuh dengan kegembiraan dan tantangan (Muss dalam Sarwono, 2011). Remaja dalam arti *adolescence* (Inggris) berasal dari kata latin *adolescere* yang artinya tumbuh kearah kematangan. Kematangan disini tidak hanya berarti kematangan fisik, tetapi terutama kematangan social-psikologis (Sarwono, 2011).

Banyak faktor yang menyebabkan remaja stres. Faktor yang menyebabkan remaja atau siswa stres diantaranya adalah faktor internal (fisik, kognitif, dan kepribadian) dan faktor eksternal (lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, lingkungan masyarakat). Sebagian remaja mampu mengatasi transisi ini dengan baik, namun beberapa remaja bisa jadi mengalami penurunan pada kondisi psikis, fisiologis, dan sosial. Jika remaja tidak mampu mengatasi perubahan-perubahan tersebut

dengan baik dan ketidaksesuaian antara perkembangan psikis dan sosial menyebabkan remaja berada dalam kondisi di bawah tekanan atau stres dan terjadi permasalahan lainnya sehingga berakibat pada perilaku-perilaku negative (Rey, 2002). Stres merupakan bagian yang tidak terhindar dari kehidupan. Stres dapat mempengaruhi setiap orang, termasuk remaja (Baldwin, 2002).

Menurut Lazarus dan Folkman dalam Santrock, 2003 kondisi stres dapat terjadi bila kesenjangan atau ketidakseimbangan antara kemampuan dan tuntutan. Tuntutan merupakan tekanan-tekanan yang tidak dapat diabaikan karena jika tidak dipenuhi, akan menyebabkan konsekuensi yang tidak menyenangkan bagi individu. Tuntutan dapat diartikan sebagai element fisik atau psikososial dari suatu situasi yang harus ditanggapi melalui tindakan fisik atau mental oleh individu, sebagai upaya dalam menyesuaikan diri. Semakin banyak stresor yang datang, semakin meningkat pula tingkat stres pada remaja. Usaha yang dilakukan individu untuk mengontrol tekanan dikatakan sebagai koping (Omizo dalam Santrock, 2003). Menurut Baldwin dalam Wardhani, 2010 sumber stres pada remaja laki-laki dan perempuan pada umumnya sama, remaja yang mengalami stres akan menderita beban psikis seperti cemas, tidak senang, sakit pinggang dan sakit kepala. Hanya saja pada remaja perempuan sering merasa cemas ketika sedang mengalami masalah, sedangkan pada remaja laki-laki cenderung lebih berperilaku agresif. Remaja laki-laki yang mengalami stres akan melakukan perbuatan negatif seperti mengkonsumsi rokok dan alkohol (Hurrelmann dalam Welle, 2004). Stres jika tidak dikelola dengan baik akan menyebabkan penyakit-penyakit yang lebih serius, misalnya sakit perut berkepanjangan, sakit dada, atau merasa tak berguna sehingga ingin bunuh diri.

Pengguna alkohol tergolong usia remaja yang masih aktif bersekolah di SMP dan SMA. Bahkan peredaran Napza sudah merambah ke kios-kios sekitar sekolah

(Endang Supraptiningsih, 2004). Setiap tahunnya di dunia, sekitar 25.000 orang yang terbunuh, dan 1,5 juta orang yang terluka, akibat pengemudi yang mabuk. Enam puluh lima persen laki-laki pelaku tindakan agresif terhadap perempuan berada di bawah pengaruh alkohol. Pada sejumlah kejadian di mana orang mengemudi dalam keadaan mabuk dan melakukan penyerangan terhadap perempuan, pelakunya adalah remaja. Lebih dari 13 juta orang tergolong pecandu alkohol, dan banyak yang memulai kebiasaan minumannya pada masa remaja. Pada sebuah penelitian yang dilakukan terhadap remaja Amerika Asli, diketahui bahwa stres dan mengalami kekerasan fisik dapat memicu remaja melakukan penyalahgunaan narkoba (John W. Santrock, 2003). Suatu penelitian mengenai konsumsi alkohol di kalangan remaja didapatkan bahwa 50 persen dari pelajar pernah minum minuman keras, minuman favorit mereka adalah martini (29 persen), *mansion house* (20 persen) dan bir (14 persen). Sebagian besar alasan mereka mengkonsumsi minuman keras adalah untuk menenangkan pikiran (40 persen), disusul karena ikut-ikutan teman (25 persen) dan hanya untuk coba-coba (11 persen). Pada acara pesta-pesta merupakan kesempatan yang paling banyak bagi pelajar untuk mengkonsumsi (26 persen), kemudian begadang malam (20 persen) dan waktu rekreasi (14 persen). Data dari WHO tercatat 91 juta orang yang terjejas karena penggunaan alkohol pada tahun 2002 jumlah tersebut 41 persennya pengguna alkohol adalah remaja, dan penyebab utama terjadinya kecelakaan dan tindak kriminal di dunia (Aszahanid, 2008). Menurut riskesdas tahun 2007, prevalensi penduduk laki-laki umur 15 tahun ke atas yang minum alkohol pada 1 bulan terakhir 4,9% pada laki-laki, 0,3% pada perempuan dan 2,5% pada keduanya. Di semua provinsi, prevalensi pada perempuan relatif rendah dan pada laki-laki jauh lebih dominan. Prevalensi penduduk laki-laki umur 15 tahun ke atas yang minum alkohol 1 bulan terakhir adalah 4,5% dipertanian dan 5,5% di pedesaan. Frekuensi minum alkohol

adalah 11,7% setiap hari, 24,4% hampir tiap minggu, dan 35,8% hampir tiap bulan. 6 provinsi dengan prevalensi penduduk laki-laki umur 15 tahun keatas yang minum alkohol 1 bulan terakhir dengan prevalensi tinggi antara 10,0-19,9% yaitu Bali, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara dan Papua Barat. Di Bali, jenis alkohol yang sering dikonsumsi adalah alkohol tradisional.

Di Indonesia penjualan minuman beralkohol dibatasi dan yang boleh membeli adalah mereka yang telah berumur 21 tahun. Data yang dihimpun oleh BNN (Badan Narkotika Nasional) sampai tahun 2006, menggambarkan pola peningkatan penyalahgunaan zat termasuk alkohol yang signifikan, tahun 2006 terjadi 28.118 kasus penyalahgunaan narkotika, 21.318 kasus penyalahgunaan psikotropika dan 4.639 kasus penyalahgunaan zat adiktif, dari tahun sebelumnya tahun 2005 terjadi 8.171 kasus penyalahgunaan narkotika, 6.733 kasus penyalahgunaan psikotropika, dan 1.348 kasus penyalahgunaan zat adiktif. Penyalahgunaan alkohol dikelompokkan berdasarkan pendidikan formal tahun 2006, SLTP dan SLTA menempati urutan pertama dengan 73.253 kasus, SD dengan 8.449 kasus, dan PT dengan 3.987 kasus (Wardhani, 2010).

Menurut data RISKESDAS tahun 2007, didapatkan data bahwa di Bali prevalensi remaja laki-laki yang minum alkohol adalah 8,8% di perkotaan dan 11,2% di pedesaan. Sedangkan minuman beralkohol yang paling banyak dikonsumsi yaitu minuman alkohol tradisional dengan prevalensi 66,0%.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Kepolisian Daerah Bali menunjukkan bahwa diantara kasus narkoba yang paling banyak terjadi di Bali adalah kasus minuman keras yaitu sebanyak 538 kasus pada tahun 2011 dan 321 kasus pada tahun 2012 (sampai bulan September). Menurut Badan Narkotika Nasional Daerah Bali, Tabanan merupakan urutan ke 2 untuk kasus narkotika. Terdapat pabrik minuman keras di daerah Tabanan. Berdasarkan hasil

studi pendahuluan yang dilakukan dengan cara mengambil 10 sampel yang merupakan anggota STT Anom Sari secara acak di Banjar Belatung, Desa Senganan, Bali didapatkan hasil yaitu dari 10 remaja laki-laki terdapat 6 orang mengalami stres sedang, 2 orang mengalami stres ringan dan 2 orang tidak mengalami stres dan dari 10 sampel tersebut, 10 orang yang terbiasa minum-minuman beralkohol. Sedangkan dari 10 orang remaja laki-laki yang merupakan anggota STT Dharma Sentana yang ada di Banjar Keridan, didapatkan bahwa dari 10 sampel tersebut semuanya terbiasa minum minuman alkohol dan terdapat 4 orang mengalami stres ringan, 4 orang mengalami stres sedang dan 2 orang mengalami stres berat. Dan dari 10 orang remaja laki-laki yang merupakan anggota STT Giri Kusuma di Banjar Senganan, didapatkan bahwa 10 orang remaja laki-laki tersebut terbiasa minum-minuman keras dan 4 orang mengalami stres sedang, 6 orang mengalami stres ringan.

Tujuan penelitian ini dilaksanakan adalah Untuk mengetahui adanya hubungan tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki di Banjar Belatung, Senganan, Keridan, Desa Senganan, Bali.

METODE

Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik. Penelitian ini tidak dilakukan intervensi tetapi hanya mengumpulkan data tentang tingkat stres dan penyalahgunaan alkohol remaja laki-laki, serta mencari hubungan antara tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol remaja laki-laki di Banjar Belatung, Senganan, Keridan, Desa Senganan, Bali.

Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Tentunya tidak semua subjek penelitian harus diobservasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi baik variabel independen maupun variabel dependen dinilai hanya satu kali saja. Dengan studi ini, akan diperoleh prevalensi atau efek suatu

fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel dependen).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

| No | Umur | n | % |
|-------|----------|----|------|
| 1 | 14 tahun | 2 | 2.6 |
| 2 | 15 tahun | 5 | 6.4 |
| 3 | 16 tahun | 7 | 9.0 |
| 4 | 17 tahun | 10 | 12.8 |
| 5 | 18 tahun | 15 | 19.2 |
| 6 | 19 tahun | 15 | 19.2 |
| 7 | 20 tahun | 8 | 10.3 |
| 8 | 21 tahun | 5 | 6.4 |
| 9 | 22 tahun | 2 | 2.6 |
| 10 | 23 tahun | 2 | 2.6 |
| 11 | 24 tahun | 7 | 9.0 |
| Total | | 78 | 100 |

Berdasarkan tabel 1 di atas, responden terbanyak adalah responden dengan umur 18 dan 19 tahun yaitu sebanyak 15 orang atau 19.2%.

Hasil Pengamatan Terhadap Responden Stres Pada Remaja

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Stres

| No | Tingkat Stres | n | % |
|-------|---------------|----|------|
| 1 | Normal | 8 | 10.3 |
| 2 | Ringan | 22 | 28.2 |
| 3 | Sedang | 27 | 34.6 |
| 4 | Berat | 16 | 20.5 |
| 5 | Sangat Berat | 5 | 6.4 |
| Total | | 78 | 100 |

Berdasarkan tabel 2 di atas didapatkan hasil bahwa dari jumlah responden yang sebanyak 78 orang didapatkan bahwa remaja laki-laki yang normal atau tidak mengalami stres yaitu sebanyak 8 orang atau 10.3%, responden remaja laki-laki paling banyak mengalami stres sedang yaitu sebanyak 27 orang atau 34.6%.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Skor Tingkat Stres dengan Umur

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Skor Tingkat Stres dengan Umur

| Umur (Thn) | Normal | | Ringan | | Sedang | | Berat | | Sangat Berat | |
|------------|--------|-----|--------|-----|--------|------|-------|-----|--------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 14 | 0 | - | 1 | 1.3 | 0 | - | 1 | 1.3 | 0 | - |
| 15 | 0 | - | 1 | 1.3 | 3 | 3.9 | 0 | - | 1 | 1.3 |
| 16 | 0 | - | 0 | - | 2 | 2.6 | 4 | 5.1 | 1 | 1.3 |
| 17 | 1 | 1.3 | 4 | 5.1 | 3 | 3.9 | 1 | 1.3 | 1 | 1.3 |
| 18 | 1 | 1.3 | 3 | 3.9 | 8 | 10.3 | 2 | 2.6 | 1 | 1.3 |
| 19 | 1 | 1.3 | 3 | 3.9 | 5 | 6.4 | 5 | 6.4 | 1 | 1.3 |
| 20 | 1 | 1.3 | 5 | 6.4 | 1 | 1.3 | 1 | 1.3 | 0 | - |
| 21 | 0 | - | 1 | 1.3 | 3 | 3.9 | 1 | 1.3 | 0 | - |
| 22 | 0 | - | 1 | 1.3 | 1 | 1.3 | 0 | - | 0 | - |
| 23 | 2 | 2.6 | 0 | - | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| 24 | 2 | 2.6 | 3 | 3.9 | 1 | 1.3 | 1 | 1.3 | 0 | - |

Berdasarkan tabel 3 di atas, didapatkan bahwa remaja laki-laki yang berumur 18 dan 19 tahun paling banyak mengalami stres dibandingkan remaja laki-laki yang berumur lain yaitu masing-masing sebanyak 15 orang atau 11,7%. remaja laki-laki yang paling banyak tidak mengalami stres yaitu yang berumur 23 dan 24 tahun masing-masing sebanyak 2 orang. Remaja laki-laki yang paling banyak mengalami stres ringan yaitu yang berumur 20 tahun yaitu sebanyak 5 orang, remaja laki-laki yang paling banyak mengalami stres sedang yaitu yang berumur 18 tahun sebanyak 8 orang, remaja laki-laki yang paling banyak mengalami stres berat yang berumur 19 tahun sebanyak 5 orang dan remaja laki-laki yang paling banyak mengalami stres sangat berat yang berumur 15,16,17,18, dan 19 tahun masing-masing sebanyak 1 orang.

Hasil Pengamatan Terhadap Responden Penyalahgunaan Alkohol pada Remaja

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penyalahgunaan Alkohol

| No | Penyalahgunaan Alkohol | n | % |
|-------|------------------------------|----|------|
| 1 | Penyalahgunaan Alkohol | 70 | 89.7 |
| 2 | Bukan Penyalahgunaan Alkohol | 8 | 10.3 |
| Total | | 78 | 100 |

Berdasarkan tabel 3 di atas, didapatkan bahwa sebagian besar responden mengalami penyalahgunaan alkohol yaitu sebanyak 70 orang atau 89.7%, sedangkan sisanya yaitu sebanyak 8 orang atau 10.3% tidak mengalami penyalahgunaan alkohol.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Skor Penyalahgunaan Alkohol dan Umur

Tabel 5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Skor Penyalahgunaan Alkohol dan Umur

| Penyalahgunaan Alkohol | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|------|------------------------|------|-------|------|
| Umur | Bukan Penyalahgunaan Alkohol | | Penyalahgunaan Alkohol | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| | 14 tahun | 0 | 0 | 2 | 2.6 | 2 |
| 15 tahun | 0 | 0 | 5 | 6.4 | 5 | 6.4 |
| 16 tahun | 0 | 0 | 7 | 9 | 7 | 9 |
| 17 tahun | 1 | 1.3 | 9 | 11.5 | 10 | 12.8 |
| 18 tahun | 1 | 1.3 | 14 | 17.9 | 15 | 19.2 |
| 19 tahun | 1 | 1.3 | 14 | 17.9 | 15 | 19.2 |
| 20 tahun | 1 | 1.3 | 7 | 9 | 8 | 10.3 |
| 21 tahun | 0 | 0 | 5 | 6.4 | 5 | 6.4 |
| 22 tahun | 0 | 0 | 2 | 2.6 | 2 | 2.6 |
| 23 tahun | 2 | 2.6 | 0 | 0 | 2 | 2.6 |
| 24 tahun | 2 | 2.6 | 5 | 6.4 | 7 | 9 |
| Total | 8 | 10.3 | 70 | 89.7 | 78 | 100 |

Berdasarkan tabel 5 di atas, didapatkan hasil bahwa dari 78 remaja laki-laki yang menjadi sampel, remaja laki-laki yang paling banyak mengalami penyalahgunaan alkohol adalah yang berumur 18 dan 19 tahun masing-masing sebanyak 14 orang atau 10,92%.

Hasil analisa data pada penelitian ini dicari dengan cara menghubungkan kedua variabel yaitu variabel tingkat stres dengan variabel penyalahgunaan alkohol. Untuk mencari hubungan antara kedua variabel ini digunakan uji *Rank Spearman* karena skala data pada penelitian ini adalah data ordinal.

Tabel 6 Hubungan Tingkat Stres Dengan Penyalahgunaan Alkohol Pada Remaja Laki-Laki

| Tingkat Stres | Penyalahgunaan Alkohol | | | | Total | | <i>P value</i> = 0.000 |
|---------------|------------------------------|------|------------------------|------|-------|------|------------------------|
| | Bukan Penyalahgunaan Alkohol | | Penyalahgunaan Alkohol | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Normal | 8 | 10.3 | - | - | 8 | 10.3 | |
| Ringan | 0 | - | 22 | 28.2 | 22 | 28.2 | |
| Sedang | 0 | - | 27 | 34.6 | 27 | 34.6 | |
| Berat | 0 | - | 16 | 20.5 | 16 | 20.5 | |
| Sangat Berat | 0 | - | 5 | 6.4 | 5 | 6.4 | |
| Total | 8 | 10.3 | 70 | 89.7 | 78 | 100 | |

Berdasarkan tabel 6 di atas didapatkan bahwa 8 orang remaja laki-laki yang tidak mengalami stres tidak mengalami penyalahgunaan alkohol atau 100%, sedangkan remaja laki-laki yang mengalami stres ringan sebanyak 22 orang dan seluruhnya mengalami penyalahgunaan alkohol atau 100%, remaja laki-laki yang mengalami stres sedang sebanyak 27 orang seluruhnya mengalami penyalahgunaan alkohol atau 100%, remaja laki-laki yang mengalami stres berat sebanyak 16 orang seluruhnya mengalami penyalahgunaan alkohol atau 100%, dan remaja laki-laki yang mengalami stres sangat berat sebanyak

5 orang seluruhnya mengalami penyalahgunaan alkohol atau 100%.

Berdasarkan tabel 6 di atas didapatkan bahwa dari hasil uji korelasi dengan Rank Spearman didapatkan $p = 0,000$, jika $p < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak, ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki. Nilai *Coeffisien Contingency* dari hasil uji didapatkan nilai 546, menurut Calton dalam Hastono (2006) kekuatan korelasi hubungan dua variabel dapat dilihat dari nilai r atau nilai (*coifisien contingency*), yaitu: $r/C = 0,00-0,25$ (hubungan lemah), $r/C = 0,26-0,50$ (hubungan sedang), $r/C = 0,51-0,75$ (hubungan kuat), $r/C = 0,76-1,00$ (hubungan sangat kuat), ini berarti hasil dari penelitian ini tidak hanya menunjukkan adanya hubungan yang signifikan tetapi juga adanya hubungan yang kuat antara tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki.

Pembahasan pada penelitian ini adalah dengan membandingkan antara hasil penelitian dengan teori lain yang ada tentang variabel pada penelitian ini baik teori yang mendukung maupun teori yang menolak atau berlawanan dengan penelitian ini.

Berdasarkan tabel 2 mengenai tingkatan stres pada responden, didapatkan hasil bahwa dari jumlah responden yang sebanyak 78 orang didapatkan bahwa sebagian besar responden mengalami stres dengan tingkatan stres yang berbeda-beda dan remaja laki-laki yang normal atau tidak mengalami stres hanya sebanyak 8 orang atau 10,3%, dan dari keseluruhan tingkat stres yaitu stres ringan, stres sedang, stres berat dan stres sangat berat, kebanyakan responden mengalami stres sedang yaitu sebanyak 27 orang atau 34,6%.

Berdasarkan tabel 3 berdasarkan usia responden, didapatkan bahwa remaja laki-laki yang berumur 14 tahun mengalami stres ringan dan stres berat, masing-masing 1 orang atau 50%, remaja laki-laki yang berumur 15 tahun paling banyak mengalami stres sedang yaitu sebanyak 3 orang atau

60%, remaja laki-laki yang berumur 16 tahun paling banyak mengalami stres berat yaitu sebanyak 4 orang atau 57,1%, remaja laki-laki yang berumur 17 tahun paling banyak mengalami stres ringan yaitu 4 orang atau 40%, remaja laki-laki yang berumur 18 tahun paling banyak mengalami stres sedang yaitu sebanyak 8 orang atau 53,3%, remaja laki-laki yang berumur 19 tahun paling banyak mengalami stres sedang dan stres berat masing-masing 5 orang atau 33,3%, remaja laki-laki yang berumur 20 tahun paling banyak mengalami stres ringan yaitu sebanyak 5 orang atau 62,5%, remaja laki-laki yang berumur 21 tahun paling banyak stres sedang yaitu sebanyak 3 orang atau 60%, remaja laki-laki yang berumur 22 tahun paling banyak stres ringan dan stres sedang masing-masing sebanyak 1 orang atau 50%, remaja laki-laki yang berumur 23 tahun tidak ada yang mengalami stres atau normal, sedangkan remaja laki-laki yang berumur 24 tahun paling banyak mengalami stres ringan yaitu sebanyak 3 orang atau 42,9%.

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anitiasari (2012), penelitian yang dilakukan oleh Anitiasari didapatkan bahwa stres pada remaja laki-laki yang terbanyak pada kategori sedang yaitu sebanyak 72 orang (73,4%) 16 orang remaja laki-laki (16,3%) berada pada tingkat stres tinggi dan 10 orang remaja laki-laki (10,2%) berada pada tingkat stres rendah. Hal ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan Hasnida dan Indri Kemala (2009) didapatkan bahwa sebagian besar remaja laki-laki termasuk dalam kategori stres sedang 72 orang atau sebesar 73,5%, sedangkan sisanya 16 orang atau 16,3% kategori stres tinggi dan 10 orang atau 10,2% kategori stres rendah. Dari hasil penelitian yang mendukung penelitian ini bahwa sebagian besar remaja laki-laki berada dalam tingkat stres sedang.

Hal ini disebabkan karena masa remaja adalah masa transisi antara masa kanak-kanak dan dewasa, sehingga terjadinya perubahan-perubahan yang cepat, termasuk perubahan fundamental dalam aspek

kognitif, emosi, social dan pencapaian (Fagan, 2006). Banyak faktor yang menyebabkan remaja stres. Faktor yang menyebabkan remaja atau siswa stres diantaranya adalah faktor internal (fisik, kognitif, dan kepribadian) dan faktor eksternal (lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, lingkungan masyarakat). Sebagian remaja mampu mengatasi transisi ini dengan baik, namun beberapa remaja bisa jadi mengalami penurunan pada kondisi psikis, fisiologis, dan sosial. Jika remaja tidak mampu mengatasi perubahan-perubahan tersebut dengan baik dan ketidaksesuaian antara perkembangan psikis dan sosial menyebabkan remaja berada dalam kondisi di bawah tekanan atau stres dan terjadi permasalahan lainnya sehingga berakibat pada perilaku-perilaku negative (Rey, 2002). Stres merupakan bagian yang tidak terhindar dari kehidupan. Stres dapat mempengaruhi setiap orang, termasuk remaja (Baldwin, 2002).

Berdasarkan tabel 3 mengenai penyalahgunaan alkohol yang dilakukan responden, didapatkan bahwa sebagian besar responden mengalami penyalahgunaan alkohol yaitu sebanyak 70 orang atau 89.7%, sedangkan sisanya yaitu sebanyak 8 orang atau 10.3% tidak mengalami penyalahgunaan alkohol. Berdasarkan tabel 5 yang berdasarkan umur, didapatkan hasil bahwa dari 78 remaja laki-laki yang menjadi sampel, dari responden yang berumur 14 sampai 24 tahun hanya responden yang berumur 17, 18, 19, 20, 23, 24 tahun yang tidak mengalami penyalahgunaan alkohol sepenuhnya.

Hasil ini didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Rey tahun 2002, beberapa permasalahan remaja yang muncul biasanya banyak berhubungan dengan karakteristik yang ada pada diri remaja. Perilaku berisiko yang paling sering dilakukan oleh remaja adalah penggunaan rokok, alkohol dan narkoba. Menurut Nasution 2007, Remaja laki-laki yang mengalami stres akan lebih sering merokok dan minum alkohol.

Penelitian ini mengambil sampel remaja laki-laki karena berdasarkan data yang didapatkan dari Badan Narkotika Nasional (2005) dikemukakan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu penyebab dari penyalahgunaan alkohol pada remaja. Dikemukakan pula bahwa laki-laki cenderung menyalahgunakan alkohol dibandingkan perempuan, hal ini dikarenakan laki-laki lebih bersifat suka mencari tantangan dan lebih bebas dalam bergaul daripada perempuan. Pernyataan ini juga didukung oleh Nurwijaya (2009), yang menyatakan bahwa laki-laki memiliki resiko menyalahgunakan alkohol lebih tinggi dari perempuan. Hal ini karena laki-laki lebih cenderung memiliki kromosom satu dan empat yang mengkode reseptor-reseptor $GABA_A$, serotonin 1b, DRD4, tryptophan hydroxilase dan neuropeptida Y daripada perempuan. Kromosom ini merupakan faktor genetik yang mempengaruhi *midbrain* (otak alkohol) dimana dapat membuat seseorang menjadi ketagihan alkohol dan zat-zat adiktif lainnya. Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian yang dilakukan oleh Gunawan (2008) di Kelurahan Ungaran, Kecamatan Ungaran Barat, Kabupaten Semarang yang menunjukkan bahwa dari 48 responden yang menyalahgunakan NAPZA ternyata 78% diantaranya berjenis kelamin laki-laki

Hasil penelitian ini dengan nilai $p < 0,005$ dan mendapatkan hasil nilai sig (1-tailed) dari hasil uji korelasi spearman didapatkan hasil .000, ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki. Nilai *Coeffisien Contingency* dari hasil uji didapatkan nilai 546 yang berarti hubungannya dari kedua variabel ini adalah kuat. Maka dari hasil penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa semakin tinggi tingkat stres pada remaja maka semakin tinggi pula tingkat penyalahgunaan alkohol pada remaja, sedangkan semakin rendah tingkat stres pada remaja, maka semakin rendah tingkat penyalahgunaan pada remaja.

Hasil ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Tony Suteja (2010), pada penelitian yang dilakukan oleh Tony Suteja yang menghubungkan antara pola asuh orang tua dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pola asuh orangtua dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja dengan nilai $p < 0.000$. Hasil penelitian ini didukung oleh Endang Supraptiningsih, (2004) dalam penelitiannya yang berjudul “Upaya Intervensi Pencegahan Dan Penanggulangan Penyalahgunaan Naza (Narkotik, Alkohol Dan Zat Adiktif) Pada Remaja Melalui Proses Belajar”, penelitian ini melakukan intervensi dengan cara ceramah dan tanya jawab, demonstrasi dan peragaan, dan metode diskusi tentang penyalahgunaan naza, dan hasilnya terdapat peningkatan dari pengetahuan remaja, peningkatan perubahan sikap pada remaja dan perubahan perilaku pada remaja. Hasil lain yang mendukung yaitu penelitian yang dilakukan oleh Wardhani (2010) dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan Antara Konsep Diri Remaja Dengan Pemakaian Alkohol Di Smk Sepuluh Nopember Semarang”, hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang memiliki konsep diri yang negatif sebagian besar tingkat konsumsi alkohol pada tingkatan rekreasi yaitu 62,7%, sementara responden yang mempunyai konsep diri yang positif sebagian besar menyatakan tidak pernah mengkonsumsi alkohol yaitu sebanyak 54,4%. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* dengan nilai statistik *Chi-Square* sebesar 85,237 dengan $p=0,000$. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara konsep diri dengan pemakaian alkohol pada siswa SMK Sepuluh Nopember Semarang tahun 2009.

Hasil penelitian ini didukung dengan pendapat dari Utina (2011), dikatakan bahwa pengaruh alkohol terhadap tubuh terutama sebagai suatu depresan dan dapat memperlambat kegiatan otak. Hal ini dapat terlihat pada orang yang tampaknya cenderung malu-malu mungkin mulai berani

bicara, menari atau bahkan akrab dengan orang setelah minum beberapa teguk. Orang ‘menjadi santai’ setelah minum satu atau dua gelas minuman karena area dalam otak yang berperan mengontrol rasa malu dan keputusan menjadi menurun.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil dari analisa data dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara tingkat stres dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki, hal ini juga didukung dengan hasil dari analisa data yang telah didapatkan: Stres pada remaja laki-laki secara umum di Banjar Belatung, Banjar Keridan, dan Banjar Senganan tinggi, yaitu dari 78 responden sebanyak 70 responden atau 89,7% mengalami stress dengan tingkatan yang berbeda-beda. Penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki yang menjadi responden adalah sebanyak 70 responden atau 89,7% mengalami penyalahgunaan alkohol. Ada hubungan antara tingkat stress dengan penyalahgunaan alkohol pada remaja laki-laki di Banjar Belatung, Senganan, Keridan, Desa Senganan, Bali.

DAFTAR RUJUKAN

- Anitiasari, Lidia. 2012. *Hubungan Tingkat Stres Dan Perilaku Merokok Pada Remaja*. Artikel Tidak Diterbitkan. Universitas Negeri Malang
- Aszahanid. 2008. *Stres dan Penanggulangannya*, (online), (<http://www.hamline.edu/>), Diakses: 29 Oktober 2012).
- BNN. 2005. *Komunikasi Penyuluhan Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika Ancaman Narkotika Bagi Generasi Bangsa Mengenal, Mencegah Dan Menanggulangi Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, Dan Bahan Adiktif Lainnya*.
- Baldwin, Debora R, Shanette M. Harris, & Lana N. Chambliss. (2002). *Stress and Illness in Adolescence: Issues of Race and Gender*. Vol. 32, No. 128, Winter 1997.

- Fagan, R. 2006. Counseling and Treating Adolescents with Alcohol and Other Substance Use Problems and their Family. *The Family Journal: Counseling therapy For Couples and Families*. Vol.14. No.4.326-333.
- Gunawan, Putu Eryk. 2008. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Mengonsumsi Alkohol Pada Remaja Akhir(17-20 Tahun) Di Kelurahan Ungaran Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang*. Skripsi Tidak Diterbitkan. Stikes Ngudi Waluyo Ungaran: Program Studi Ilmu Keperawatan
- Gunawan, Weka. 2006. *Keren Tanpa Narkoba*. Jakarta: Grasindo.
- Hasnida dan Indri Kemala. 2009. *Hubungan Antara Stres Dan Perilaku Merokok Pada Remaja Laki-Laki*. Jurnal Tidak Diterbitkan. Fakultas Kedokteran: Universitas Sumatera Utara.
- Hastono, Sutanto Priyo. 2006. *Analisa Data*. Jakarta: Balai Penerbit FKMUJ.
- Indri Kemala Nasution. 2008. *Stress Pada Remaja*. Skripsi tidak diterbitkan. Medan: Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Nasution, Indri Kemala. 2008. *Perilaku Merokok pada Remaja*. Skripsi Tidak Diterbitkan. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Nurwijaya, Hartati. 2009. *Bahaya Alkohol Dan Cara Pencegahan Kecanduannya*. Jakarta: Pt Elex Media Komputindo
- Rey, J. 2002. *More than Just The Blues: Understanding Serious Teenage Problems*. Sydney: Simon & Schuster
- Santrock, John W. 2003. *Adolescence Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga.
- Sarwono, Sarlito W. 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali.
- Supraptiningsih, Endang. 2004. *Upaya Intervensi Pencegahan Dan Penanggulangan Penyalahgunaan Naza (Narkotik, Alkohol, Dan Zat Adiktif) Pada Remaja Melalui Proses Belajar*. *Mimbar Volume XX* No. 2 April – Juni 2004 : 164 – 178.
- Suteja, Kadek Tony. 2010. *Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Penyalahgunaan Alkohol di SMA Negeri 1 Selat, Karangasem*. Skripsi Tidak Diterbitkan. Denpasar: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Utina, Sitriah Salim. 2011. *Alkohol Dan Pengaruhnya Terhadap Kesehatan Mental*. IAIN Sultan Amai Gorontalo: Gorontalo
- Wardhani, Rr. Arika Wahyu Febriari. 2010. *Hubungan Antara Konsep Diri Remaja Dengan Pemakaian Alkohol Di Smk Sepuluh Nopember Semarang*. Skripsi Tidak Diterbitkan. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Welle, D. 2004. *Mengatasi Stres Pada Remaja*. Jakarta: PT Gramedia
- Wresniwiro, M., Sumarna, A.H., Wira, P., Sunandar, A., & Permana, D. 2000. *Masalah Narkotika, Psicotropika, Dan Obat-obat Berbahaya*. Jakarta: Yayasan Mitra Bintibmas.

KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA SERANGAN STROKE

I Dewa Putu Gede Putra Yasa

VM Endang SP Rahayu

I Made Widastra

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email : putrayasa71@yahoo.co.id

Abstract : Quality of Life of Post Stroke Patiens. *The purpose of this qualitative, descriptive Phenomenology study was to enhance understanding about quality of life after a stroke from the patient's own perspective. The study is located at internal outpatient ward of General Sanglah Hospital with five participants were selected by using purposive sampling method. Data were gathered through indeft interview with each participant on October 2012. The study finding four themes as follow: disable to activity daily living, Suffering emerges amid unaccustomed restrictions and losses, emotional response of social isolation after stroke attack and stroke patients need the health service professional.*

Abstrak : Kualitas Hidup Pasien Pasca Serangan Stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai persepsi tentang kualitas hidup pasien pasca serangan stroke dengan pendekatan studi *Descriptive Phenomenology*. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober 2012, dengan jumlah partisipan sebanyak lima orang pasien pasca serangan stroke. Partisipan dipilih dengan menggunakan teknik *popusive sampling*. Data dikumpulkan dengan panduan wawancara mendalam dengan pertanyaan terbuka Hasil penelitian mengidentifikasi empat tema yaitu terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari, munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Berbagai respon emosi terhadap keterbatasan kontak sosial setelah menderita stroke. Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Kata kunci : kualitas hidup, stroke.

Stroke merupakan sindroma neurologis dengan karakteristik defisit neurologis tanpa adanya kejang akibat kelainan peredaran darah serebral dan berlangsung selama 24 jam atau lebih (Hickey, 2003). Studi yang dilakukan oleh WHO pada 10 negara di dunia, ditemukan bahwa terjadi peningkatan secara bermakna angka kematian akibat stroke (Fisher & Bogousslavsky, 2000). Stroke di Indonesia merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomor satu di Rumah Sakit Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. (Misbach & Kalim, 2006).

Faktor penyebab utama stroke adalah gangguan aliran darah otak. Gangguan tersebut menyebabkan terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat dan saraf kranialis. Perubahan fisik yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan sebagian alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif, dan gangguan psikologis (Black & Hawks 2005). Kondisi tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien stroke. Psikologis pasien stroke bervariasi sesuai dengan penerimaan dan pemahaman pasien terhadap dirinya. Salah satu kondisi psikologis yang terpengaruh berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup (Castro, Marchut, Neafsey & Wurster, 2002).

Kualitas hidup merupakan pernyataan yang abstrak dan konsep multidimensi. (Wig et al, 2006). Ahlsio, et al (2008), menemukan bahwa kecacatan pasca serangan stroke mempengaruhi kualitas hidup pasien. Patel, et al (2007), menemukan bahwa kualitas hidup pasien stroke dipengaruhi oleh status klinis pasien setelah menderita stroke. Status klinis tersebut diantaranya gangguan kognitif, inkontinensia urine dan lesi pada hemisfer. Hackett, et al, (2007), menemukan bahwa kualitas hidup pasien pasca serangan stroke dipengaruhi oleh kondisi fungsional, seksualitas dan sosialisasi dengan lingkungan serta keluarga.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Lynch, et al (2008) ditemukan dua tema utama yaitu hubungan sosial dan tingkat individu. Tema hubungan sosial diantaranya dukungan sosial, komunikasi, perubahan peran dan kemandirian pasien. Tema tingkat individu meliputi strategi koping dan status fungsi fisik. Corring, et al (2007), meneliti tentang kualitas hidup pasien stroke yang dirawat di rumah sakit. Ditemukan dua tema utama yaitu keberadaan stigma dan ketakutan akan kekambuhan dari penyakitnya. Ditemukan pula 4 domain kualitas hidup pasien yang dirawat di rumah sakit yaitu pengalaman menderita penyakit, hubungan, pekerjaan dan pemahaman akan diri sendiri. Kualitas hidup dan kondisi psikologis pasien pasca serangan stroke sangat mempengaruhi keberhasilan dari program rehabilitasi pasca stroke.

Pemahaman dan pengkajian kualitas hidup dapat menentukan perencanaan dan program antisipasi sehingga proses rehabilitasi pasca stroke berhasil dengan baik (Hickey,2003). Forsberg dan Blomstrand (2004) menemukan bahwa pasien pasca stroke yang diberikan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis, memiliki kualitas hidup yang lebih baik dari pada yang tanpa intervensi. Ditemukan pula bahwa mekanisme koping pasien tersebut meningkat, sehingga masalah psikologis juga menurun.

Black dan Hawks (2005) mengatakan bahwa stroke adalah perubahan neurologis yang diakibatkan oleh interupsi aliran darah menuju ke bagian-bagian otak. Stroke adalah gangguan aliran darah ke otak secara tiba-tiba atau mendadak” (Stroke Center, 2007). Menurut Smeltzer & Bare (2008) stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah ketidaknormalan fungsi sistem saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah serebral.

The Centre for Health Promotion (2007), mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat kesenangan seseorang terhadap hal-hal penting dalam hidupnya. Hal tersebut meliputi kelebihan dan keterbatasan seseorang dalam hidupnya dan refleksi interaksi personal dengan lingkungannya. Kesenangan meliputi 2 komponen yaitu pengalaman yang menyenangkan dan sikap serta karakteristik orang tersebut terhadap kesenangannya. Lebih lanjut *The Centre for Health Promotion*, mengemukakan ada 3 domain dari kualitas hidup yaitu personal (*being*), kepemilikan (*belonging*) dan tujuan hidup (*becoming*).

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai persepsi tentang kualitas hidup pada pasien pasca serangan stroke.

METODE

Penelitian ini termasuk jenis penelitian kualitatif. Penelitian menggunakan pendekatan studi *Descriptive Phenomenology*. Penelitian dilakukan di poliklinik saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Wawancara dilakukan di rumah partisipan, sesuai dengan kesepakatan dengan partisipan. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober 2012. Proses pengolahan data, analisis dan interpretasi dilakukan setiap kali peneliti memperoleh informasi atau data dari partisipan. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu kualitas hidup pasien pasca serangan stroke. Sumber data utama pada penelitian ini adalah partisipan, pasien pasca serangan stroke. Metode

pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam kepada partisipan untuk memperoleh informasi tentang kualitas hidup partisipan. Berdasarkan sumber dan metode pengumpulan data di atas, maka alat atau instrumen yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data adalah : Peneliti sebagai instrument, Lembar pedoman wawancara, Buku catatan dan alat tulis (*field note*) dan *Tape recorder*

Subjek dalam penelitian ini adalah pasien pasca serangan stroke yang menjalani rawat jalan di poliklinik saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Pengambilan partisipan dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling*.

Kriteria partisipan dalam penelitian ini yaitu pasien bersedia menjadi partisipan, tidak mengalami gangguan komunikasi dan menderita stroke minimal 1 bulan. Jumlah partisipan pada penelitian ini sebanyak 5 partisipan pasien pasca serangan stroke. Analisis diawali dengan membaca transkrip dan catatan lapangan berulang kali sampai peneliti dapat memahami data dengan baik. Analisis data dilakukan dengan metoda fenomenologi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan sebanyak lima orang yang terlibat dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi yaitu 55, 57, 59, 61 dan 63 tahun. Jenis kelamin partisipan kebanyakan laki-laki yaitu tiga orang dan perempuan sebanyak dua orang. Tingkat pendidikan bervariasi yaitu dari SLTA sampai perguruan tinggi (akademi). Semua partisipan beragama Hindu. Semua partisipan pernah rawat inap di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar, dan menjalani rawat jalan di poliklinik saraf Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar. Semua partisipan sudah tidak bekerja lagi, riwayat pekerjaan partisipan bervariasi yaitu pegawai negeri sebanyak tiga orang dan karyawan swasta sebanyak dua orang.

Analisis tematik secara rinci menjelaskan uraian 4 tema yang

teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut yaitu (1) menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari, (2) munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan, (3) berbagai respon emosi terhadap kehilangan dan kontak sosial setelah menderita stroke, (4) Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Tema-tema yang didapatkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkap makna dari berbagai persepsi partisipan dalam menjalani hari-hainya setelah menderita stroke. Meskipun tema-tema tersebut dibahas secara terpisah, namun semua tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi kualitas hidup para partisipan dalam studi ini.

Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari diungkapkan oleh partisipan. Mereka merasa saat ini berbeda dengan yang dulu (sebelum sakit). Aktivitas sehari-hari diantaranya berdiri, berjalan, kebersihan diri, lingkungan dan lainnya. Partisipan mengungkapkan terbatas dalam melaksanakan aktivitas akibat adanya kelemahan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori. Kelemahan dan gangguan ini menyebabkan mereka kurang mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Keterbatasan yang dialami partisipan diantaranya akibat kelemahan fisik. Berikut adalah ungkapan dari partisipan mengenai hal tersebut yaitu

“...mau jalan lurus tidak bisa, miring kiri, mau kekamar mandi tak pas dapat pintu, agak kesebelah kiri ya akhirnya kembali lagi mencari pintu” (P1)

“saya tak bisa jalan, jalan terseret-seret berdiri juga susah pak.....” (P2)

“tangan kaki saya berat kaya kesetrum ... disenggol dikit aja ser gitu rasanya kepala sebelah juga kaya kesetrum kalo jalan kaya sempoyongan dan terasa terjatuh ... ada lagi nih betis rasa kejendul berat, telapak kaki nginjek kaya ngambang tidak napak...” (P3)

“Tangan dan kaki lemes, diangkat harus dibantu. Tangan kanan saya hanya bisa gesr dikit aja.... Kaki juga begitu pak.... Liat aja sendiri saya susah mengerakan kaki saya yang kanan” (P4)

“Saya tidak bisa ngapa-ngapain seperti yang bu liat. Saya tidak bisa jalan maju lurus, jalan saya miring kiri,”(P5)

Adanya hemiparese menyebabkan partisipan tidak dapat berjalan dengan sempurna. Partisipan mengatakan berjalan terseret-seret, berjalan miring sehingga sulit menentukan arah dan tujuan dari berjalan. Kekuatan motorik sangat mempengaruhi kemampuan pasien dalam berjalan atau bergerak. Hickey (2003), mengatakan bahwa kekuatan otot normalnya 5, bila terjadi penurunan kekuatan otot maka pasien akan mengalami gangguan dalam melakukan mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari.

Selain gangguan dalam mobilisasi, partisipan juga merasakan perubahan dalam berbicara. Partisipan mengalami kesulitan dalam berbicara sehingga mereka menjadi malas bicara atau berkomunikasi dengan keluarga atau orang lain. Mereka lebih banyak diam. Berbicara seperlunya saja dan pada hal-hal yang penting. Pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut yaitu :

“susah ngomong omongannya saya berat” (P1)

“Bicara saya juga susah pak. Dulu saya bisa bicara banyak sekarang susah ngomongnya..... Saya jadi diam aja pak. Karena susah ngomong” (P4)

“Saya bisa ngomong dikit, sampe sekarang seperti ini bu.....”(P5)

Perubahan yang lain dirasakan oleh partisipan yaitu perubahan dalam memori. Partisipan mengatakan tidak mampu mengingat sesuatu yang baru saja diberitahukan atau sesuatu yang sudah

lewat. Beberapa pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut yaitu :

“Susah inget dan sering lupa apa yang telah diiberitau....ya saya lupa saja Tak inget, kenapa ya...” (P3)

“Saya juga tak ingat apa2 Sekarang diberitahu trus tak ingat lagi”(P4)

Munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Keterbatasan akibat adanya gangguan fisik, gangguan bicara dan gangguan memori menyebabkan partisipan merasakan penderitaan. Penderitaan dalam hal ini yaitu penderitaan psikologis.

Penderitaan tersebut diantaranya hidup tidak dihargai, hidup tidak diperhatikan dan hidup tidak berguna. Partisipan merasa bahwa hidupnya tidak dihargai yang berkaitan dengan keadaan fisiknya. Pernyataan partisipan berkaitan dengan hal tersebut yaitu:

“saya merasa tidak dianggap oleh orang lain sehingga saya merasa ngomel dalam hati” (P1)

“kok saya merasa terhina dengan keadaan begini...”(P2)

“....tak ada yang dengerin omongan saya” (P5)

Penderitaan lain yang dirasakan oleh partisipan yaitu merasa hidup tidak diperhatikan. Ketidakmampuan partisipan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menyebabkan partisipan harus tergantung pada keluarga (istri, suami atau anak) untuk memnuhi kebutuhan sehari-hari. Keterlambatan keluarga dalam melayani partisipan membuat partisipan merasa tidak diperhatikan. Hal ini didukung oleh pernyataan partisipan 1 yaitu :

“Kalo minta air ngambilin air terasa lama jengkel juga sepertinya tak ada yang memperhatikan” (P1)

“saya merasa keluarga tidak memperhatikan saya lagi ya....

Begitulah yang saya rasakan pak”(P2)

“sepertinya saya tak diperhatikan dan tak ada yang dengerin omongan saya..” (P5)

Penderitaan partisipan lainnya mengatakan merasa hidup tidak berguna. Pada intinya mengungkapkan bahwa hidup yang dahulu sudah hilang dan muncul kehidupan baru yang jauh berbeda. Kehidupan sekarang setelah mengalami serangan stroke mengalami penurunan akibat kelemahan dan kehilangan beberapa kemampuan dari partisipan. Pernyataan partisipan yang mendukung hal tersebut diantaranya :

“kalo lihat kaca muka saya pucat muka saya kaya mayat hidup.. apa yaaa kayak mau mati aja” (P1)

“Tujuan hidup saya jadi berubah.... Saya jadi PNS dan selalu berusaha tapi sekarang saya tak bisa karena fisik sayasaya berharap cakar macan tapi sekarang jadi cakar ayam ya begitulah pak “ (P1)

“Dulu saya bisa kerjakan semua dan cari apa yang saya mau, kini saya tak bisa” (P2)

“mandi takut tidak bisa takut jatuh, tidak kuat sendiri akhirnya dimandikan,..... jalan aja sempoyongan, duduk dikursi, belum ada dirasa hilang, biasanya masak bisa, sekarang tidak bisa , nyuci tidak bisa” (P3)

“saya jadi beban anak-anak, kasian anak-anak saya harus menanggung hidup saya.....Saya merasa tidak berguna lagi” (P4)

“Saya beda ama yang dulu saya bisa segalanya Ya sekarang dah berubahtidak bisa ngapa-ngapain.....”(P5)

Berbagai respon emosi terhadap kehilangan dan kontak sosial setelah

menderita stroke. Kelemahan dan kehilangan beberapa fungsi tubuh partisipan setelah menderita serangan stroke menyebabkan berbagai respon emosi. Respon emosi yang terjadi lebih mengarah pada kurang mampunya partisipan dalam beradaptasi dengan keadaannya yang sekarang. Disamping hal tersebut juga berkaitan dengan dukungan keluarga dan sosial.

Partisipan mengungkapkan perasaan malu, marah, sedih dan merasa terasing atau mengisolasi diri dari kehidupan sosial. Sebelum sakit (menderita stroke) partisipan aktif dalam hubungan sosial. Sekarang setelah menderita stroke dengan berbagai kelemahan seperti kelemahan alat gerak (kaki dan tangan) dan gangguan bicara sebagai sarana komunikasi. Hal ini menyebabkan partisipan menarik diri dari lingkungan sosialnya.

Seperti ungkapan partisipan 2 dan 4 yang merasa malu dengan keadaannya sekarang (setelah menderita serangan stroke). Mereka mengungkapkan emosinya melalui rasa malu dan memilih untuk diam. Pernyataan partisipan tersebut sebagai berikut :

“Saya merasa malu..... saya malu tampil didepan teman-teman, dulu saya jadi pegawe kok jadi gini jadi kere” (P2)

“Saya merasa tak enak,..... merasa malu” (P4)

Pengungkapan emosi lainnya oleh partisipan adalah perasaan sedih. Perasaan sedih terhadap diri sendiri yang mengalami kemunduran dari sebelum sakit (stroke). Perasaan ini diungkapkan oleh partisipan yaitu :

“hati lebih hancur, kalo makan itu dipaksa, makan obat dipaksa oleh anak apa yang diminta tidak dikasi” (P3)

“Saya merasa sedih mengapa hidup saya jadi begini.....kadang saya menangis sendiri..... bengong di kamar.....”(P4)

“Sedih juga ada ... ya... sedih kadang saya nangis sendiri.....”(P5)

Pengungkapan emosi yang lainnya yaitu marah. Perasaan marah ditujukan kepada dirinya sendiri yang tidak mampu melakukan aktivitas dengan baik. Mereka menjadi lebih sensitif terhadap lingkungan dan diungkapkan dalam bentuk marah diantaranya ngomel sendiri dan perasaan kesal. Perasaan ini diungkapkan oleh partisipan yaitu :

“saya mudah marah, tersinggung, istri ngobrol ama orang lain sepertinya bicarakan saya “ (P1)

“kadang kesal sendiri, ngomong sendiri, ngedumel sendiri, Kadang tuh makan misalnya dipaksa padahal tidak enak,” (P3)

“Saya lebih sering marah jadinya.....”(P5)

Ungkapan perasaan lainnya yaitu perasaan terasing dari lingkungannya. Perasaan diungkapkan oleh partisipan berkaitan ketarbatasannya dalam melakukan hubungan dengan lingkungan sosialnya. Partisipan mengatakan malas untuk keluar dan memilih di rumah saja dari. Ungkapan partisipan yang mendukung pernyataan tersebut yaitu :

“Hubungan keluarga dekat, dengan or lain tak enak.... Mengurangi keluar ketemu ama orang lain, kurangi ngomong dengan or lain karena omongan saya tak bener “(P1)

“Saya putus hubungan dengan orang lain termasuk dengan teman-teman saya yang sekantor dulu “(P2)

“berhubungan dengan orang lain gemana ya... agak susah, lagian jarang sekarang ketemu orang “(P3)

“Saya jarang mau keluar males ngomong ama orang diluar rumah.... Biarlah saya dirumah aja tak enak ama tetanggakok tak bisa ngomong..... kan malu ya....” (P4)

“Kalo ngomong dengan orang lain saya malas karena ngomong saya sulit Jadi malas ngomong ya jarang keluar ...”.(P5)

Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Partisipan menceritakan pengalamannya terkait dengan pelayanan kesehatan yang sudah diterima selama ini. mereka mengungkapkan bahwa diperlukan pemberian pendidikan kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Mereka menginginkan penjelasan tentang penyakitnya, pengobatan dan perawatannya sehingga mereka akan merasa lebih baik. Berikut ungkapan partisipan 1, 2,4 dan 5 tentang hal tersebut

“saya maunya dijelaskan semua penyakit saya dari tensi tinggi sampai penyakit gula dan stroke.....kan jadi ngerti atau apa yang harus dilakukan “(P1)

“Saya ingin dijelaskan semua ya itu penjelasan cara pengobatan kok dapat obat terus pulang tidak dijelaskan apa-apa saya cumen mau tahu cara ngobatin di rumah itu saja” (P2)

“Harusnya dikasi tahu yang terbaik sehingga saya jadi tau dan pikiran saya lebih terbuka, namanya penyakit pasti ada perubahan,sampai sekarang saya tidak tahu apa itu sakit saya lalu mereka kerjakan apa juga tak tahu “(P4)

“Ya.... saya maunya dijelaskan semua penyakit saya dari tensi tinggi sampai penyakit gula dan stroke.....”(P5)

Partisipan mengungkapkan hal penting pemberian pendidikan kesehatan yaitu tentang pengendalian pola hidup sehingga dapat menerapkannya di rumah. Partisipan mengharapkan adanya penjelasan tentang perubahan pola hidup yang harus dilakukan oleh pasien setelah mendapatkan serangan stroke. Ungkapan partisipan berkaitan dengan hal tersebut :

“ya penjelsannya itu kalo begini bagaimana kalo begitu bagaimana

ya tak bisa saya jadinya kerjakan dirumah.....”(P2)

“harusnya dikasi tahu agar kita bisa mengikuti apa yang dapat dilakukan biar cepat sembuh “(P4)

Partisipan mengungkapkan petugas kesehatan sedikit bicara, datang melakukan tindakan kemudian pergi. Dari hal tersebut partisipan mengharapkan adanya komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien. Sehingga pasien merasa lebih tenang dan nyaman berada di rumah sakit.

Ungkapan partisipan tentang hal tersebut :

“kok dapat obat terus pulang tak dijelsin apa-apa “(P2)

“Harusnya dikasi tahu yang terbaik sehingga pikiran lebih terbuka, namanya penyakit pasti ada perubahan, ambil darah untuk apa tidak dikasi tahu, hasilnya harusnya dikasi tahu” (P3)

“Hanya diberi obat lakukan ini dan itu trus pergi..... tak ada bicara banyak..... inginnya bicara mau apa lalu jelasin apa itu..... kan saya jadi tau ya.....” (P4)

SIMPULAN

Penelitian ini telah mengidentifikasi 4 tema yaitu Menjadi terbatas dalam melakukan kehidupan sehari-hari. Munculnya penderitaan ditengah-tengah keterbatasan dan kehilangan. Berbagai respon emosi terhadap kehilangan dan kontak sosial setelah menderita stroke. Pasien stroke membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional

DAFTAR RUJUKAN

- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V dan Theorell, T. (2008). Disablement and quality of life after stroke, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011
- Black, M.J & Hawks, H.J. (2005). *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcome*. (7th ed). St.Louis: Elsevier Inc.

Castro, A. J., Marchut, M.P., Neafsey, E.J., & Wurster, R.D. (2002). *Neuroscience an outline approach*. Philadelphia : Mosby

Corring, D.J., dan Cook, J.V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality of life construct from a consumer perspective, <http://psychcervices.psychiatryonline.org>. diperoleh tanggal 27 Februari 2011

Fisher, M. & Bogousslavsky, J. (1999). *Current review of cerebrovascular disease*. edisi ketiga, Philadelphia : Current Medecine, Inc.

Forsberg, W. dan Blomstrand, C. (2004). Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, diperoleh tanggal 6 Maret 2009

Hackett, M.L., Duncan, J.R., Anderson, C.S., Broad, J.B dan Bonita, R. (2007). Health related quality of life among long term survivors of stroke, <http://stroke.ahajournal.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011

Hickey, V.J. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.

Lynch, E.B., Butt, Z., Nowinski, C.J., Heinemann, A. dan Victorson, D. (2008). Qualitative study of quality of life after stroke the importance of social relationships, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011

Smeltzer, C.S., & Bare, R. (2008). *Brunner & suddarth's texbook of medical-surgical nursing*. (11th ed). Philadelphia: Lippincott and Wilkins.

Stroke center. (2007). Defenition of Stroke, <http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm>, diperoleh tanggal 10 Februari 2011

The Centre for Health Promotion. (2007). Quality of Life, <http://www.utoronto.ca/qol/>, diperoleh tanggal 27 Februari 2011

Wig, N. L., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, C., Mohan, & Agarwal, S. (2006). The Impact of HIV/AIDS on the Quality of Life: A cross sectional study in North India <http://www.indianjmedsci.org/article.asp?issn=0019-5359;year=2006>; diperoleh tanggal 24 Februari 2011

KETERATURAN SENAM HAMIL DENGAN TINGKAT KECEMASAN IBU HAMIL MENJELANG PERSALINAN

I Dewa Ayu Ketut Surinati

I Gusti Agung Oka Mayuni

Dewi Sartikarini

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email : dwayu.surinati@yahoo.com

Abstract : *Pregnant Gymnastic Regularity With Anxiety Level Towards In Maternity. The purpose of this research is to know the relation between pregnant gymnastic regularity with anxiety level towards. The methode of this research was analytic correlation with cross sectional design. Sampling technique used in this research was konsekutif sampling by using sample counted 33 responden. Analysis of the data by Spearman Rank Correlation test. The results of this study indicate that there was a significant relationship between pregnant gymnastic regularity with anxiety level towards with p value 0,002 and r = 0,256*

Abstark : **Keteraturan Senam Hamil Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Keteraturan Senam Hamil Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan. Jenis penelitian ini analisis korelasi dengan pendekatan terhadap subjek penelitian adalah *cross sectional*. Tehnik sampling yang digunakan adalah konsekutif sampling dengan jumlah sampel 33 orang. Analisis data dengan uji Korelasi Rank Spearman. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada Hubungan Keteraturan Senam Hamil Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan r sebesar 0.526 dan p = 0.002.

Kata Kunci : keteraturan senam hamil, kecemasan, persalinan

Kehamilan adalah masa yang penuh kebahagiaan, kesenangan, namun juga kekhawatiran dan ketakutan. Hal tersebut wajar sebab kehamilan adalah babak baru yang luar biasa, dan untuk menghadapinya harus membutuhkan perhatian yang luar biasa. Ketakutan dan rasa khawatir timbul karena belum siapnya pikiran dan mental dalam menghadapi perubahan-perubahan yang cepat, mulai dari muntah-muntah, rasa tidak enak, ngidam, tubuh melar, hingga menjelang persalinan. Sehingga, kehamilan yang seharusnya membawa kebahagiaan malah membuat hati tidak tenang dan rasa cemas (Lestari, 2009) dan Hawari, 2002)

Kecemasan merupakan perasaan yang dapat muncul pada setiap orang, baik itu anak-anak, remaja maupun dewasa, begitu juga dengan ibu hamil trimester III yang sedang menunggu kelahiran, tidak menutup kemungkinan untuk mengalami kecemasan.

Kecemasan sering kali ditandai dengan perasaan mudah marah, tegang, mudah gugup, kewaspadaan berlebih, dan terkadang menyebabkan keringat pada telapak tangan (Adiyono, 2008 dan Stuart & Sunden, 2002).

Menjelang persalinan, banyak hal mengkhawatirkan muncul pada pikiran ibu, seperti takut bayi cacat, takut harus operasi, takut persalinannya lama, takut tidak ada yang mendampingi pada saat proses persalinan nanti dan lain sebagainya. Calon ibu yang mengandung anak pertama biasanya mengalami perasaan cemas dan semakin meningkat saat usia kehamilan makin bertambah dan mendekati proses persalinan (Amalia, 2009). Menurut Mackonochie dalam Amalia (2009), perasaan cemas ibu dalam memikirkan proses melahirkan serta kondisi bayi yang akan dilahirkan tidak hanya berlangsung

pada kehamilan pertamanya, tetapi juga pada kehamilan-kehamilan berikutnya. Walaupun mereka telah mempunyai pengalaman dalam menghadapi persalinan tetapi rasa cemas tetap akan selalu ada.

Kecemasan yang dialami ibu hamil menjelang persalinan tentunya tidak bisa dibiarkan karena akan dapat mempengaruhi proses persalinan (Adiyono, 2008). Menurut Amalia (2009), salah satu cara mengurangi kecemasan pada ibu hamil, adalah melakukan senam hamil.

Varney (1997) dalam Adiyono (2008) dan Sarwono (2007) menjelaskan bahwa senam hamil akan memberikan suatu produk kehamilan atau *outcome* persalinan yang lebih baik, dibandingkan pada ibu-ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil dilaporkan akan mengurangi terjadinya berat badan bayi lahir rendah, adanya penurunan kelainan denyut jantung, tali pusat dan mekonium, penurunan penggunaan tenaga, berkurangnya rasa sakit, mengurangi terjadinya persalinan prematur, mengurangi insiden operasi *secitio caesar*, serta memperbaiki skor Apgar dan psikomotor janin, dapat mengurangi kecemasan dan nyeri pada saat melahirkan, melatih pernafasan menjelang persalinan. Sehingga pada saat menjelang kelahiran bayi, ibu bisa rileks dan menguasai keadaan.

Senam hamil merupakan salah satu alternatif cara yang dapat membantu ibu hamil untuk mengatasi kecemasannya. Beberapa sumber menyebutkan berbagai saran frekuensi untuk mengikuti senam hamil. Senam hamil akan memberikan suatu hasil produk kehamilan (*out come*) persalinan yang lebih baik dibandingkan pada ibu-ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil (Batbual 2010, Indiarti 2008 dalam Hettyryu, 2011). Hettyryu (2011) menyatakan bahwa senam hamil memang merupakan sebagian dari exercise therapy yang dapat membantu ibu hamil pertama dalam meningkatkan kondisi fisiologi dan psikologisnya. Rastegari, 2005 dalam

Hettyryu (2011) menyebutkan bahwa latihan yang di lakukan selama kehamilan akan menolong ibu dalam menghadapi stres dan kecemasan..

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada tanggal 29 Januari 2013 di Klinik Bersalin Puri Asih Denpasar. Pelaksanaan senam hamil dilakukan setiap dua kali dalam seminggu dengan jumlah peserta 10-15 orang. Berdasarkan hasil wawancara tentang perasaan ibu menjelang persalinan kepada 10 orang ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya diperoleh 7 orang ibu merasa takut, gelisah, sulit tidur dan 3 orang yang tidak mengalami kecemasan dalam menghadapi proses persalinan.

Tujuan penelitian untuk mengetahui Hubungan Keteraturan Senam Hamil dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan di Klinik Bersalin Puri Asih Denpasar.

METODE

Jenis penelitian ini analisis korelasi dengan pendekatan terhadap subjek penelitian adalah cross sectional. Subyek penelitian adalah ibu hamil TW III yang memenuhi kriteria inklusi di Klinik Bersalin Puri Asih Denpasar tahun 2013. Tehnik sampling yang digunakan adalah *consekutif sampling* dengan jumlah sampel 33 orang. Data didapatkan langsung dari responden dengan menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scala* (HARS). Analisis data yang digunakan untuk mengetahui hubungan keteraturan senam hamil dengan tingkat kecemasan ibu hamil menjelang persalinan dengan menggunakan uji statistik korelasi Rank Spearman.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 21 April sampai dengan tanggal 26 Mei 2013 di Ruang Klinik Bersalin Puri Asih Denpasar . Sebelum hasil penelitian disajikan, akan disajikan terlebih dahulu karakteristik subyek penelitian berdasarkan paritas, umur, pendidikan dan pekerjaan pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden berdasarkan golongan umur

| No | Paritas | F | % |
|----|--------------|----|-----|
| 1 | Primigravida | 19 | 58 |
| 2 | Multigravida | 14 | 42 |
| | | 33 | 100 |

Tabel 1 menunjukkan paritas ibu terbanyak adalah primigravida yaitu sebanyak 19 orang (58,0%).

Tabel 2. Distribusi karakteristik responden berdasarkan golongan umur

| No | GolonganUmur | f | % |
|----|--------------|----|-----|
| 1 | <20 tahun | 2 | 6 |
| 2 | 20-35 tahun | 27 | 82 |
| 3 | >35 tahun | 4 | 12 |
| | | 33 | 100 |

Tabel 2 menunjukkan ibu hamil pada golongan umur 20-35 tahun sebanyak 27 orang (82,0%).

Tabel 3. Distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan

| No | Pendidikan | f | % |
|----|--------------------|----|-----|
| 1 | Pendidikan dasar | 11 | 33 |
| 2 | Pendidikan mnengah | 19 | 58 |
| 3 | Pendidikan tinggi | 3 | 9 |
| | | 33 | 100 |

Tabel 3 menunjukkan ibu hamil yang berpendidikan menengah 19 orang (58 %).

Tabel 4. Distribusi karakteristik responden Sesuai Pekerjaan

| No | Pekerjaan | N | % |
|----|----------------|----|-----|
| 1 | IRT | 17 | 52 |
| 2 | Pegawai Swasta | 7 | 21 |
| 3 | Wiraswasta | 5 | 15 |
| 4 | PNS | 4 | 12 |
| | | 33 | 100 |

Tabel 4 menunjukkan yang bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 17 orang (52%).

Selanjutnya diuraikan hasil penelitian secara rinci yang terdiri dari hasil pengukuran keteraturan senam hamil, tingkat kecemasan dan hubungan keteraturan senam hamil dengan tingkat kecemasan ibu hamil menjelang persalinan sebagai berikut :

Tabel 5. Distribusi keteraturan senam hamil pada ibu hamil TW III

| No | Katagori | f | % |
|----|---------------|----|-----|
| 1 | Teratur | 23 | 70 |
| 2 | Tidak teartur | 10 | 30 |
| | | 33 | 100 |

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 33 responden sebagian besar ibu hamil teratur mengikuti senam hamil yaitu sebanyak 23 orang atau 70,0%. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasuhah (2005) penelitian didapatkan bahwa ada hubungan latihan relaksasi senam hamil terhadap kecemasan ibu hamil

Menurut Hettyryu (2011) menyatakan bahwa senam hamil bermanfaat untuk ibu hamil agar lebih bisa menikmati tahapan-tahapan selama hamil serta berbagi pengalaman selama ibu hamil, dapat membangun kepedulian terhadap tubuh mereka selama masa kehamilan, dapat meningkatkan kekuatan, kelenturan dan kesehatan seluruh tubuh. Gerakan dalam senam juga mengurangi sakit pinggul serta mengurangi rasa sakit dan pegal pada daerah kewanitaan, membantu ibu untuk terhubung dengan janin dan tubuhnya sendiri melalui latihan mendalam dan membangun kewaspadaan pada saat proses kelahiran, serta senam hamil juga bermanfaat bagi mental ibu hamil seperti mempersiapkan mental dan mengurangi kecemasan ibu hamil untuk menghadapi proses persalinan. Sedangkan senam hamil merupakan suatu

program latihan bagi ibu hamil sehat untuk mempersiapkan kondisi fisik ibu, serta mempersiapkan kondisi psikis ibu terutama menumbuhkan kepercayaan diri dalam menghadapi persalinan.

Tabel 6. Distribusi tingkat kecemasan ibu hamil menjelang persalinan

| No | Katagori | F | % |
|----|--------------|----|-----|
| 1 | Tidak cemas | 10 | 32 |
| | Cemas ringan | 13 | 41 |
| 2 | Cemas sedang | 8 | 27 |
| 3 | Cemas berat | 2 | 6 |
| | | 33 | 100 |

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 33 responden sebagian besar tingkat kecemasan ibu hamil adalah ringan yaitu sebanyak 13 orang atau 40,0%. Hal ini disebabkan karena semakin tuanya kehamilan, maka perhatian dan pikiran ibu hamil mulai tertuju pada sesuatu yang dianggap klimaks, sehingga kecemasan yang dialami ibu hamil akan semakin intensif saat menjelang persalinan. Upaya yang bisa dilakukan dalam mengurangi tingkat kecemasan dan mempersiapkan ibu dalam menghadapi persalinan adalah melalui senam/meditasi atau dengan latihan senam hamil, dengan tubuh bugar dan sehat, ibu hamil tetap dapat menjalankan tugas rutin sehari-hari serta dapat menurunkan stres akibat rasa cemas yang dihadapi menjelang persalinan. Kecemasan pada ibu hamil ditimbulkan oleh adanya peningkatan hormon adrenalin dan noradrenalin atau epinefrin dan norepinefrin menimbulkan disregulasi biokimia tubuh, sehingga muncul ketegangan fisik pada diri ibu hamil (Umamah, F., 2010). Kecemasan ibu hamil dapat muncul karena masa panjang saat menanti kelahiran penuh ketidakpastian, selain itu bayangan tentang hal-hal yang menakutkan saat proses persalinan walaupun apa yang dibayangkannya belum tentu terjadi. Situasi ini menimbulkan perubahan drastis, bukan hanya fisik tetapi juga psikologis.

Tabel 7. Hubungan ketertaturan senam hamil dengan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil TW III

| | Tingkat kecemasan | P |
|-------------------------|-------------------|-------|
| Keteraturan senam hamil | 0,526 | 0,002 |

Tabel 7 hasil analisa data dengan menggunakan uji statistic Korelasi Rank Sperman menunjukkan nilai r_s sebesar 0,526 dengan derajat signifikan 0,002 yang berarti ada hubungan signifikan antara keteraturan senam hamil dengan tingkat kecemasan ibu hamil menjelang persalinan di Klinik Bersalin Puri Asih Denpasar. Penelitian ini didukung oleh Varney dalam Adiyono (2008), menjelaskan bahwa senam hamil akan memberikan suatu produk kehamilan atau *outcome* persalinan yang lebih baik, dibandingkan pada ibu-ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil.

Kegunaan senam hamil dilaporkan menurunkan penggunaan tenaga, berkurangnya rasa sakit, mengurangi terjadinya persalinan prematur, mengurangi insiden operasi *section caesar*, serta memperbaiki skor Apgar dan psikomotor janin. Selain itu inti dari senam hamil sendiri adalah mengurangi kecemasan dan nyeri pada saat melahirkan. Bila dicermati lebih lanjut, sebenarnya dalam gerakan senam hamil terkandung efek relaksasi yang dapat menstabilkan emosi ibu hamil sehingga kecemasan bisa berkurang dalam menghadapi persalinan.

Sedangkan Hawari (2002) mengatakan seorang wanita hamil sebenarnya menghadapi situasi sama dengan wanita hamil lainnya yaitu kecemasan, namun tingkat keemasannya yang berbeda. Hal ini terkait dengan beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan diantaranya pengalaman hamil sebelumnya, dengan pengalaman masa lalu seseorang cenderung dapat mengantisipasi masalah yang dihadapinya saat ini dengan

mengintepretasikan dan mengadopsi strategi pemecahan masalah yang pernah dipakainya dan berhasil. Seseorang yang mempunyai pengalaman masa lalu biasanya mengalami kecemasan yang lebih ringan.

Penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Umamah F (2008), yang menunjukkan bahwa ibu hamil yang melakukan senam hamil secara teratur akan mengalami penurunan kecemasan dalam menghadapi persalinan pertamanya, bila dibandingkan dengan mereka yang tidak melakukan senam hamil. Kecemasan seseorang dipengaruhi oleh banyak hal, selain senam hamil, yang terpenting dalam menurunkan kecemasan adalah dukungan keluarga khususnya suami. Hal ini diperkuat dengan penelitian Nasuah (2005) yang menunjukkan bahwa kecemasan yang dialami oleh wanita hamil lebih banyak terdapat pada mereka yang kurang mendapat dukungan sosial. Faktor yang dapat mengurangi kecemasan yang terjadi pada wanita yang akan melahirkan adalah adanya dukungan keluarga yang dapat berupa dari suami, keluarga atau saudara lainnya, orang tua, dan mertua.

SIMPULAN

Sesuai dengan hasil penelitian dan pembahasan hubungan keteraturan senam hamil dengan tingkat kecemasan pada ibu hamil menjelang persalinan dapat disimpulkan bahwa keteraturan senam hamil yang dimiliki dari 33 ibu hamil TW III adalah lebih banyak mengikuti senam hamil secara teratur yaitu 23 orang atau 70,0%. Dari 33 ibu hamil TW III tingkat kecemasan yang terbanyak dialami ibu hamil menjelang persalinan adalah tingkat kecemasan ringan yaitu sebanyak 13 orang atau 40,0%. Dari hasil analisis ditemukan nilai r sebesar 0.526 dan p 0.002 yaitu ($p < 0,05$). artinya bahwa ada hubungan yang signifikan antara keteraturan senam hamil dengan tingkat kecemasan menjelang persalinan di Klinik Klinik Bersalin Puri Asih Denpasar Tahun 2013.

DAFTAR RUJUKAN

- Adiyono, W. (2008), Ragam Senam Hamil, (online), available <http://www.mediaindonesia.com/berita.html>, diakses 10 Januari 2013
- Amalia, 2009, Senam Hamil Menurunkan Kecemasan, (online), available: <http://www.bidanhat.com/berita.html>, diakses 10 Januari 2013
- Hawari, DD, 2002, Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi, Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Hettyryu, 2011. Hubungan senam hamil dengan tingkat kecemasan pada trimester ketiga dalam menghadapi persalinan pertama, (online), available: <http://www.hettyryu.wordpress.com>. diakses 23 Desember 2013.
- Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (2007) Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (online), available: <http://www.cnsforum.com/pdf>, (8 Agustus 2012).
- Lestari, 2005, Kehamilan dan Permasalahannya, (online), available : <http://www.seltanjakarta.go.id/pkk/index.php> diakses 10 Januari 2013
- Nasuah, R., 2005, Study Tentang Hubungan Latihan Relaksasi Senam Hamil Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil di Puskesmas Pembantu Bumiaji Kota Batu, *Skripsi tidak diterbitkan*, Malang, Universitas Malang.
- Sarwono, 2007, Ilmu Kebidanan, Jakarta; Yayasan Bina Pustaka
- Stuart & Sunden, 2002, Buku Saku Keperawatan Jiwa, Alih Bahasa Achir Yani, Jakarta: EGC
- Umamah, F, 2010, Senam Hamil Yophitta Menurunkan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primi Gravida di RSIA Kendang Sari Surabaya, *Tesis, Tidak diterbitkan*, Surabaya, Universitas Airlangga.

PEMBERIAN MADU SEBELUM TIDUR TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR LANSIA

IGA Ari Rasdini
Ketut Kusmarjathi
Christina Dewi

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar
Email : arirasdini59@gmail.com

Abstract: *The giving honey before sleep to the elderly needs fulfillment. This research aimed to know the effect of honey giving before sleep to the elderly needs fulfillment. This research were pre-experimental research design by using one group pre-post test design. The number of samples were 32 respondents in nonprobability with purposive sampling. Data analysis techniques which used to test the hypothesis that were Paired-Sample T-Test with significancy level of 5% (0.05). The results of research showed the average of fulfillment of the sleep needs before given honey were 12.5 and after were 9.4 so that obtained an average improvement of sleep needs fulfillment before and after giving honey that were 3.1. P-value = 0.000 its means that $p < 0.05$ so that H_0 is rejected, then it can be stated that there was significant effect of giving honey before sleep in the elderly in the PSTW Wana Seraya Denpasar.*

Abstrak: Pemberian Madu Sebelum Tidur Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Tidur Pada Lansia. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian madu sebelum tidur terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia. Penelitian ini termasuk penelitian pra-eksperimen dengan menggunakan rancangan *one group pre-post test design*. Jumlah sampel yang diambil adalah 32 orang dengan teknik pemilihan sampel secara *nonprobability* dengan *purposive sampling*. Teknik analisa data yang digunakan untuk menguji hipotesis yaitu *Paired-Sample T-Test* dengan tingkat kesalahan 5% (0,05). Hasil penelitian menunjukkan rata-rata pemenuhan kebutuhan tidur sebelum diberikan madu sebesar 12,5 dan sesudahnya sebesar 9,4 sehingga diperoleh peningkatan rata-rata pemenuhan kebutuhan tidur sebelum dan sesudah pemberian madu yaitu sebesar 3,1. Nilai P sebesar 0,000 yang berarti $p < 0,05$ sehingga H_0 ditolak, maka dapat dinyatakan ada pengaruh yang signifikan pemberian madu sebelum tidur pada lansia di PSTW Wana Seraya Denpasar.

Kata kunci: madu, pemenuhan kebutuhan tidur, lansia

Penuaan ditandai dengan adanya kemunduran anatomi, fisiologis dan biokimia, antara lain kulit mulai mengendur, timbul keriput, rambut beruban, gigi mulai ompong, pendengaran dan penglihatan berkurang, mudah lelah, gerakan menjadi lamban dan kurang lincah, terjadi penimbunan lemak terutama di perut dan pinggul, serta cenderung mengalami gangguan pemenuhan tidur. Perubahan dari kebutuhan tidur dapat berupa tidak bisa tidur

sepanjang malam dan sering terbangun pada malam hari (Sudoyo, 2006; Stanley, 2006).

Secara fisiologis, kebutuhan tidur dipengaruhi oleh zat-zat neurotransmitter yaitu serotonin dan melatonin yang disekresikan oleh kelenjar pineal. Serotonin dan melatonin dikeluarkan dalam darah dan akan mempengaruhi terjadinya relaksasi sehingga membuat orang menjadi mengantuk dan tidur (Guyton, 2007; Sudoyo, 2006). Pada penelitian yang

dilakukan oleh Robinson *dkk* dalam Bongsoe (2007) dan Fatmah (2006), diperoleh bahwa konsentrasi serotonin dan melatonin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia sehingga lansia mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur. Hal tersebut mengakibatkan lansia akan beresiko untuk jatuh, penurunan stamina, mengurangi produktivitas dan yang terpenting adalah mengakibatkan penyakit-penyakit degeneratif yang sudah diderita mengalami perburukan serta menjadi tidak terkontrol.

Hal serupa juga terjadi di Indonesia dimana prevalensi lansia yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur adalah sebesar 67%. Gangguan tersebut mempengaruhi 50% orang yang berusia 65 tahun ke atas yang tinggal di rumah dan 66% yang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang (Maryam, 2008; AIPNI, 2011).

Data serupa juga didapatkan pada Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Wana Seraya Denpasar dimana 83,67% mengalami gangguan tidur sedangkan 16,33% mengatakan tidak mengalami gangguan tidur. Keluhan yang diungkapkan berbeda-beda pada setiap lansia. Ada yang mengatakan sulit untuk memulai tidur sebanyak 51,03%, sering terjaga di malam hari sebanyak delapan orang 16,32% dan susah untuk melanjutkan tidurnya sebanyak 16,32%. Selama ini penggunaan obat tidur merupakan salah satu terapi alternatif utama untuk menghadapi kasus gangguan tidur khususnya pada lansia.

Obat tidur dapat membantu jika digunakan dengan benar tetapi penggunaan agen antiansietas, sedatif, atau hipnotik jangka panjang dapat mengganggu tidur dan menyebabkan masalah yang lebih serius. Lansia sangat rentan terhadap efek sedatif, hipnotik atau analgesik karena obat tersebut dimetabolisme secara lambat di dalam tubuh (Potter, 2005). Melihat hal tersebut dipandang perlu untuk memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengatasi gangguan tidur pada lansia dengan mengkonsumsi madu.

Madu mengandung berbagai jenis komponen yang sangat bermanfaat bagi kesehatan manusia. Komponen yang dimaksud yaitu karbohidrat, asam amino, mineral, enzim, vitamin dan air. Dua enzim yang mencolok dalam madu yaitu enzim diastase dan enzim invertase. Kedua enzim tersebut berperan dalam proses fermentasi madu serta menghidrolisis pati (karbohidrat), protein, dan glikosida. Glikosida merupakan turunan dari monosakarida, sebagai contoh glukosa dan fruktosa (Pusat Perlebahan APIARI Pramuka, 2005; Aden, 2010). Muhilal dalam Yudith (2005), pakar gizi dari Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Bogor, menguraikan tentang kandungan gizi madu. Selain asam organik, dalam madu juga terdapat kandungan asam amino yang berkaitan dalam pembuatan protein tubuh (asam amino nonesensial). Selain asam amino nonesensial ada juga asam amino esensial diantaranya Lysin, Histadin, Tryptophan, dll. Secara umum komposisi madu seperti dibawah ini.

Tabel 1. Komposisi Madu

| No. | KOMPONEN | JUMLAH (%) |
|-----|--|------------|
| 1. | Air | 17,1 |
| 2. | Fruktosa | 38,5 |
| 3. | Glukosa | 31,0 |
| 4. | Maltosa | 7,2 |
| 5. | Karbohidrat | 4,2 |
| 6. | Sukrosa | 1,5 |
| 7. | Protein, asam amino, vitamin dan mineral | 0,5 |

Sumber: Pusat Perlebahan APIARI Pramuka, 2005; Aden, 2010

Komposisi madu ditentukan oleh dua faktor utama yaitu komposisi nektar asal madu bersangkutan dan faktor-faktor eksternal tertentu. Lagi pula untuk penilaian harus diingat bahwa kualitas atau mutu madu sebenarnya agak sulit disamakan karena ada berbagai cara untuk menganalisis yang digunakan (*ion exchange chromatography*, *gas-liquid chromatography*, dsb), lama penyimpanan sampel yang dianalisis, perbedaan jenis dan

asal bunga penghasil nektar, pengaruh cuaca, topografi, dan pola pertanian yang berbeda.

Madu diberikan sebelum tidur sebanyak satu sendok makan dimana satu sendok makan madu setara dengan 30 gram madu sesuai dengan takaran yang direkomendasikan dalam terapi madu pada malam hari untuk orang dewasa. Pemberian madu dilakukan selama seminggu karena madu termasuk terapi komplementer yang efektif diberikan dalam kurun waktu minimal seminggu dan selama seminggu tersebut efek dari terapi dapat terlihat hasilnya

Proses menua merupakan titik perkembangan tubuh yang maksimal dimana tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada di dalam tubuh. Sebagai akibatnya, tubuh juga akan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan.

Proses menua merupakan titik perkembangan tubuh yang maksimal dimana tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada di dalam tubuh. Sebagai akibatnya, tubuh juga akan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan. Pada umumnya tanda dari proses menua mulai tampak sejak usia 45 tahun. Namun seringkali proses tersebut akan menimbulkan masalah kesehatan pada usia sekitar 60 tahun (Maryam, 2008; Pudjiastuti, 2003).

Dalam proses menua, teori biologis mempunyai peranan yang penting. Teori biologis ini terdiri dari teori radikal bebas, *cross-link* dan imunologis. Teori radikal bebas menyatakan bahwa menua disebabkan oleh akumulasi kerusakan permanen (*irreversible*) akibat senyawa pengoksidasi ini. Sementara itu teori *cross-link* menyatakan bahwa molekul kolagen dan elastin, komponen jaringan ikat membentuk senyawa yang meningkatkan kerusakan sel akibat reaksi kimia yang menimbulkan senyawa antara molekul yang normalnya terpisah. Teori imunologis menyatakan bahwa penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam

menua, dimana tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dan protein asing sehingga sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa konsentrasi serotonin dan melatonin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia (Bongsoe, 2007; Fatmah, 2006; Potter, 2005).

Setiap orang akan mengalami proses menua, tetapi proses menua pada setiap individu akan berbeda bergantung faktor hereditas, stresor lingkungan. Menua adalah normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu (Stanley, 2006).

Tidur adalah keadaan fisiologis tubuh dan pikiran untuk beristirahat secara alami. Tidur dianggap sebagai salah satu kebutuhan fisiologis dasar manusia. Tidur terjadi secara alami yang erat kaitannya dengan fungsi fisiologis dan psikologis dan merupakan suatu proses perbaikan tubuh. Secara fisiologis, jika seseorang tidak mendapat tidur yang cukup untuk mempertahankan kesehatan tubuh, dapat terjadi efek-efek seperti pelupa, konfusi dan disorientasi. Apabila seseorang memperoleh tidur yang cukup maka tenaga akan terasa pulih. Beberapa ahli yakin perasaan tenaga pulih ini menunjukkan bahwa tidur memberikan waktu untuk perbaikan dan penyembuhan sistem tubuh untuk periode keterjagaan yang berikutnya (Potter, 2005; Meiner, 2006; Stanley, 2006).

Kontrol dan pengaturan tidur tergantung pada hubungan antara dua mekanisme serebral yang mengaktifasi secara *intermittent* dan menekan pusat otak tertinggi untuk mengontrol tidur dan terjaga. Sebuah mekanisme menyebabkan terjaga, dan yang lain menyebabkan tertidur. Sistem aktivasi retikular (SAR) berlokasi pada batang otak teratas. SAR dipercayai terdiri dari sel khusus yang mempertahankan kewaspadaan dan terjaga. SAR menerima stimulus sensori, visual, auditori, nyeri, dan

taktil. Aktivitas korteks serebral (misalnya proses emosi atau pikiran) juga menstimulasi SAR. Keadaan terbangun merupakan hasil dari neuron dalam SAR yang mengeluarkan katekolamin seperti norepinefrin (*Sleep Research Society, 1993* dalam Potter, 2005)

Tidur dapat dihasilkan dari pengeluaran serotonin dari sel tertentu dalam sistem tidur *raphe* pada pons dan otak depan bagian tengah. Daerah otak juga disebut daerah sinkronisasi bulbar (*Bulbar Synchronizing Region, BSR*). Seseorang tetap terjaga atau tertidur tergantung pada keseimbangan impuls yang diterima pusat yang lebih tinggi (misalnya pikiran), reseptor sensori perifer (misalnya stimulus bunyi atau cahaya) dan sistem limbik (emosi). Ketika orang mencoba tertidur, mereka akan menutup mata dan berada dalam posisi rileks dan mengakibatkan stimulus ke SAR menurun. Jika ruangan gelap dan tenang, maka aktivasi SAR selanjutnya menurun. Pada beberapa bagian, BSR mengambil alih, yang menyebabkan tidur (Potter, 2005)

Proses degenerasi pada lansia mengakibatkan kuantitas tidur lansia akan semakin berkurang, sehingga tidak tercapai kualitas tidur yang adekuat dan akan menimbulkan berbagai macam keluhan tidur seperti merasa tidak segar setelah bangun tidur pada pagi hari, merasa letih dan pegal-pegal setelah bangun tidur, serta merasa mengantuk pada siang hari (Lanywati, 2001). Menurut Amir (2007), lansia membutuhkan waktu tidur selama tujuh sampai delapan jam. Untuk mengukur dan mengetahui informasi tentang proses dan kecepatan tidur serta persepsi terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pasien, maka dapat digunakan kuesioner yang terdapat pada *St. Marry's Hospital Sleep Questionnaire* (SMH) yaitu kuesioner Rumah Sakit *St. Marry* tentang tidur. Adapun untuk mengukur kebutuhan tidur seseorang adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan berdasarkan kuesioner yang terdapat pada SMH (Potter, 2005), yaitu mengenai berapa lama waktu tidur, kedalaman tidur, frekuensi

terbangun pada waktu tidur, ada atau tidaknya kesulitan untuk memulai tidur kembali, keluhan fisik yang dirasakan pada saat bangun tidur serta kualitas tidur yang dirasakan. Sejumlah faktor mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tidur menurut Sudoyo (2006); Bongsoe (2007); Fatmah (2006); Potter (2005); Sherwood (2001) yaitu:

Perubahan-perubahan irama sirkadian, merupakan siklus tidur bangun lebih cepat/maju dibandingkan dengan usia dewasa muda dimana gangguan terletak pada pengaturan temperatur badan; temperatur badan sudah turun pada pukul enam-tujuh sore dan sudah meningkat pada pukul dua-tiga dini hari. Berkurangnya konsentrasi serotonin dan melatonin dengan bertambahnya usia, defisiensi fungsional ini diperkirakan berperan pada stres dan kebutuhan tidur.

Stres emosional, stres menyebabkan seseorang mencoba terlalu keras untuk tertidur, sering terbangun selama siklus tidur atau terlalu banyak tidur sehingga menyebabkan kebiasaan tidur yang buruk.

Obat-obatan dan substansi, medikasi yang diresepkan untuk tidur seringkali memberikan banyak masalah daripada keuntungan serta menimbulkan ketergantungan.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra-eksperimental dengan rancangan *one group pre-test-post test design* tanpa kelompok kontrol dimana kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2008). *Pre-test* dilakukan sebelum diberikan intervensi, kemudian setelah diberikan intervensi berupa pemberian madu selama seminggu dilakukan *post-test* sebagai tes akhir. Populasi dari penelitian ini adalah semua lansia yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yang berjumlah 41 orang. Sampel sebanyak 32 orang dengan teknik *nonprobability*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 2. Hasil Penilaian Pemenuhan Kebutuhan Tidur Sebelum Diberikan Madu Sebelum Tidur

| Skor | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|-----------|----------------|
| 10 | 9 | 28,1 |
| 11 | 5 | 15,6 |
| 12 | 3 | 9,4 |
| 13 | 4 | 12,5 |
| 14 | 4 | 12,5 |
| 15 | 3 | 9,4 |
| 16 | 2 | 6,3 |
| 17 | 2 | 6,3 |
| Total | 32 | 100 |

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa rentang skor pemenuhan kebutuhan tidur responden sebelum diberikan madu sebelum tidur adalah 10 sampai 17. Responden yang memiliki skor 10 sebanyak sembilan orang sedangkan responden yang memiliki skor 17 sebanyak dua orang.

Tabel 3. Hasil Penilaian Pemenuhan Kebutuhan Tidur Setelah Diberikan Madu Sebelum Tidur

| Skor | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|-----------|----------------|
| 6 | 3 | 9,4 |
| 7 | 4 | 12,5 |
| 8 | 3 | 9,4 |
| 9 | 9 | 28,1 |
| 10 | 4 | 12,5 |
| 11 | 3 | 9,4 |
| 12 | 2 | 6,3 |
| 13 | 3 | 9,4 |
| 14 | 1 | 3,1 |
| Total | 32 | 100 |

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa rentang skor pemenuhan kebutuhan tidur responden setelah diberikan madu sebelum tidur menurun menjadi skor 6 sampai 14. Responden yang memiliki skor 9 merupakan skor yang paling banyak yaitu sebanyak sembilan orang sedangkan hanya satu orang yang memiliki skor 14.

Analisis Pengaruh Pemberian Madu Sebelum Tidur Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Tidur Lansia

Tabel 4. Perubahan Dari Data Hasil Penilaian Pemenuhan Kebutuhan Tidur

| D | Frekuensi | Persentase (%) |
|---|-----------|----------------|
| 1 | 2 | 6,3 |
| 2 | 10 | 31,3 |
| 3 | 10 | 31,3 |
| 4 | 7 | 21,9 |
| 5 | 1 | 3,1 |
| 7 | 2 | 6,3 |

Berdasarkan tabel 4, menunjukkan bahwa terjadi perubahan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia. Perubahan terbanyak dengan yaitu pada penurunan dua dan tiga skor sebanyak masing-masing 10 responden (31,3%)

Data perubahan pemenuhan kebutuhan tidur tersebut kemudian disilangkan dengan karakteristik responden yaitu umur seperti pada tabel .5.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Nilai Beda (d) Berdasarkan Umur

| Usia (Tahun) | D | | | | | | Total |
|--------------|---|----|----|---|---|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | |
| Lansia dini | 0 | 7 | 0 | 2 | 0 | 1 | 10 |
| Lansia Tua | 2 | 3 | 10 | 5 | 1 | 1 | 22 |
| Total | 2 | 10 | 10 | 7 | 1 | 2 | 32 |

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan bahwa pada lansia dini perubahan pemenuhan kebutuhan tidur mencapai rentang dua sampai tujuh sedangkan pada lansia tua perubahan pemenuhan kebutuhan tidur mencapai rentang satu sampai tujuh.

Untuk mengetahui pengaruh pemberian madu sebelum tidur terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia dilakukan uji statistik *Paired-Sample T-Test* dengan $\alpha=5\%$. Data hasil analisis dengan menggunakan uji *Paired-Sample T-Test* disajikan pada tabel 6, berikut.

Tabel 6. Distribusi Rata-Rata Pemenuhan Kebutuhan Tidur Lansia

| Variabel | Mean | SD | SE | P value | N |
|---------------------------|------|------|------|---------|----|
| Pemenuhan Kebutuhan Tidur | | | | | |
| Pre-Test | 12,5 | 2,28 | 0,40 | 0,000 | 32 |
| Post-Test | 9,4 | 2,18 | 0,38 | | |

Berdasarkan tabel 6 di atas rata-rata pemenuhan kebutuhan tidur responden pada *pre-test* adalah 12,5 dengan standar deviasi 2,28. Pada *post-test* didapat rata-rata pemenuhan kebutuhan tidurnya adalah 9,4 dengan standar deviasi 2,18. Terlihat perbedaan nilai mean antara pengukuran pertama dan pengukuran kedua adalah 3,1 dengan standar deviasi 0,10. Dari analisa data yang dilakukan didapatkan hasil bahwa nilai *p* (*2-tailed*) sebesar 0,000 dimana mempunyai arti bahwa $p < \alpha$ ($p < 0,05$). Menurut Hastono (2007), apabila nilai $p \leq \alpha$ maka keputusannya adalah H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian madu sebelum tidur terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia.

Sebelum diberikan madu rentang total skor pemenuhan kebutuhan tidur responden adalah 10 sampai 17 dimana skor 10 merupakan skor terbanyak yang dimiliki oleh sembilan responden (28,1%) dengan rata-rata 12,50 yang membuktikan pemenuhan kebutuhan tidur seluruh responden berkurang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Bongsoe (2007) dan Fatmah (2006) yang mengatakan kadar serotonin dan melatonin menurun seiring bertambahnya usia.

Hasil wawancara menunjukkan lebih banyak responden yang masuk dalam kategori lansia tua yang berusia 75-90 tahun yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yaitu berjumlah 22 orang (68,8%) dibandingkan dengan lansia dini yang berusia 60-74 tahun berjumlah 10 orang (31,2%). Hal ini senada dengan hasil penelitian yang didapatkan oleh Partiwi (2010) dimana sebagian besar terdiri dari

lansia tua sebanyak 57% dan lansia dini hanya berjumlah 43%. Hasil penelitian ini menguatkan teori yang menyatakan bahwa setiap orang memiliki kebutuhan tidur yang berbeda-beda, dimana salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan tidur adalah faktor usia (Potter, 2005).

Dari hasil wawancara didapatkan hasil bahwa pada item pertama yang membahas tentang lamanya tidur saat malam hari sebagian besar responden menyatakan selalu tidur malam kurang dari delapan jam yaitu berjumlah 28 orang dan hanya empat orang yang menyatakan kadang-kadang tidur malam kurang dari delapan jam. Menurut Amir (2007), lansia membutuhkan waktu tidur selama tujuh sampai delapan jam.

Ditinjau secara teori proses degenerasi pada lansia mengakibatkan kuantitas tidur lansia akan semakin berkurang, sehingga tidak tercapai kualitas tidur yang adekuat dan akan menimbulkan berbagai macam keluhan tidur seperti merasa tidak segar setelah bangun tidur pada pagi hari, merasa letih dan pegal-pegal setelah bangun tidur, serta merasa mengantuk pada siang hari (Lanywati, 2001).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur responden berkisar antara satu sampai tujuh skor. Jika dilihat berdasarkan kategori umur, lansia dini dari 10 responden mempunyai nilai minimal dari peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur yang diperoleh setelah pemberian madu pada lansia dini yaitu penurunan dua skor sebanyak 7 orang (21,87%) sedangkan nilai maksimal dari peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur yaitu penurunan tujuh skor sebanyak satu orang (3,12%). Pada kategori lansia tua dari 22 responden mempunyai nilai minimal dari peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur yang diperoleh setelah pemberian madu yaitu mengalami penurunan satu skor sebanyak dua orang (6,25%) sedangkan nilai maksimal dari peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur yaitu penurunan tujuh skor sebanyak 1 orang (3,12%). Jika dilihat berdasarkan usia nilai peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia dini

berbeda dengan lansia tua, hal ini mungkin disebabkan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur yang tidak dapat diobservasi secara langsung oleh peneliti.

Dalam penelitian ini pemberian madu dilakukan sebanyak tujuh kali dalam kurun waktu seminggu telah memberikan perubahan pemenuhan kebutuhan tidur yang signifikan pada lansia. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori bahwa memberikan madu minimal selama seminggu sudah dapat membantu meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur.

Hasil penelitian mengenai pengaruh pemberian madu sebelum tidur terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia menunjukkan terjadinya perubahan yang signifikan antara pemenuhan kebutuhan tidur sebelum dan setelah diberikan madu sebelum tidur selama seminggu sebanyak satu sendok makan. Hal ini terbukti dari peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur yang terjadi pada responden setelah diberikan madu sebelum tidur berupa penurunan total skor kuesioner. Hasil tersebut di atas menguatkan hasil penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa dengan mengonsumsi madu akan membantu memenuhi kebutuhan tidur dan jika dikonsumsi teratur sebanyak satu sendok makan maka akan membantu mengatasi masalah tidur (McInnes, 2008; Shadkam, 2010).

Adanya perubahan pemenuhan kebutuhan tidur juga terlihat dari hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *Paired-Sample T-Test* didapatkan hasil bahwa nilai p (*2-tailed*) yaitu 0,000 dimana dengan $\alpha=5\%$ berarti $p<0,05$ maka H_0 ditolak yang artinya ada pengaruh pemberian madu sebelum tidur terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia di PSTW Wana Seraya Denpasar. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa jika $p \leq \alpha$ berarti H_0 ditolak. Dengan demikian terdapat perbedaan yang signifikan sebelum

dan sesudah diberikan intervensi (Hastono, 2007; Riwidikdo, 2009).

Perbedaan yang signifikan tersebut menunjukkan bahwa pemberian madu sebelum tidur dapat digunakan sebagai alternatif dalam memberikan intervensi pada lansia khususnya yang mengalami masalah dalam tidur. Masalah tidur yang dialami lansia terjadi akibat penurunan fisik yaitu penurunan kadar serotonin dan melatonin (Bongsoe, 2007; Fatmah, 2006). Serotonin dan melatonin disekresikan pada malam hari dan jika mengalami penurunan akan menyebabkan seseorang sulit untuk mempertahankan tidurnya.

Menurut Sarwono (2001), salah satu langkah yang bisa diambil untuk meningkatkan kadar serotonin dan melatonin yang akan membuat tubuh rileks dan menimbulkan keinginan untuk tidur adalah dengan mengonsumsi madu. Madu yang tinggi fruktosa di dalam tubuh akan cepat mengalami glikolisis oleh hati sehingga mampu berdifusi ke dalam darah dalam waktu tujuh menit. Fruktosa saat melalui sel menjadi terfosforilasi kemudian akan dikonversikan menjadi glukosa. Hal ini akan meningkatkan kadar gula darah di dalam tubuh sehingga akan memicu pankreas khususnya sel beta pulau Langerhans untuk mensekresikan insulin. Dengan adanya insulin, asam amino esensial akan masuk ke dalam otak. Asam amino esensial yang menjadi prekursor pembentukan serotonin adalah triptofan yang juga terkandung di dalam madu. Di dalam otak, triptofan dibantu dengan vitamin B6 dan vitamin C akan dikonversikan menjadi serotonin yang menimbulkan efek relaksasi. Apabila matahari sudah mulai tenggelam (mendekati malam hari), serotonin akan dikonversi menjadi melatonin di dalam kelenjar pineal. Melatonin memiliki efek regulasi terhadap relaksasi tubuh dan rasa kantuk dan produksinya merupakan suatu alarm alami untuk mengingatkan tubuh beristirahat (Almatsier, 2004; Astawan, 2005; Biokimia FK Unud, 2007; Guyton, 2007).

SIMPULAN

Dari hasil penelitian di atas dapat diambil kesimpulan bahwa madu merupakan terapi alternatif untuk membantu pemenuhan kebutuhan tidur lansia. Pemenuhan kebutuhan tidur setelah diberikan madu sebelum tidur meningkat dibuktikan dengan total skor menurun menjadi rentang 6-14 dengan nilai *mean* 9,4 yang menunjukkan ada peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur responden.

DAFTAR RUJUKAN

- AIPNI. 2011. *Jurnal Keperawatan Hubungan antara Insomnia dan Depresi Pada Lanjut Usia*, (online), (<http://www.aipni-ainec.com>, diakses 18 Februari 2011)
- Aden, 2010. Pusat Perlebahan APIARI, Pramuka.
- Almatsier, Sunita. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Amir, N. 2007. *Gangguan Tidur Pada Lansia*, (online), (<http://www.kalbe.co.id>, diakses 18 Februari 2011)
- Astawan, Made. 2005. *Minum Susu Tidur Jadi Berkualitas*, (online), (<http://www.KompasCyberMedia.com>, diakses 18 Februari 2011)
- Biokimia FK Unud. 2007. *Elementer dan Metabolisme Karbohidrat, Lemak dan Protein Disertai Penuntun Praktikum*. Denpasar: FK Universitas Udayana
- Bongsos, Syamsir. 2007. *Pengenalan Gangguan Depresif Pada Orang Usia Lanjut*, (online), (<http://www.usu.ac.id>, diakses 18 Februari 2010)
- Fatmah. 2006. Respon Imunitas Yang Rendah Pada Tubuh Manusia Usia Lanjut. *Makara Kesehatan*, (online), Volume 10, No.1, (<http://journal.ui.ac.id>, diakses 26 Februari 2011)
- Gosyenland. 2011. *Jangan Pakai Sendok Logam Untuk Mengambil Madu*, (online), (<http://www.gosyenland.com>, diakses 26 Februari 2011)
- Guyton, Arthur C. 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Hastono, Sutanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Honibe. 2011. *Honey Facts, Health and Nutrition Information*, (online), (<http://www.honibe.com>, diakses 25 Februari 2011)
- Lanywati, Endang. 2001. *Insomnia Gangguan Sulit Tidur*. Jogjakarta: Kanisius
- Maryam, R. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
- McInnes, Mike. 2008. *Report To The Officers and Board of Directors Of The Committe For The Promotion Of Honey and Health*, (online), (<http://www.delta-business.com>, diakses 18 Februari 2011)
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Partiwi, Nurcahyani. 2010. Pengaruh Teknik Relaksasi Pernafasan Terhadap Kualitas Tidur Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Wana Seraya Denpasar. *Skripsi tidak diterbitkan*. Denpasar: Program Studi Ilmu Keperawatan Udayana
- Potter, Patricia A. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Pudjiastuti, S.S. dan Utomo, B. 2003. *Fisioterapi Pada Lansia*. Jakarta: EGC
- Pusat Perlebahan APIARI Pramuka. 2005. *Lebah Madu: Cara Beternak dan Pemanfaatan*. Jakarta: Penebar Swadaya
- Riwidikdo, H. 2009. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Sarwono, B. 2001. *Lebah Madu*. Tangerang: Agro Media Pustaka
- Shadkam. 2010. *A Comparison Of The Effect Of Honey*,

Dextromethorphan, and Diphenhydramine on Nightly Cough and Sleep Quality in Children and Their Parents, (online), (<http://www.liebertonline.com>, diakses 20 Maret 2011)

Sherwood, Lauralee. 2001. *Fisiologi Manusia: Dari Sel ke Sistem*. Edisi 2. Jakarta: EGC

Stanley, Mickey. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: EGC

Sudoyo, A. W. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi IV. Jilid III. Jakarta: FKUI

Trinova. *Pengaruh Mentimun Terhadap Tekanan Darah*, (online), (www.trinova.web.id, diakses 18 Februari 2011)

Yudith, Intan W. 2005. *Analisa Madu Dari Segi Kandungannya Berikut Khasiatnya Masing-Masing*, (online), (<http://www.mail-archive.com>, diakses 22 Februari 2011)

PENANGANAN OSTEOARTRITIS SECARA MANDIRI PADA LANSIA

I Ketut Gama
Budi Ayu Mira Dewi
I Wayan Githa

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar
Email: gama_bali@yahoo.co.id

Abstract : *The treatment of osteoarthritis independently on the elderly. The purpose of this research is to know the description of the treatment of osteoarthritis independently on the elderly. The type of this research that used descriptive research approach to design survey. The sample research as many as 44 elderly with the techniques of probability sampling, simple random sampling. Data retrieval using a questionnaire that covers the characteristics of respondents and handling osteoarthritis independently. Respondents who are capable of handling osteoarthritis independently (do ≥ 3 handling) as many as 31 respondents (70%), as many as 13 respondents (30%) of handling osteoarthritis no independently.*

Abstrak : **Penanganan osteoarthritis secara mandiri pada lansia.** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penanganan osteoarthritis secara mandiri pada lansia. Jenis penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan survey. Sampel penelitian sebanyak 44 orang yang memenuhi kriteria inklusi dengan teknik probability sampling yaitu simple random sampling. Pengambilan data menggunakan kuesioner yang mencakup karakteristik responden dan penanganan osteoarthritis secara mandiri yang dilakukannya. Hasil penelitian responden yang mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri (melakukan ≥ 3 penanganan) sebanyak 31 responden (70%), 13 responden (30%) melakukan penanganan arthritis tidak mandiri.

Kata kunci: osteoarthritis, mandiri, lansia

Keberhasilan Pemerintah dalam Pembangunan Nasional telah mewujudkan hasil yang positif di berbagai bidang, yaitu adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama di bidang kesehatan yang menyebabkan semakin meningkatnya umur harapan hidup. Hal tersebut menyebabkan perubahan struktur umur penduduk yang ditunjukkan dengan meningkatnya jumlah penduduk golongan lanjut usia (Aini, 2010).

Saat ini jumlah lanjut usia di dunia diperkirakan lebih dari 629 juta jiwa dan pada tahun 2025 lanjut usia diperkirakan akan mencapai 1,2 milyar (Nugroho 2008). Indonesia sebagai salah satu negara dengan tingkat perkembangan yang cukup baik,

maka makin tinggi pula harapan hidup penduduknya. Diperkirakan pada tahun 2025, Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah warga lansia sebesar 41,4% yang merupakan sebuah peningkatan tertinggi di dunia dan

Perserikatan Bangsa-Bangsa juga memperkirakan bahwa jumlah warga lansia di Indonesia pada tahun 2025 akan mencapai ± 60 juta jiwa yang menyebabkan Indonesia berada pada peringkat ke-4 untuk jumlah penduduk lansia terbanyak setelah Cina, India, dan Amerika Serikat (WHO dalam Anita, 2011).

Semakin meningkatnya usia harapan hidup pada lansia dikhawatirkan angka kesakitan semakin bertambah karena terjadinya perubahan-perubahan fisik,

biologis, psikologis, dan sosial sebagai akibat proses penuaan dan munculnya penyakit degeneratif akibat proses penuaan tersebut (Nugroho, 2008).

Sejalan dengan semakin meningkatnya usia seseorang, maka akan terjadi perubahan-perubahan pada tubuh manusia. Perubahan-perubahan tersebut terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan seperti itu tampak pula pada semua sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya beberapa golongan rematik (Fitriani dalam Maura, 2011).

Rematik terdiri dari ratusan jenis, salah satu jenis rematik yang paling umum dan paling banyak terjadi pada usia lanjut (lebih dari 65 tahun) adalah "osteoarthritis" (Green, 2012). Osteoarthritis (OA) merupakan suatu penyakit sendi yang disebabkan oleh memburuknya kartilago sendi (artikular) dan pembentukan tulang baru di margin dan area subkondral sendi, yang disebabkan oleh kerusakan kondrosit dan terjadi paling sering di sendi penyokong beban, seperti pinggul dan lutut yang mengakibatkan rasa ngilu atau nyeri, serta pergerakan sendi menjadi terbatas dan berdampak terbatasnya aktivitas penderitanya (Stockslager & Schaeffer, 2008).

Dampak dari keadaan ini dapat mengancam jiwa penderitanya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan, dan masalah yang disebabkan oleh penyakit rematik (khususnya osteoarthritis) tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas hingga terjadi hal yang paling ditakuti yaitu menimbulkan kecacatan seperti kelumpuhan dan gangguan aktivitas hidup sehari-hari tetapi juga efek sistemik yang tidak jelas tetapi dapat menimbulkan kegagalan organ dan kematian atau mengakibatkan masalah seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah, perubahan citra diri serta risiko tinggi terjadi cedera (Maura, 2011).

Osteoarthritis merupakan penyakit sendi yang paling banyak ditemukan di dunia, termasuk di Indonesia (Maharani, 2007).

Prevalensi osteoarthritis di dunia diperkirakan mencapai 9,6% pada pria dan 18% pada wanita yang berusia lebih dari 60 tahun dan angka ini akan terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia harapan hidup (WHO dalam Kurniawan, 2008). Di Inggris terdapat 8,5 juta orang yang menderita osteoarthritis, sekitar setengah dari jumlah penderitanya mencapai usia 65 tahun (Green, 2012). Osteoarthritis juga menyerang sekitar 27 juta orang di Amerika Serikat, 80% dari populasi tersebut berumur lebih dari 65 tahun (Wikipedia dalam Finale, 2010). Angka kejadian osteoarthritis di Indonesia mencapai 360-380 dari 100.000 penduduk dan diperkirakan 1 sampai 2 juta orang usia lanjut menderita cacat akibat osteoarthritis (Depkes dalam Finale, 2010).

Riset Kesehatan Dasar menunjukkan 32,6% penduduk Provinsi Bali mengalami gangguan persendian, dengan keluhan pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki (Litbangkes, 2010). Prevalensi keluhan persendian di Bali tahun 2010 sebanyak 3,66% dari keluhan-keluhan penyakit lainnya, sedangkan tahun 2011 sebanyak 2,78% (Dinkes Provinsi Bali, 2012).

Prevalensi keluhan peradangan sendi (osteoarthritis) pada tahun 2011 di Kabupaten Tabanan mencapai 11,44% dengan total keluhan pada laki-laki maupun perempuan sebanyak 73.853 kasus. Keluhan peradangan sendi (osteoarthritis) tahun 2012 pada usia 60 tahun ke atas mencapai 15.446 kasus, dengan jumlah kasus pada laki-laki sebanyak 7.659 kasus dan pada perempuan sebanyak 7.787 kasus (Dinkes Kabupaten Tabanan, 2013).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada lansia di Banjar Kutabali Desa Tajen Kecamatan Penebel pada bulan Januari 2013 didapatkan hasil, 7 dari 10 lansia mengatakan bahwa dirinya pernah mengalami keluhan pada sendi baik yang dirasakan terus-menerus maupun hilang timbul, 4 diantaranya mengaku tidak melakukan pemeriksaan kesehatan karena menganggap nyeri pada sendinya sudah biasa dialami dan lebih memilih melakukan

penanganan secara mandiri di rumahnya. Cara penanganan yang sering dilakukan adalah beristirahat dan memijat bagian sendi yang sakit menggunakan minyak hangat.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mencanangkan *Bone and Joint Decade* yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup individu/manusia yang menderita penyakit muskuloskeletal (otot, rangka, tulang) termasuk penyakit osteoarthritis, dengan cara memberdayakan upaya pencegahan yang efektif. Pemerintah Indonesia berupaya melakukan intervensi secara terprogram dengan dibentuknya Direktorat Penyakit Tidak Menular Sub Direktorat Penyakit Kronis Degeneratif yang bertugas menangani masalah-masalah penyakit kronis degeneratif termasuk osteoarthritis, diperkuat dengan adanya Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1277/Menkes/SK/XI/2006 tentang Struktur Organisasi dan Tatalaksana Departemen Kesehatan RI (Maharani, 2007).

Penatalaksanaan penyakit rematik (osteoarthritis) terdiri dari terapi farmakologi dan nonfarmakologi (Tantular dalam Aini, 2010). Terapi farmakologi dapat digolongkan mejadi tiga kategori dasar obat yaitu: kelompok salisitas, kelompok obat anti inflamasi non-steroid, dan preparat antireumatik yang kerjanya lambat, sedangkan tindakan nonfarmakologi yang dapat dilakukan sendiri di rumah dan caranya sederhana, diantaranya adalah masase atau pijat, kompres hangat, relaksasi dan istirahat. Selain itu, tindakan nonfarmakologi ini dapat digunakan sebagai pertolongan pertama ketika nyeri menyerang (Aini, 2010).

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka peneliti bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui gambaran penanganan osteoarthritis secara mandiri pada lansia di Banjar Kutabali Desa Tajen Kecamatan Penebel Kabupaten Tabanan. Tujuan penelitian mengetahui gambaran penanganan osteoarthritis secara mandiri pada lansia.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian deskriptif. Peneliti tidak memberikan intervensi, hanya mengumpulkan informasi tentang penanganan osteoarthritis secara mandiri yang dilakukan lansia. Pendekatan yang digunakan adalah *survey* merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner atau melakukan wawancara. Sampel dari penelitian ini adalah lansia yang menderita osteoarthritis di Banjar Kutabali yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel dari penelitian ini menggunakan salah satu dari *probability sampling* yaitu *simple random sampling*, dimana setiap sampel yang memenuhi kriteria inklusi diseleksi secara random (acak).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah data dikumpulkan, diolah, dan dianalisis, didapatkan data secara umum tentang distribusi penanganan osteoarthritis secara mandiri pada lansia di Banjar Kutabali Desa Tajen Kecamatan Penebel Kabupaten Tabanan, seperti table 1.

Tabel 1. Distribusi Penanganan Osteoarthritis Secara Mandiri pada Lansia

| No. | Tindakan Penanganan Osteoarthritis | Frekwensi | Persentase (%) |
|-----|------------------------------------|-----------|----------------|
| 1. | Tidak Mandiri | 13 | 30 |
| 2. | Mandiri | 31 | 70 |
| | Total | 44 | 100 |

Setelah dilakukan analisa data yang telah dikumpulkan terhadap responden didapatkan bahwa sebagian besar lansia mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri. Lansia yang dikategorikan mandiri adalah lansia yang mampu melakukan ≥ 3 penanganan osteoarthritis dari 6 kegiatan penanganan yang meliputi : istirahat, latihan fisioterapi, kompres dingin atau hangat, terapi pemijatan, diet, dan melindungi sendi. Dari 44 responden, 31 orang (70%) responden mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri.

Hal ini sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup lansia dalam penanganan osteoarthritis, mengingat belum ditemukan cara yang efektif untuk menghilangkan penyakit ini, tetapi usaha penanganan osteoarthritis untuk mengurangi rasa nyeri yang dapat dilakukan secara mandiri oleh penderita pada umumnya adalah membiasakan diri agar hidup sehat dan menghindari segala sesuatu yang dapat menjadi pencetus serangan penyakit ini (Brunner and Suddarth dalam Kurniawan, 2008).

Berdasarkan hasil analisa data, didapatkan bahwa responden yang mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri sebagian besar berada pada rentang usia 60-74 tahun yaitu 23 responden (52,3%) dan responden yang tidak mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri sebagian besar berada pada rentang usia 75-90 tahun yaitu 10 responden (22,7%). Hal ini menunjukkan ada kecenderungan bahwa semakin tua usia seseorang proporsi perilaku melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri semakin rendah. Dengan demikian, lansia yang usianya sangat lanjut memerlukan bantuan orang lain atau keluarga untuk menangani osteoarthritis yang dialaminya.

Lansia pada kelompok usia 60-74 tahun secara umum mobilitasnya cukup baik dibandingkan dengan kelompok lansia yang usianya lebih tua, sehingga pada kelompok usia 75-90 tahun ataupun >90 tahun cenderung tidak mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang berjudul analisis pengaruh faktor nilai hidup, kemandirian dan dukungan keluarga terhadap perilaku sehat lansia, yaitu semakin tua seorang lansia, kemampuan ingatan dan motivasi berperilaku sehat juga menurun (Pratikwo, dkk., 2006).

Jika dikaji lebih lanjut, jumlah responden yang mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri lebih banyak laki-laki yaitu 16 responden (36,4%) dan responden yang tidak mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara

mandiri sebagian besar perempuan yaitu 10 orang (22,7%). Hal ini dipengaruhi oleh tingkat kesibukan yang dilakukan perempuan pada umumnya untuk memenuhi keperluan rumah tangga sehingga masalah kesehatannya sering terabaikan. Berbeda dengan laki-laki yang memiliki waktu senggang yang panjang dibandingkan perempuan sehingga dapat melakukan penanganan osteoarthritis secara sederhana, seperti jalan-jalan. Hasil ini sesuai dengan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian orang lanjut usia yaitu kemampuan finansial yang dimiliki laki-laki membuat mereka dapat melakukan kegiatan apa saja untuk mengisi waktu senggangnya, sedangkan perempuan pada umumnya tergantung secara finansial sehingga mereka tidak dapat bebas dalam merencanakan sesuatu (Suhartini, 2005).

Gambaran penanganan osteoarthritis secara mandiri pada lansia di Banjar Kutabali meliputi 6 kegiatan penanganan akan diuraikan sebagai berikut :

Istirahat berdasarkan hasil penelitian, seluruh responden (100%) mengatakan akan beristirahat sejenak dan menjaga posisi sendi yang nyeri senyaman mungkin atau duduk dengan posisi tubuh yang tegak dan kaki diluruskan, bahkan ada responden yang menghentikan aktivitasnya saat nyeri persendian muncul. Hal ini sesuai dengan teori yang mengungkapkan bahwa melakukan istirahat termasuk dalam rencana penyembuhan osteoarthritis. Penderita osteoarthritis harus belajar mendeteksi tanda-tanda tubuh, dan tahu kapan harus menghentikan atau memperlambat aktivitas, untuk mencegah rasa sakit karena aktivitas berlebihan (Muchid, dkk., 2006).

Latihan Fisioterapi hasil penelitian terhadap sampel didapatkan bahwa persentase lansia yang melakukan kegiatan penanganan osteoarthritis dengan latihan fisioterapi sebanyak 36,36%. Latihan fisioterapi yang paling banyak dilakukan oleh responden adalah berjalan-jalan dan latihan fisioterapi yang paling sedikit dilakukan adalah senam. Hal ini berkaitan dengan tidak berjalannya program Posyandu

Lansia di Desa Tajen, khususnya di Banjar Kutabali sehingga latihan fisik/fisioterapi yang dilakukan lansia di Banjar Kutabali hanya terbatas pada latihan fisik yang sehari-hari dilakukannya sambil melaksanakan aktivitas.

Penelitian menunjukkan bahwa latihan fisik/fisioterapi adalah penyembuhan yang paling baik untuk osteoarthritis. Olahraga dapat meningkatkan suasana hati (*mood*) dan harapan (*outlook*), mengurangi rasa sakit, meningkatkan fleksibilitas, memperbaiki jantung dan aliran darah, menjaga berat badan, dan memperbaiki kebugaran secara umum. Latihan fisik secara teratur (penguatan, rentang gerakan, isometrik, isotonik, isokinetik, postural), dapat mempertahankan kartilago agar tetap sehat, mendorong gerakan, dan membantu pengembangan otot dan tendon untuk meredam tekanan dan mencegah kerusakan selanjutnya akibat osteoarthritis. Sebaliknya inaktivitas dan imobilisasi walaupun untuk periode pendek akan memperburuk atau mempercepat berkembangnya osteoarthritis (Muchid, dkk., 2006).

Kompres Dingin atau Hangat berdasarkan hasil analisa data terhadap sampel penelitian, didapatkan persentase lansia yang melakukan kompres dingin atau hangat untuk mengatasi nyeri pada persendiannya adalah 27,27%. Kegiatan penanganan yang paling banyak dilakukan lansia berkaitan dengan kompres dingin atau hangat adalah menggunakan air hangat pada saat mandi yaitu 31 responden dan melakukan kompres air hangat pada persendian yang terasa nyeri sebanyak 12 responden, sedangkan responden yang melakukan kompres air dingin/es hanya 2 responden.

Pemakaian kompres hangat atau dingin akan membantu menjaga dan mengembalikan rentang gerakan sendi dan mengurangi rasa sakit dan kejang otot untuk sementara (Mark dalam Kurniawan, 2008). Mandi atau berendam air hangat akan mengurangi rasa sakit dan kekakuan. Efek fisiologi dari suhu adalah relaksasi otot dan mengurangi rasa sakit. Walaupun demikian,

pemakaian panas harus dipertimbangkan secara komprehensif bagi pasien osteoarthritis. Handuk hangat, kantung panas (*hot packs*), atau mandi air hangat, dapat mengurangi kekakuan dan rasa sakit, sedangkan kantung es (*cold packs*) dibungkus handuk dapat menghilangkan rasa sakit atau mengebalkan bagian yang ngilu (Muchid, dkk., 2006).

Terapi Pemijatan berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa lansia yang melakukan terapi pemijatan terhadap persendian yang terasa nyeri sebanyak 43 responden (97,73%). Sebagian besar responden mengatakan bahwa akan memijat bagian sendi yang terasa nyeri menggunakan minyak yang menimbulkan efek hangat saat dilakukan pemijatan.

Ketika seseorang merasakan nyeri, secara instingtif akan mengelus atau memijat bagian yang sakit. Pemijatan memberikan sentuhan yang dapat membantu mengurangi nyeri serta mengurangi stres dan ketegangan. Pijatan dianggap bekerja dengan menstimulasi pelepasan endorfin (peredai nyeri yang dihasilkan oleh tubuh). Pemijatan juga dapat menurunkan kadar hormone stres dalam darah dan meningkatkan sirkulasi darah, membantu meningkatkan pembuangan toksin dari dalam tubuh. Ketika otot rileks dan kekakuan sendi berkurang, maka pergerakan dan fleksibilitas akan meningkat (Green, 2012).

Hasil penelitian didapatkan bahwa persentase penanganan osteoarthritis pada kegiatan diet yang dilakukan lansia sebanyak 56,82%. Sebanyak 22 responden mengatakan bahwa menjaga pola makannya untuk menghindari kelebihan berat badan. Kelebihan berat badan memberikan beban ekstra pada sendi yang menahan berat badan, terutama pada panggul, tulang belakang dan lutut, dan tidak hanya memperbesar kemungkinan terkena osteoarthritis, tetapi membuatnya semakin parah saat osteoarthritis sudah berkembang (Arthritis Care, 2012).

Sebanyak 23 responden mengatakan bahwa sering mengonsumsi makanan yang

kaya kalsium seperti susu atau umbi-umbian. Kalsium memegang 2 (dua) peranan fisiologik yang penting di dalam tubuh. Di dalam tulang, garam-garam kalsium berperan menjaga integritas struktur kerangka, sedangkan di dalam cairan ekstraseluler dan sitosol, kalsium sangat berperan pada berbagai proses biokimia tubuh (Sudoyo, 2010). Mengonsumsi makanan yang kaya kalsium akan membantu penderita osteoarthritis berisiko lebih rendah terkena osteoporosis akibat pengaruh penyakit pada pergerakan tubuh atau tulang-tulang yang membutuhkan latihan beban secara teratur agar tetap kuat dan sehat (Green, 2012).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebanyak 29 responden mengatakan sering mengonsumsi buah-buahan dan 34 responden mengonsumsi sayuran setiap harinya. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan makan sedikitnya 5 porsi buah dan sayuran setiap hari untuk memastikan tubuh kita mendapatkan vitamin, mineral, dan antioksidan yang dibutuhkan bagi kesehatan tubuh. Antioksidan dianggap dapat membantu melindungi sendi, mengurangi inflamasi dengan menangkap bahan kimia (radikal bebas) yang menjadi penyebab inflamasi dan sangat berpotensi untuk membantu mencegah artritis. Penelitian terkini menemukan bahwa orang-orang yang mengonsumsi banyak buah dan sayuran segar, terutama yang mengandung vitamin C, mampu mengurangi risiko terkena artritis inflamasi (Arthritis Care, 2012).

Sebanyak 22 responden menyatakan bahwa mengurangi asupan lemak jenuh (seperti daging dan mentega) dan sering mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin E (seperti kacang-kacangan). Lemak jenuh terutama diperoleh dari sumber hewani, seperti daging merah dan mentega. Beberapa penelitian menyatakan makanan ini harus dibatasi karena dianggap dapat menyebabkan inflamasi atau menambah gejala artritis dan dikaitkan dengan penyakit jantung. Vitamin E adalah antioksidan

efektif dan beberapa penelitian telah menunjukkan orang-orang yang tinggi asupan vitamin E-nya lebih sedikit terkena osteoarthritis daripada orang-orang yang asupannya rendah (Green, 2012).

Melindungi Sendi berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa lansia yang melakukan penanganan osteoarthritis dengan cara melindungi sendinya menggunakan belat (*dekker*) pada sendi untuk meringankan nyeri sebanyak 16 responden (36,36%).

Melindungi sendi dapat dilakukan dengan cara menghindari pemakaian sendi dalam satu posisi untuk waktu yang lama dan pemakaian sendi yang paling kuat untuk suatu gerakan tertentu. Melindungi sendi dapat juga dilakukan menggunakan belat yang berfungsi membantu mengurangi dan mencegah nyeri (Green, 2012).

Lansia yang mandiri adalah lansia yang mampu mewujudkan kehendak atau keinginannya secara nyata dalam menghadapi berbagai situasi dengan tidak bergantung pada orang lain (Kurniawan, 2012). Berkaitan dengan pernyataan tersebut, dalam penelitian ini responden yang masuk dalam kategori tidak mandiri (melakukan <3 kegiatan penanganan osteoarthritis) sebanyak 13 orang (30%). Kebanyakan dari responden tersebut berada dalam rentang usia 75-90 tahun yaitu 10 responden. Hal ini dipengaruhi oleh ketidakberdayaan lansia untuk memenuhi keinginannya akibat dari bertambahnya usia yang mempengaruhi keterbatasan fisik dalam melakukan kegiatan secara mandiri. Kurangnya informasi yang diperoleh lansia berkaitan dengan osteoarthritis dan cara penanganannya juga mempengaruhi kebiasaan lansia dalam melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri.

Dalam hal ini, perawat puskesmas memegang peranan penting dalam penyampaian informasi mengenai tanda gejala, pencegahan, serta penanganan osteoarthritis untuk mengurangi angka terjadinya osteoarthritis pada lansia

SIMPULAN

Dari hasil pembahasan dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut Sebagian besar responden mampu melakukan penanganan osteoarthritis secara mandiri 31 responden (70%), sedangkan 13 responden (30%) tidak mandiri.

DAFTAR RUJUKAN

- Aini, S.T., 2010, *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Pasien Rematik di Kelurahan Koto Panjang Ikor Koto Wilayah Kerja Puskesmas Air Dingin Kecamatan Koto Tangah Padang*, (online), available: <http://repository.unand.ac.id/18341/>, (12 Desember 2012).
- Anita, Ripi, 2011, *Hubungan Senam Lansia dengan Rasa Nyeri Penderita Arthritis Rheumatoid (Rematik) di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerindu Kota Bengkulu*, (online), available : <http://kutaukomputer.files.wordpress.com/2011/12/proposal1.pdf>, (26 Desember 2012).
- Arthritis Care, 2012, *Living with Osteoarthritis*, (online), available : <http://www.arthritiscare.org.uk>, (9 Januari 2013).
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010, *Laporan Riskesdas 2010 Provinsi Bali*, Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan, 2012, *Laporan Triwulan Keluhan Peradangan Sendi di Kabupaten Tabanan*, Tabanan : Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2012, *Laporan Tahunan Keluhan Penyakit di Bali*, Denpasar : Dinas Kesehatan Provinsi Bali.
- Finale, P.E., 2010, *Perbedaan Antara Berat Badan Berlebih dengan Berat Badan Normal terhadap Osteoarthritis Pada Pasien Usia Minimal 45 tahun di Puskesmas Kelurahan Joglo 1 Kecamatan Kembangan Jakarta Barat*, (online), available : <http://www.scribd.com/doc/42626751/Pene-El-Finale-Revisi-3-Edit-Mei-03>, (7 Januari 2013).
- Green, W., 2012, *50 Hal yang Bisa Anda Lakukan Hari ini untuk Mengatasi Arthritis*, Jakarta : PT Gramedia.
- Kurniawan, E., 2008, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Osteoarthritis (OA) pada Lansia di Panti Werda Minaula Kecamatan Ranomeeto Kabupaten Konawe Selatan*, (online), available : <http://www.scribd.com/doc/83480874/Proposal-Lengkap-EDI>, (7 Januari 2013).
- Kurniawan, H., 2012, *Pengaruh Senam Jantung Sehat terhadap Perilaku Hidup Sehat dan Kemandirian Lansia*, (online), available : http://repository.upi.edu/operator/upload/s_ikor_0703907_chapter2.pdf, (1 Februari 2013).
- Maharani, E.P., 2007, *Faktor-faktor Risiko Osteoarthritis Lutut*, (online), available: <http://eprints.undip.ac.id/679/>, (7 Januari 2013).
- Maura, Y., 2011, *Hubungan Pengetahuan tentang Penyakit Rematik dengan Penanganan Rematik*, (online), available : <http://yudhamaura.blogspot.com/2011/09/hubungan-pengetahuan-tentang-penyakit.html>, (26 Desember 2012).
- Muchid, A., 2006, *Pharmaceutical Care untuk Pasien Penyakit Arthritis Rematik*. Jakarta : Departemen Kesehatan.
- Nugroho, W., 2008, *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*, Jilid Pertama, Edisi Ketiga, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Pratikwo, 2006, Analisis Pengaruh Faktor Nilai Hidup, Kemandirian, dan Dukungan Keluarga terhadap Perilaku Sehat Lansia di Kelurahan Medono Kota Pekalongan, *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* Vol. 1 (2) : p.72-81.
- Stockslager, J.L & Liz Schaeffer, 2008, *Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik*, Jilid Pertama, Edisi Kedua, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sudoyo, A., 2010, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid Ketiga, Edisi Kelima, Jakarta : InternaPublising.

Suhartini, R., 2005, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Orang Lanjut Usia*, (online), available : http://www.damandiri.or.id/file/ratna_suhartiniunairbab6.pdf, (19 Juli 2013).

LATIHAN FISIK PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE II

I Made Mertha

Ni Putu Ririn Ariyanti

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email: mertha_69@yahoo.co.id

Abstract : *behaviors patients with diabetic about physical exercise. The aim of the study is to know behavior Diabetes Mellitus patient about physical exercise. These study was conducted by descriptive digsn with cross sectional. The result showed from May until June 2013. These study is located at Public Health Center II West Denpasar with 30 samples was selected by using concecutive sampling method. Most of samples are ranged 51-60 years old (50%), gender is woman (57%), level of education is senior high school (34%), self employed (44%). The results of physical exercise knowledge majority good category (53%), attitude is good category (70%), psychomotor is good category (60%). The most of sample have good level of behavior about Diabetes Mellitus physical exercise (64%).*

Abstrak : **perilaku latihan fisik pada pasien DM tipe II.** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perilaku Diabetes Mellitus pasien tentang latihan fisik. Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Penelitian dilakukan dari bulan Mei hingga Juni 2013. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas II Denpasar Barat dengan 30 sampel yang dipilih dengan menggunakan teknik concecutive sampling. Sebagian besar sampel berusia 51-60 tahun (50%), jenis kelamin wanita (57%), tingkat pendidikan SLTA (34%), wiraswasta (44%). Hasil pengetahuan terbanyak dengan kategori baik (53%), sikap dengan kategori baik (70%), tindakan dengan kategori baik (60%). Sebagian besar responden memiliki perilaku baik tentang latihan fisik pada Diabetes Mellitus(64%).

Kata kunci: latihan fisik, diabetes mellitus tipe II

Diabetes mellitus (DM) adalah sekumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Subekti dalam Soegondo dkk, 2011). DM terjadi karena adanya masalah dengan produksi hormon insulin oleh pankreas, baik hormon itu tidak diproduksi dalam jumlah yang besar maupun tubuh tidak bisa menggunakan hormon insulin dengan benar (PERKENI, 2011). Jumlah pasien DM di dunia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insiden dan prevalensi DM di berbagai penjuru dunia, hal ini berkaitan dengan jumlah populasi meningkat, pola hidup, prevalensi

obesitas meningkat dan kegiatan fisik kurang (Smeltzer & Bare, 2002). Secara global WHO menyatakan bahwa terdapat 150 juta penduduk dunia menderita DM dan meningkat menjadi 220 juta penduduk sejak tahun 2009. Dari seluruh kematian akibat DM di dunia, 80% kematian terjadi di negara-negara miskin dan berkembang, 50% kematian terjadi pada kelompok umur 40-70 tahun dan 55% kematian terjadi pada wanita. Pada tahun 2003, *International Disease Foundation* (IDF) menyatakan bahwa prevalensi DM di dunia adalah 1,9% pada kelompok umur >30 tahun, yaitu sekitar 194 juta penduduk dan pada tahun 2006 terdapat 246 juta penduduk dunia yang menderita DM dengan prevalensi 6 % pada kelompok umur >30 tahun. Saat ini prevalensi DM di Indonesia menduduki

urutan keempat di dunia setelah di India, Cina dan Amerika Serikat. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes), Departemen Kesehatan (Depkes) tahun 2008, menunjukkan prevalensi pasien DM sekitar 5,7 %. Riset tersebut melibatkan 24.417 responden yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan angka prevalensi tersebut, dapat diperkirakan pasien DM saat ini (jumlah penduduk 238 juta orang) mencapai sekitar 13,56 juta orang (Kompasiana, 2011 dalam <http://www.kompasiana.com>). Data Dinas Kesehatan Provinsi Bali jumlah pasien DM dan obesitas mencapai 2.210 orang. Hasil penelitian menunjukkan wilayah yang paling banyak ditemukan kasus DM adalah di Desa Legian Kecamatan Kuta dengan prevalensinya mencapai 7,3 persen (<http://penabali.com>).

Data tingginya prevalensi pasien DM di Bali dibuktikan pula dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas II Denpasar Barat pada tanggal 4 Januari 2013. Berdasarkan data kunjungan pasien DM ke Puskesmas II Denpasar Barat selama 3 tahun terakhir, terjadi peningkatan kunjungan pasien DM dari tahun 2010 sampai tahun 2012 yaitu tahun 2010 sebanyak 33 orang, tahun 2011 sebanyak 54 orang dan tahun 2012 sebanyak 62 orang. Studi menunjukkan bahwa DM yang tidak terkontrol akan mengakibatkan timbulnya berbagai komplikasi, baik akut maupun kronis yang sering menyebabkan ganggren dengan risiko amputasi (Baradero, 2009).

Dalam penatalaksanaan DM terdapat empat pilar yaitu edukasi, terapi gizi medis, latihan fisik, dan terapi farmakologis (PERKENI, 2011). Latihan fisik sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena pada dasarnya DM dapat pula disebabkan oleh faktor pola hidup atau gaya hidup yang inaktif (Wasilah, 2006). Efek latihan fisik dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah oleh otot dengan meningkatkan

pengambilan glukosa oleh otot. Keberhasilan pasien DM dalam melakukan latihan fisik tergantung pada perilaku (kognitif, afektif dan psikomotor).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Model pendekatan subjek yang digunakan adalah *cross sectional*. Populasi penelitian adalah pasien DM tipe II yang mengikuti Peguyuban DM di Puskesmas II Denpasar Barat dengan anggota sebanyak 55 orang.

Sampel penelitian adalah pasien DM tipe II yang mengikuti paguyuban di Puskesmas II Denpasar Barat yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian ini menggunakan teknik sampling *Non Probability Sampling* yaitu *consecutive samplin*. Jumlah sampel 30 orang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2013 sampai dengan Juni 2013 di Puskesmas II Denpasar Barat. Pengumpulan data mengenai perilaku latihan fisik pada pasien DM tipe II menggunakan kuesioner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perilaku latihan fisik pada pasien DM tipe II di Puskesmas II Denpasar Barat dijelaskan seperti tabel 1

Tabel 1. Distribusi Pengetahuan Pasien DM Tipe II Dalam Melakukan Latihan Fisik

| No | Katagori Pengetahuan | Jumlah | Persentase (%) |
|----|----------------------|--------|----------------|
| 1 | Baik | 16 | 53 |
| 2 | Cukup | 11 | 37 |
| 3 | Kurang | 3 | 10 |
| | Jumlah | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 1, didapatkan pengetahuan pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik sebagian besar dengan pengetahuan baik yaitu 16 orang (53%), sisanya 11 orang (37%) memiliki pengetahuan cukup, dan hanya 3 orang (10%) pasien yang memiliki pengetahuan kurang.

Tabel 2. Distribusi sikap pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik

| No | Katagori Sikap | Jumlah | Persentase (%) |
|----|----------------|--------|----------------|
| 1 | Baik | 21 | 70 |
| 2 | Cukup | 6 | 20 |
| 3 | Kurang | 3 | 10 |
| | Jumlah | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 2, didapatkan sikap pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik sebagian besar dengan sikap baik yaitu 21 orang (70%), sisanya 6 orang (20%) memiliki sikap cukup, dan hanya 3 orang (10%) yang memiliki sikap kurang.

Tabel 3. Distribusi tindakan pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik.

| No | Katagori Tindakan | Jumlah | Persentase (%) |
|----|-------------------|--------|----------------|
| 1 | Baik | 18 | 60 |
| 2 | Cukup | 10 | 33 |
| 3 | Kurang | 2 | 7 |
| | Jumlah | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 3, dapat dinyatakan bahwa tindakan pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik sebagian besar dengan kategori baik yaitu 18 orang (60%), sisanya 10 orang (33%) memiliki tindakan cukup, dan hanya 2 orang (7%) memiliki sikap kurang.

Tabel 4. Distribusi Perilaku Pasien DM Tipe II Dalam Melakukan latihan fisik.

| No | Katagori Perilaku | Jumlah | Persentase (%) |
|----|-------------------|--------|----------------|
| 1 | Baik | 19 | 64 |
| 2 | Cukup | 7 | 23 |
| 3 | Kurang | 4 | 13 |
| | Jumlah | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 4, dapat dinyatakan bahwa perilaku pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik sebagian besar dengan perilaku baik yaitu 19 orang (64%), sisanya 7 orang (23%) memiliki perilaku cukup, dan hanya 4 orang (13%) yang memiliki perilaku kurang. Jadi dapat disimpulkan bahwa responden berdasarkan

perilaku dengan kategori terbanyak adalah baik (19 orang atau 64%). Kontribusi yang mendukung untuk didapatkannya perilaku yang baik yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan pasien DM dalam melakukan latihan fisik baik. Kelompok umur terbanyak pada 51-60 tahun (15 orang atau 50%), sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (17 orang atau 57%), tingkat pendidikan terakhir terbanyak SMA (10 orang atau 34%) dan pekerjaan responden terbanyak sebagai wiraswasta (13 orang atau 44%).

Catur (2010) dalam penelitiannya tentang tingkat pengetahuan pasien diabetes melitus tentang olahraga dilihat dari aspek pendidikan mendapatkan bahwa pendidikan SMA dan PT memiliki tingkat pengetahuan sangat baik karena semakin tinggi pendidikan maka semakin mudah orang menerima informasi sedangkan dilihat dari aspek umur didapatkan bahwa umur 53-60 tahun memiliki tingkat pengetahuan sangat baik karena pada umur yang lebih dewasa seseorang akan berusaha mengambil keputusan untuk lebih mengutamakan kesehatan. Namun ada juga responden yang memiliki perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) yang kurang. Faktor yang paling mempengaruhi selain pendidikan dan pekerjaan adalah komponen sikap (kehidupan emosional/penilaian seseorang, serta kecenderungan untuk bertindak) yang mendukung adanya tindakan yang akan dilakukan oleh responden yang menderita DM tipe II. Inilah yang mengakibatkan meningkatnya angka komplikasi penyakit DM yang diakibatkan karena kurangnya perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) pasien dalam melakukan latihan fisik. Oleh karena itu sangat diperlukan suatu upaya untuk mencegah terjadinya komplikasi DM, melalui program edukasi atau penyuluhan secara teratur. Melalui penyuluhan diharapkan perilaku (pengetahuan, sikap dan tindakan) pasien bisa lebih baik dalam melakukan latihan fisik. Latihan fisik sebaiknya dilakukan secara teratur dan kadar gula darah dalam keadaan normal. Pasien DM tipe II yang melakukan latihan fisik

secara tidak teratur dapat meningkatkan kadar gula darah yang nantinya dapat menyebabkan berbagai komplikasi DM. Oleh karena itu tingkat pengetahuan yang cukup masih harus ditingkatkan lagi melalui berbagai upaya diantaranya mengoptimalkan promosi kesehatan mengenai pentingnya melakukan latihan fisik.

Perilaku pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik yang dapat dilakukan oleh pasien DM tipe II meliputi tiga komponen, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Setiap komponen ini memiliki keterkaitan antara satu dengan yang lainnya. Pengetahuan pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik bisa ditingkatkan melalui promosi dan penyuluhan, sikap dapat dirubah kearah yang positif melalui pemberian motivasi dan tindakan dapat dirubah dengan penyediaan faktor-faktor pendukung seperti fasilitas dan dukungan keluarga ataupun lingkungan. Sedangkan untuk tindakan pasien DM tipe II harus taat dalam melakukan tindakan latihan fisik sesuai dengan anjuran yang diberikan. Seseorang yang memiliki pengetahuan dan sikap yang baik diiringi dengan tindakan nyata yang baik juga. Namun ada juga yang memiliki pengetahuan dan sikap yang baik tetapi dalam tindakannya kurang, begitu pula sebaliknya jika memiliki pengetahuan yang cukup, sikap dan pengetahuannya juga baik. Apabila ketiga komponen perilaku tersebut dapat berjalan dan dipatuhi oleh pasien DM tipe II maka komplikasi DM dapat dicegah dengan melakukan latihan fisik.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas II Denpasar Barat tentang perilaku pasien DM dalam melakukan latihan fisik dapat ditarik kesimpulan yaitu:

Karakteristik pasien DM tipe II berdasarkan umur didapatkan kelompok umur terbanyak adalah 51-60 tahun (15 orang atau 50%), sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (17 orang atau 57%), tingkat pendidikan terakhir terbanyak

SMA (10 orang atau 34%) dan pekerjaan responden terbanyak sebagai wiraswasta (13 orang atau 44%).

Pengetahuan pasien DM tipe II dalam melakukan latihan fisik didapatkan dari 30 orang responden terbanyak dengan kategori baik (16 orang atau 53%), sikap dengan kategori terbanyak kategori sangat baik (21 orang atau 70%), tindakan dengan kategori terbanyak baik (18 orang atau 60%) dan perilaku dengan kategori terbanyak baik (19 orang atau 64%).

DAFTAR RUJUKAN

- Baradero, Mary, Mary Wilfrid Dayrit, Yakobus Siswadi. 2009. *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Endokrin*, Jakarta: EGC.
- Catur, 2010, Tingkat Pengetahuan Pasien Diabetes Mellitus Tentang Olahraga di Poliklinik Interna RSUD Karangasem (*Karya Tulis Ilmiah*), Denpasar : Poltekkes Denpasar Jurusan Keperawatan (Tidak dipublikasikan)
- Kompasiana, A, 2011, *Diabetes Mellitus Makin Mengancam*, (online), available : <http://www.kompasiana.com>.
- PERKENI, 2011, *Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Indonesia*, Jakarta: PB.PERKENI.
- Penabali, 2012, *Penderita Diabetes di Bali Lampau Rata-rata Nasional*, (online), available : <http://www.Penabali.com>,
- Setiadi, 2007, *Konsep dan Penulisan Riset Dalam Keperawatan*, Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G., 2002, *Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth, Edisi 8, Volume 2*, Jakarta: EGC.
- Soegondo, S., dan Sukardji, K., 2011, *Hidup secara mandiri dengan Diabetes Melitus Kencing Manis Sakai Gula*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Adherence To Long-Term*

Therapies: Evidence For Action,
(online), : http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf, diakses 21 November 2012).

Wasilah, 2006, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi 4, Jilid 3, Penerbit Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

TERAPI RELIGIUS MANTRAM GAYATRI MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN HIV DAN AIDS

I Nengah Sumirta

I Wayan Suardana

Ni Made Supatni

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

e-mail : mirtakumara@gmail.com

Abstract: Religius Therapy Gayatri Mantra Reduce Anxiety Level Of Patient HIV and AIDS. This study aimed to determine the effect of Gayatri Mantram Japa to changes in anxiety levels of patients with HIV and AIDS. This research method using pre Experiment with design One Group Pretest-Posttest Design. The total sample of 13 people. The research was conducted in Bangli Hospital Internal Medicine Clinic on 25 May until 5 July 2013. The instrument used is Standard Operational Procedurea Gayatri Mantram and Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Results of research before implementing Gayatri Mantram Japa earned by 8 people (61.54%) had moderate anxiety. After doing Gayatri Mantram Japa 7 (53.85%) experienced mild anxiety and 5 people (38.46%) did not experience anxiety. There Gayatri Mantram Japa influence the implementation of the reduction of anxiety patients with HIV and AIDS with the value of p Value > 0.05 or $p = 0.000$ and $r = 0.875$.

Abstrak: Terapi Religius Mantram Gayatri Menurunkan Tingkat Kecemasan Pasien HIV dan AIDS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Japa Mantram Gayatri terhadap perubahan tingkat kecemasan pasien HIV dan AIDS. Metode penelitian menggunakan *Pre Experiment* dengan rancangan *One Group Pretest-Posttest Design*. Jumlah sampel 13 orang, dilaksanakan di Poliklinik Penyakit dalam RSUD Bangli pada tanggal 25 Mei sampai dengan 5 Juli 2013. Instrumen yang digunakan adalah standar prosedur operasional mantram gayatri dan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Hasil penelitian sebelum melaksanakan Japa Mantram Gayatri didapatkan sebanyak 8 orang (61,54%) mengalami kecemasan sedang, setelahnya 7 orang (53,85%) mengalami kecemasan ringan dan 5 orang (38,46%) tidak mengalami kecemasan. Ada pengaruh pelaksanaan Japa Mantram Gayatri terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien HIV dan AIDS dengan nilai p Value $< 0,05$ atau $p=0,000$ dan $r=0.875$.

Kata kunci: mantram Gayatri, kecemasan, HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* angka kejadiannya sangat tinggi dan belum dapat disembuhkan. Kualitas hidup yang baik dapat dipertahankan dengan mengkonsumsi *Antiretroviral (ARV)* (Kemenkes RI, 2010). Selain itu terapi religius seperti meditasi atau japa sangat berguna baik untuk fisiologis, spiritual, maupun mental penderita HIV dan AIDS (Depkes RI, 2009).

Perlu diketahui bahwa mengidap HIV dan AIDS di Indonesia dianggap aib, sehingga menyebabkan tekanan psikologis terutama pada penderita maupun keluarga dan lingkungan di sekeliling penderita. Pengalaman mengalami suatu penyakit menimbulkan berbagai perasaan dan reaksi stress, frustrasi, kecemasan, ketakutan, penyangkalan, rasa malu, berduka, dan ketidakpastian akan adaptasi terhadap penyakit (Nursalam & Kurniawati, 2007). Kecemasan merupakan respon terhadap

stress seperti didiagnosa penyakit yang sangat mematikan atau bencana yang mengancam jiwa. Salah satu bentuk kecemasan tersebut adalah didiagnosa HIV dan AIDS. Menurut David (2002), prevalensi kecemasan pada kelompok HIV positif berkisar kurang lebih 25% sampai 40%. Gangguan kecemasan mencakup gangguan penyesuaian ringan, gangguan panik, fobia, penyakit stress yang akut, dan kegelisahan yang menyeluruh.

Menurut Hawari (2008), penatalaksanaan kecemasan pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik, psikososial, dan psikoreligius. Terapi psikoreligius untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai masalah kehidupan.

Mantram Gayatri berasal dari Reg Weda III,62,10, disebut Weda mata atau ibu dari segala Weda yang mengandung makna satu kekuatan yang maha dahsyat, maha suci yang menjadi sumber kehidupan makhluk semesta alam (Putra, 2009). Mantram ini mempunyai ketiga unsur yang terdapat dalam pemujaan Tuhan, yaitu pujian, meditasi dan doa (*Sai Study Group*, 2006). Japa adalah pengucapan mantram secara berulang-ulang dengan tekun dan kesungguhan hati dengan memutar genitri yang dirangkai sebanyak 108 butir menjadi japamala untuk melakukan japa mantra (Putra, 2009).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Japa Mantram Gayatri terhadap tingkat kecemasan pasien HIV dan AIDS di Poliklinik Penyakit Dalam RSU Bangli tahun 2013.

METODE

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *Pre Experiment* yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh Japa Mantram Gayatri terhadap tingkat kecemasan. Rancangannya adalah *One Group Pretest-Posttest Design*. Jumlah sampel sebanyak 13 orang yang memenuhi kriteria inklusi dari

15 populasi yang ada. Teknik sampling yang digunakan adalah *Nonprobability Sampling* dengan teknik *Purposive sampling*. Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik Penyakit dalam RSU Bangli pada tanggal 25 Mei sampai dengan 5 Juli 2013. Perlakuan dilakukan selama satu minggu (tujuh kali), dilakukan 1 kali sehari setiap pagi jam 06.00-07.00 wita. Pertama dilakukan di poliklinik RSUD kemudian dilanjutkan di rumah dibantu/diawasi oleh pembantu peneliti dan dihari ketujuh dilakukan di RS sekaligus mengukur tingkat kecemasan post tes. Instrumen yang digunakan adalah standar prosedur operasional mantra gayatri dan skala kecemasan : *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*, uji *Paired T Test* untuk uji statistik dengan nilai signifikansi $p < 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan, disajikan dalam table 1, 2, 3, 4, dan 5

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

| No | Umur | frekwensi (f) | persentase (%) |
|----|------------|---------------|----------------|
| 1 | 15 – 25 th | 2 | 15,38 |
| 2 | 25 – 45 th | 9 | 69,23 |
| 3 | >45 th | 2 | 15,38 |
| | Total | 13 | 100 |

Pada tabel 1 terlihat bahwa sebagian besar responden adalah usia produktif, dimana usia terbanyak pada rentang 25-45 tahun (69,23%).

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

| No | Jenis Kelamin | Frekwensi (f) | Persentase (%) |
|----|---------------|---------------|----------------|
| 1 | Laki – laki | 5 | 38,46 |
| 2 | Perempuan | 8 | 61,54 |
| | Total | 13 | 100 |

Pada tabel 2 terlihat bahwa responden terbanyak berjenis kelamin perempuan yaitu 8 orang (61,54%).

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

| No | Tingkat Pendidikan | Frekwensi (f) | Persentase (%) |
|----|--------------------|---------------|----------------|
| 1 | Tidak Sekolah | 2 | 15,38 |
| 2 | Tamat SD | 8 | 61,54 |
| 3 | Tamat SMP | 2 | 15,38 |
| 4 | Tamat SMA | 1 | 7,69 |
| 5 | Tamat PT | 0 | 0 |
| | Total | 13 | 100 |

Pada tabel 3 terlihat bahwa responden terbanyak tamat SD yaitu 8 orang (61,54%).

Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

| Jenis Pekerjaan | frekwensi (f) | persentase (%) |
|-----------------|---------------|----------------|
| Tidak Bekerja | 2 | 15,38 |
| Petani/Buruh | 0 | 0 |
| PNS/TNI/POLRI | 0 | 0 |
| Swasta | 5 | 38,46 |
| Wiraswasta | 6 | 46,15 |
| Jumlah | 13 | 100 |

Pada tabel 4 terlihat bahwa responden terbanyak bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 6 orang (46,15%).

Tabel 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

| No | Status Perkawinan | Frekwensi (f) | Persentase (%) |
|----|-------------------|---------------|----------------|
| 1 | Kawin | 12 | 92,31 |
| 2 | Tidak/Belum Kawin | 1 | 7,69 |
| | Total | 13 | 100 |

Pada tabel 5 terlihat bahwa responden terbanyak sudah menikah sebanyak 12 orang (92,31%).

Hasil pengamatan tingkat kecemasan pasien HIV dan AIDS di RSUD Bangli

berdasarkan HARS disajikan dalam tabel 6 dan 7

Tabel 6. Hasil Pengamatan Tingkat Kecemasan Responden Sebelum Melakukan Japa Mantram Gayatri

| Skor/Tingkat Kecemasan | Frekwensi (f) | Persentase (%) |
|------------------------|---------------|----------------|
| Tidak ada kecemasan | 0 | - |
| Kecemasan ringan | 1 | 7,69 |
| Kecemasan sedang | 8 | 61,54 |
| Kecemasan berat | 1 | 7,69 |
| Kecemasan sangat berat | 3 | 23,08 |
| Jumlah | 13 | 100 |

Pada tabel 6 terlihat bahwa responden terbanyak dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 8 orang (61,54%).

Tabel 7. Hasil Pengamatan Tingkat Kecemasan Responden Setelah Melakukan Japa Mantram Gayatri

| Skor /Tingkat Kecemasan | Frekwensi (f) | Persentase (%) |
|-------------------------|---------------|----------------|
| Tidak ada kecemasan | 5 | 38,46 |
| Ringan | 7 | 53,85 |
| Sedang | 1 | 7,69 |
| Berat | 0 | 0 |
| Panik | 0 | 0 |
| Jumlah | 13 | 100 |

Pada tabel 7 terlihat bahwa responden terbanyak dengan tingkat kecemasan ringan sebanyak 7 orang (53,85%).

Sebelum dilakukan analisis data terhadap variabel yang diteliti, dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov Test*, didapatkan hasil bahwa nilai *sig (2 tailed)* kedua variabel yaitu tingkat kecemasan sebelum dan sesudah perlakuan masing-masing adalah 0,609 dan 0,638 atau di atas 0,05 sehingga kedua variabel memiliki distribusi data normal, kemudian dilanjutkan dengan uji *Paired T Test*. Analisa data terhadap variabel penelitian disajikan dalam tabel 8

Tabel 8 Analisa Tingkat Kecemasan Responden Sebelum dan Setelah Melakukan Japa Mantram Gayatri

| No | Tingkat Kecemasan | Frekwensi (f) <i>pretest</i> | Frekwensi (f) <i>posttest</i> | <i>P value</i> |
|----|------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| 1 | Tidak ada kecemasan | 0 | 5 | 0,000 |
| 2 | Kecemasan ringan | 1 | 7 | |
| 3 | Kecemasan sedang | 8 | 1 | |
| 4 | Kecemasan berat | 1 | 0 | |
| 5 | Kecemasan sangat berat | 3 | 0 | |
| | Jumlah | 13 | 13 | |

Berdasarkan tabel 8, dapat dilihat dengan jelas perubahan tingkat kecemasan responden sebelum dan sesudah melaksanakan Japa Mantram Gayatri.

Dari 13 responden yang dilakukan penelitian tingkat kecemasan didapatkan 8 responden mengalami kecemasan sedang, 3 responden mengalami kecemasan sangat berat, 1 responden mengalami kecemasan ringan dan sedang. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori David (2002), bahwa 25% sampai 40% kelompok HIV positif mengalami kecemasan, Hasil pengukuran tingkat kecemasan setelah melakukan Japa Mantram Gayatri didapat 7 responden mengalami kecemasan ringan, 5 responden tidak mengalami kecemasan dan 1 responden mengalami kecemasan sedang. Hal ini sesuai dengan faedah Mantram Gayatri menurut *Keshavadas (2007)*, yaitu membebaskan seseorang dari berbagai penyakit, menyelamatkan orang yang mengucapkan, serta dapat mengabdikan segala keinginan apabila diucapkan dengan kemurnian hati dan penuh keyakinan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat kecemasan setelah pelaksanaan Japa Mantram Gayatri.

Nilai *Sig (2 Tailed)* adalah 0,000 atau $<0,05$, artinya bahwa ada pengaruh Japa Mantram Gayatri terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien HIV dan AIDS. Penelitian ini sesuai dengan penelitian *Ironsos (2000)*, dalam *Hawari, (2008)*, yang meneliti para penderita HIV dan AIDS didapat bahwa kelompok responden yang kesehariannya aktif melakukan kegiatan keagamaan memiliki usia lebih panjang dari kelompok yang tidak aktif melakukannya.

SIMPULAN

Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien HIV dan AIDS mengalami kecemasan sedang sebelum pelaksanaan Japa Mantram Gayatri dan kecemasan ringan setelah pelaksanaan Japa Mantram Gayatri. Japa Mantram Gayatri menurunkan tingkat kecemasan pasien HIV dan AIDS dengan *p value* 0,000.

DAFTAR RUJUKAN

- David, 2002, Penyakit Kecemasan, (online), available: <http://karya-ilmiah.com>, (18 Januari 2013).
- Depkes RI, 2009, *Sehat dan Positif untuk ODHA*, Jakarta.
- Hawari, D. 2008, *Manajemen Stress*, Jakarta: FKUI.
- Kemenkes RI, 2010, *Pedoman Pencegahan Penularan HIV-AIDS & IMS Bagi Kabupaten / Kota*, Jakarta.
- Keshavadas, S, 2007, *Gayatri, Samedhi Mahatinggi*, Denpasar: Pustaka Manikgeni.
- Nursalam, dan Kurniawati 2007, *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Edisi Pertama, Jakarta: Salemba Medika.
- Putra, 2009, *Maha Dahsyat Gayatri Mantra Menepis Badai*, Surabaya: Paramita.
- Setiadi, 2007, *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sai Study Group. 2006. *Gayatri Mantram*. Denpasar : Pustaka Manik Gni.

TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI SENSORI TERHADAP KEMAMPUAN MEMBERI RESPONS PASIEN SKIZOFRENIA YANG MENGALAMI HALUSINASI

I Wayan Candra

I Komang Putriasih

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email: candra6589@yahoo.co.id

Abstract: *Group activity therapy stimulationsensori to ability respons for patients skizofrenia with hallusination. The purpose of this research were to know the influence group aktiviti therapy stimulation sensori to ability respons for client Skizofrenia with hallusination. This type of study is pre experimental design in this study using the One-group pre-test-posttest design with a sample of 15 people. The sampling tecniq with use Quota Sampling. Type of data is primary data. Results the ability to respond schizopfhrenia patients who experienced hallucinations before given sensory stimulation therapy group activity most that 9 people (60%) in the low category, after being given sensory stimulation therapy group activity most that 10 people (66.7%) in the either category of test results obtained Wilcoxon signed rank test $P = 0.000$ of 0.01 means that there is a very significant influence group activity therapy sensory stimulation on the ability of responding patients who experienced hallucinations in schizopfhrenia Sahadev Space Bali Provincial Mental Hospital in 2013.*

Abstrak: Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberi respons pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberi respons pada klien skizofrenia yang mengalami halusinasi. Jenis penelitian ini adalah pra eksperimental, rancangan dalam penelitian ini menggunakan *One-group prae-test-pos-test design* dengan jumlah sampel 15 orang. Teknik sampling menggunakan *Quota Sampling*. Jenis data adalah data primer. Hasil penelitian adalah kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi sebelum diberikan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori paling banyak yaitu 9 orang (60%) dalam kategori kurang, setelah diberikan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori paling banyak yaitu 10 orang (66,7%) dalam katagori baik. Hasil uji *Wilcoxon sign rank test* didapatkan $p = 0,000 < 0,050$ berarti ada pengaruh yang sangat signifikan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi di Ruang Sadewa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali tahun 2013.

Kata kunci: TAK stimulasi sensori, kemampuan memberi respons, halusinasi.

Menurut WHO sehat adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit dan kelemahan atau kecacatan (Suliswati dkk, 2005). Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal maka salah satu aspek yang tidak boleh diabaikan adalah kesehatan jiwa. Di era globalisasi dan

persaingan bebas kecendrungan terhadap peningkatan gangguan jiwa semakin besar, hal ini disebabkan karena jumlah stresor dalam kehidupan yang semakin besar (Suliswati dkk, 2005).

Satu diantaranya gangguan jiwa yang merupakan permasalahan kesehatan diseluruh dunia adalah skizofrenia.

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan realitas (halusinasi dan waham), ketidakmampuan berkomunikasi, afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2010). Pasien Skizofrenia mengalami halusinasi disebabkan karena ketidakmampuan pasien dalam menghadapi stresor dan kurangnya kemampuan dalam mengenal dan cara mengontrol halusinasi. Adanya ancaman terhadap pemenuhan kebutuhan akan menyebabkan seseorang untuk berusaha menanggulangi ancaman tersebut dengan melakukan adaptasi. Pada pasien dengan gangguan jiwa kemampuan untuk menghadapi stresor sangat kurang disertai dengan ketidakmampuan untuk melakukan adaptasi sehingga mengakibatkan terjadinya halusinasi (Maramis, 2008).

Data *American Psychological Association* (APA) tahun 2010 menyebutkan, satu persen populasi penduduk dunia (rata-rata 0.85 persen) menderita skizofrenia (Joys, 2011), sedangkan Benhard (2010) menjelaskan angka prevalensi skizofrenia di dunia adalah 1 per 10.000 orang per tahun. Angka prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0.3 sampai 1 persen dan terjadi pada usia 18 sampai 45 tahun, tetapi ada juga yang berusia 11 sampai 12 tahun menderita skizofrenia (Prabowo, 2010). Berdasarkan data dari tiga bulan terakhir (Agustus, September, Oktober tahun 2012) diperoleh data bahwa dari 915 pasien yang masuk dan dirawat inap di RSJ Bangli terdapat 874 pasien (95,5 %) yang menderita skozofrenia diantaranya 620 laki-laki (70,9 %) dan 254 perempuan (29,1 %) (Rekam Medik RSJ Provinsi Bali, 2012).

Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli pada bulan Nopember 2012, jumlah rata-rata pasien yang dirawat tiap bulan dalam tiga bulan terakhir yaitu bulan September sampai dengan Nopember tahun 2012 rata-rata sebanyak 285 orang perbulan. Dari 285

pasien tersebut 62 orang (21,7%) adalah pasien dengan halusinasi. Data bulan Desember tahun 2012 menunjukkan jumlah pasien halusinasi mengalami peningkatan yaitu 68 orang (24,1%) dari 282 orang pasien yang mengalami rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali (Rekam Medik RSJ Provinsi Bali, 2012).

Halusinasi merupakan suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar, tampak sesuatu yang khayal. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik, maupun histerik. Perilaku halusinasi seperti bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, kemampuan memberi respon pada lingkungan menurun dan tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak dapat membedakan yang hal yang nyata dan tidak nyata (Keliat, 2010). Penyebab pasien skizofrenia mengalami halusinasi adalah karena pasien mengalami gangguan dalam berhubungan dengan orang lain dan kurangnya kemampuan untuk mengungkapkan masalah yang mereka hadapi kepada orang lain, bila ada masalah klien cenderung akan memendamnya sendiri dan berusaha mencari solusi pemecahan dengan caranya sendiri. Dengan perilaku menarik diri pasien akan mulai memikirkan hal-hal yang menyenangkan bagi dirinya, apabila hal ini terus menerus berlangsung maka pasien akan mengalami gangguan dalam mempersepsikan stimulus yang dialami (Stuart dan Sundeen, 2005).

Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan. Pasien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya., ia benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), bahkan merusak lingkungan. Aktifitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi adalah

adanya perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, kemampuan memberi respon pada lingkungan menurun dan tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks (Hawari, 2009).

Pengelolaan pasien dengan halusinasi dapat dilakukan secara individu dengan pendekatan personal dan secara kelompok dengan Terapi Aktivitas Kelompok (Purwaningsih & Karlina, 2010). Penggunaan kelompok dapat memberikan dampak positif berupa sebagai tempat berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain dalam menyelesaikan suatu masalah. Selain itu kelompok merupakan laboratorium tempat mencoba dan menemukan hubungan interpersonal yang baik, serta mengembangkan perilaku yang adaptif. Anggota kelompok juga akan merasa memiliki, diakui dan dihargai eksistensinya oleh anggota kelompok yang lain (Keliat dan Akemat, 2005).

Pendekatan kelompok satu diantaranya adalah Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi sensori. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori adalah upaya menstimulasi semua panca indra (sensori) agar memberi respons yang adekuat (Keliat dan Akemat, 2005). Terapi ini diberikan karena pasien yang mengalami halusinasi memiliki kemampuan memberi respon yang menurun pada lingkungan dan tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks (Hawari, 2009). Menurut Effendy (2005) respons adalah tanggapan atau suatu reaksi setelah diterpa pesan, jika kita bisa meningkatkan kemampuan memberi respons pasien dengan masalah halusinasi setelah diberikan stimulus diharapkan respon pasien terhadap lingkungannya akan meningkat dan mampu berespon terhadap perintah yang kompleks.

Pemberian TAK stimulasi sensori pasien dapat menggunakan semua panca inderanya untuk merespons stimulus yang diberikan, sehingga kemampuan pasien berespons terhadap lingkungan sosialnya meningkat, mampu berespon terhadap perintah yang kompleks (Keliat dan Akemat,

2005). Penelitian yang dilakukan oleh Simon (2005) tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan mengenal realita pada pasien dengan gangguan realita halusinasi di Ruang Perkutut dan Ruang Seruni RSJ Dr. Radjiman Widioningrat Lawang diperoleh hasil, yang sangat signifikan yaitu $p < 0,050$ ($p = 0,002$) yang menunjukkan ada pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan mengenal realita pada pasien dengan gangguan realita halusinasi.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Sudjarwo (2007) tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi terhadap kemampuan pasien mengontrol halusinasi di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang, didapatkan hasil yang sangat signifikan yaitu $p < 0,050$ ($p = 0,010$) yang menunjukkan ada pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi terhadap kemampuan pasien mengontrol halusinasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberi respons pada klien skizofrenia yang mengalami halusinasi.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *pre eksperimental* dengan rancangan *One-group pre-test-pos-test design*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi yang dirawat di Ruang Sadewa RSJ Provinsi Bali di Bangli.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi yang dirawat di ruang Sadewa RSJ Provinsi Bali di Bangli. Jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, sampel diperoleh sebanyak 15 sampel. Teknik pengambilan sampel *non probability sampling* jenis *Quota Sampling*.

Setelah sampel didapatkan dilanjutkan dengan melakukan observasi kemampuan memberi respon pada sampel. Tehnik pengumpulan data dilakukan dengan observasi menggunakan *checklist*. Observasi

dilakukan selama 3 hari. Setelah dilakukan pre-test selanjutnya sampel penelitian diberikan perlakuan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori dengan 3 sesi terapi yaitu sesi 1 kemampuan memberi respons pada musik, sesi 2 kemampuan memberi respons pada gambar, dan sesi 3 kemampuan memberi respons terhadap TV/Video. Setelah masing-masing kelompok sampel mendapat perlakuan sebanyak 6 kali selama 6 hari, kemudian dilakukan *pos-test* untuk mengukur kemampuan memberi respons pasien halusinasi setelah diberikan perlakuan. Instrumen pengumpul data yang digunakan pada tahap *pre test* maupun *post test* adalah lembar observasi kemampuan memberi respons yang sudah dibakukan, terdiri dari 12 item dengan pilihan jawaban ya nilai 1 dan jawaban tidak nilai 0. Lembar Observasi ini disusun berdasarkan komponen kemampuan memberi respon pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi, yaitu kemampuan memberi respons pada musik, kemampuan memberi respons terhadap gambar dan kemampuan memberi respons terhadap TV/Video. Teknik analisa data yang digunakan adalah uji statistik non parametrik dengan teknik uji *Wilcoxon Sign Rank Test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Terlebih dahulu diuraikan karakteristik subyek penelitian berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan dan pendidikan. Berikut secara rinci diuraikan satu persatu.

Tabel 1. Distribusi karakteristik subyek penelitian berdasarkan umur

| No | Umur | f | % |
|----|-------------|----|-------|
| 1 | 20-30 tahun | 1 | 6,7 |
| 2 | 31-40 tahun | 3 | 20,0 |
| 3 | 41-50 tahun | 11 | 73,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa subyek penelitian berdasarkan umur yang terbanyak ada pada kelompok umur 41-50 tahun berjumlah 11 orang (73,3%)

Tabel 2. Distribusi karakteristik subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin

| No | Jenis kelamin | f | % |
|----|---------------|----|-----|
| 1 | Laki-laki | 9 | 60 |
| 2 | Perempuan | 6 | 40 |
| 3 | Jumlah | 15 | 100 |

Tabel 2 di atas menunjukkan subyek penelitian yang terbanyak berjenis kelamin laki-laki 9 orang (60 %).

Tabel 3. Distribusi subyek penelitian berdasarkan status perkawinan

| No | Status perkawinan | F | % |
|----|-------------------|----|-------|
| 1 | Tidak kawin | 8 | 53,3 |
| 2 | Kawin | 7 | 46,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Tabel 3 di atas menunjukkan sebagian besar subyek penelitian tidak kawin sebanyak 8 orang (53,3%)

Tabel 4. Distribusi karakteristik subyek penelitian berdasarkan pendidikan

| No | Pendidikan | f | % |
|----|---------------|----|-------|
| 1 | Tidak Sekolah | 3 | 20 |
| 2 | SD | 4 | 26,7 |
| 3 | SMP | 8 | 53,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Tabel 4 di atas menunjukkan sebagian besar subyek penelitian berpendidikan SMP sejumlah 8 orang (53,3%).

Hasil penelitian sebelum subyek penelitian diberikan perlakuan, dan sesudah diberikan perlakuan. Hasilnya dapat diuraikan sebagai berikut.

Tabel 5. Distribusi kemampuan memberi respons subyek penelitian sebelum diberikan perlakuan (pre-test)

| No | Kemampuan memberi respon pre- test | f | % |
|----|------------------------------------|----|-----|
| 1 | Baik | 0 | 0 |
| 2 | Cukup | 6 | 40 |
| 3 | Kurang | 9 | 60 |
| | Total | 15 | 100 |

Kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi sebelum dilakukan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori (pre-test) paling banyak dalam kategori kurang sejumlah 9 orang (60%).

Hasil penelitian sejenis belum ada, akan tetapi ditemukan penelitian dalam ranah yang sama yaitu penelitian yang dilakukan oleh Putra (2009) yang meneliti tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori menonton televisi terhadap kemampuan memberi respon pada klien harga diri rendah di RSJ Propinsi Bali di Bangli.

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan TAK stimulasi sensori menonton televisi didapatkan sebagian besar yaitu 7 orang (70%) kemampuan memberi respon pasien harga diri rendah dalam kategori kurang.

Hasil penelitian yang menunjukkan kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi sebelum dilakukan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori paling banyak dalam kategori kurang, hal ini memperlihatkan bahwa pada pasien dengan halusinasi mengalami kesulitan untuk memberikan respons terhadap stimulus yang diberikan.

Menurut Maramis (2008) pasien Skizoprenia mengalami halusinasi disebabkan karena ketidakmampuan pasien dalam menghadapi stresor dan kurangnya kemampuan dalam mengenal dan cara mengontrol halusinasi.

Adanya ancaman terhadap kebutuhan akan menyebabkan seseorang untuk berusaha menanggulangi ancaman tersebut dengan mengadakan adaptasi, pada pasien dengan gangguan jiwa kemampuan untuk menghadapi stresor sangat kurang disertai ketidakmampuan untuk beradaptasi akan mengakibatkan terjadinya halusinasi sehingga mengalami gangguan dalam memberikan respons.

Tabel 6. Distribusi kemampuan memberi respons subyek penelitian sesudah diberikan perlakuan (pos-test)

| No | Kemampuan memberi respons pos-test | f | % |
|----|------------------------------------|----|------|
| 1 | Baik | 10 | 66,7 |
| 2 | Cukup | 5 | 33,3 |
| 3 | Kurang | 0 | 60 |
| | Total | 15 | 100 |

Kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi setelah dilakukan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori (pos-test) paling banyak dalam kategori baik sejumlah yaitu 10 orang (66,7%). Hasil penelitian sejenis belum ada, penelitian dalam ranah yang sama yaitu penelitian yang dilakukan oleh Putra (2009) yang meneliti tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori menonton televisi terhadap kemampuan memberi respons pada pasien harga diri rendah di RSJ Propinsi Bali di Bangli. Hasil penelitian menunjukkan setelah diberikan TAK stimulasi sensori menonton televisi didapatkan sebagian besar yaitu 8 orang (80%) kemampuan memberi respon pada pasien harga diri rendah dalam kategori baik.

Hasil penelitian yang menunjukkan terjadinya peningkatan kemampuan member respon pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi dapat disebabkan karena pemberian terapi aktifitas kelompok stimulasi sensori dapat meningkatkan kemampuan merespons pada pasien dengan halusinasi sebagai upaya menstimulasi semua panca indra (sensori) agar memberi respons yang adekuat melalui pemberian TAK stimulasi sensori.

Menurut Keliat dan Akemat, (2005) terjadinya peningkatan kemampuan memberi respons pasien dengan halusinasi pada kelompok perlakuan setelah diberikan TAK stimulasi sensori disebabkan karena pada saat pelaksanaan TAK stimulasi sensori pasien dilatih melalui tuntunan baik oleh fasilitator atau pemimpin TAK untuk melakukan tindakan tertentu yaitu dituntun

untuk merespons terhadap tontonan TV, merespons terhadap gambar dan musik sehingga pasien belajar merespons suatu stimulus dengan positif. Belajar modeling dan observasi dapat mempengaruhi penguasaan perilaku sosial tertentu dan satu diantaranya belajar modeling adalah *verbal instructions* yaitu tuntunan untuk melakukan tindakan tertentu sehingga pasien belajar untuk memberi respons pada stimulus yang ada.

Menurut Purwaningsih dan Karlina (2010) pemberian TAK stimulasi sensori menghasilkan kemampuan berespons yang lebih baik karena aktivitas TAK stimulasi sensori merangsang atau menstimulasi pasien melalui kegiatan yang disukainya dan mendiskusikan aktivitas yang telah dilakukan. Semakin sering dilakukan maka dapat menyebabkan meningkatkan kemampuan berespons pasien.

Hasil penelitian pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberikan respons dapat diketahui dari hasil uji statistik Wilcoxon Sign Ranks test.

Tabel 7. Ringkasan hasil uji statistik Wilcoxon Sign Ranks test

| Pengaruh | z | P |
|--|-------|-------|
| Kemampuan memberi respons pre-test dengan Kemampuan memberi respons pos-test | 3,578 | 0,000 |

Hasil penelitian menunjukkan $z=3,578$, $p=0,000 < p 0,010$, berarti ada pengaruh yang sangat signifikan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi di Ruang Sadewa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli tahun 2013. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi.

Hasil penelitian sejenis belum ditemukan, tetapi hasil penelitian ini sesuai

dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Putra (2009) yang meneliti tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori menonton televisi terhadap kemampuan memberi respon pada klien harga diri rendah di RSJ Propinsi Bali di Bangli. Hasil penelitian didapatkan $p = 0,001 < 0,010$ menunjukkan ada pengaruh yang sangat signifikan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori menonton televisi terhadap kemampuan memberi respon pada klien harga diri rendah di RSJ Propinsi Bali di Bangli. Hasil penelitian yang menunjukkan ada pengaruh TAK stimulasi sensori terhadap kemampuan memberikan respons pada pasien dengan halusinasi dapat disebabkan karena pada saat pelaksanaan TAK stimulasi sensori diberikan *reinforcement* positif atau penguatan positif yang salah satunya melalui pujian pada tugas-tugas yang telah berhasil pasien lakukan, sehingga pasien merasa dihargai karena dapat menyelesaikan suatu tugas yang diberikan dan punya keinginan kuat untuk mengulangi perilaku tersebut sehingga terjadi perubahan perilaku yaitu terjadi peningkatan kemampuan memberi respons. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Nasution (2009) bahwa metode penguatan positif atau *reinforcement* positif memiliki pengaruh berarti terhadap pengulangan perilaku. Penguatan positif memiliki kekuatan yang mengesankan sebagai alat pembentuk perilaku.

SIMPULAN

Kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi sebelum diberikan TAK stimulasi sensori paling banyak dalam kategori kurang sejumlah 9 orang (60%). Kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi setelah diberikan TAK stimulasi sensori paling banyak dalam katagori baik sejumlah 10 orang (66,7%). Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh yang sangat signifikan ($p=0,000$) terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori terhadap kemampuan memberi respons pasien skizofrenia yang mengalami

halusinasi di Ruang Sadewa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli tahun 2013. Dengan demikian hasil penelitian ini dapat digunakan diberbagai tempat pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang ada. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori dapat dipergunakan untuk meningkatkan kemampuan pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi untuk memberikan respons sehingga dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mengenal realita yang ada.

DAFTAR RUJUKAN

- American Psychological Association, 2010, *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Effendy, O.U., 2005, *Ilmu Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Hawari, 2009, *Pendekatan Holistic pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: EGC.
- Hadi, S., 2002, *Seri Program Statistik*. Yogyakarta : UGM
- Hidayat, 2010, *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika
- Joys, 2011, *Deskripsi Perubahan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Klien Dengan Terapi Individu di Ruang MPKP RSJ Magelang*. Skripsi. Malang : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
- Kaplan dan Sadock, 2003, *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. Alih Bahasa Dr Wijadja Kusuma. Jakarta : Bina Rupa Aksara
- Keliat, B. A., & Akemat, 2005, *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A.,2010, *Model praktik keperawatan professional jiwa*. Jakarta: EGC
- Maramis, 2008, *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Maslim R, 2007, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya.
- Nasution, M. L., 2009, *Gangguan Konsep Diri: Harga diri Rendah*. Makalah Konsep Diri. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Nursalam, 2011, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika
- Purwaningsih, W. & Karlina, I., 2010, *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Putra, G.N.K. 2009. Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Menonton Televisi Terhadap Kemampuan Memberi Respon Pada Klien Harga Diri Rendah di RSJ Propinsi Bali di Bangli. *Skripsi* tidak diterbitkan. Denpasar: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Prabowo, 2010, *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta, Hasil Tesis* Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Rakhmat, J., 2008, *Psikologi Komunikasi*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali, 2012, *Laporan Tahunan Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali*. Bangli.
- Sugiyono, 2009, *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung : CV Alfabeta
- Sudjarwo, 2007, *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal Klien Harga Diri Rendah Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang*. Skripsi. Malang : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
- Suliswati, Payapo T.A., Maruhawa Jeremia, Sianturi Yenny, Sumijatun, (2005) *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Stuart & Sundeen, (2005) *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby.

Videbeck, (2008) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

TUGAS PERKEMBANGAN KELUARGA DENGAN ANAK REMAJA TENTANG SEKS PRA NIKAH

I Gusti Ayu Harini

Ketut Sudiantara

Desak Made Welayanti

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

E-mail : iga_harini85@yahoo.com

***Abstract :** Task of families with teenager pre marital sex. This study aims to determine the developmental task of families with teenager about premarital sex. The research method used is descriptive research with a survey approach, using simple random sampling technique. Number of sample 52 respondents. The Results of this study showed that 63,5% aged 40-49 years, 42,3% elementary school background and 59,6% private work.*

Abstrak : Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja tentang seks pra nikah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tugas perkembangan keluarga dengan remaja tentang seks pranikah. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan survei, menggunakan teknik simple random sampling. Jumlah sampel 52 responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 63,5% berusia 40-49 tahun, 42,3% latar belakang sekolah dasar dan 59,6% pekerjaan swasta.

Kata kunci : tugas perkembangan keluarga, remaja, seks pra nikah

Masa remaja atau masa adolesensi merupakan periode transisi dari masa anak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dan berlangsung pada dekade kedua masa kehidupan (IDAI, 2002). Remaja adalah periode peralihan dari anak ke masa dewasa yang dibagi menjadi tiga masa yaitu masa remaja awal, pertengahan dan akhir, ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dan adanya kematangan organ reproduksi dan produksi hormon seks. Remaja dalam memasuki masa peralihan tanpa pengetahuan yang memadai tentang seksual pranikah. Hal ini disebabkan orang tua merasa tabu membicarakan masalah seksual dengan anaknya dan hubungan orang tua anak menjadi jauh sehingga anak berpaling ke sumber-sumber lain yang tidak akurat khususnya teman (Sarwono, 2012). Remaja banyak yang tidak sadar dari pengalaman yang tampaknya menyenangkan justru dapat menjerumuskan, salah satu

problema dari kaum remaja apabila kurangnya pengetahuan seksual pra nikah adalah kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi tidak aman dan juga penyakit kelamin (Catur, 2012).

Sikap seksual pra nikah remaja dipengaruhi oleh banyak hal, selain dari faktor pengetahuan juga dipengaruhi oleh faktor kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, pengalaman pribadi, lembaga pendidikan, lembaga agama dan emosi dari dalam individu. Sikap seksual pra nikah remaja bisa berwujud positif ataupun negatif, sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendukung seksual pranikah sedangkan sikap negatif kecenderungan tindakan adalah menghindari seksual pra nikah remaja (Sarwono, 2012). Remaja mulai mempersiapkan diri menuju kehidupan dewasa, termasuk dalam aspek seksualnya. Diperlukan sikap yang bijaksana dari para orang tua, pendidik dan masyarakat pada umumnya serta tentunya

dari remaja itu sendiri, agar mereka dapat melewati masa transisi itu dengan selamat (Sarwono, 2012).

Kehamilan di luar nikah merupakan salah satu masalah yang muncul akibat hubungan seks sebelum nikah. Kehamilan ini tidak saja menimbulkan masalah sosial, tetapi juga masalah kesehatan bagi yang bersangkutan, terutama bila yang mengalaminya adalah remaja yang masih muda usia. Kehamilan pada usia muda ditinjau dari segi kesehatan mengandung risiko tinggi, baik ketika masa kehamilan maupun saat melahirkan. Risiko tinggi yang dimaksud bukan hanya risiko sakit pada yang mengandung dan dikandung, tetapi juga risiko kematian. Secara psikologis, perilaku seks sebelum nikah juga membawa pelakunya mengalami perubahan-perubahan. Dampak dari seks pranikah yang paling menakutkan adalah semakin merajalelanya penyakit Infeksi Menular Seksual serta HIV/AIDS. Data bulan Juni 2012 menunjukkan sejak tahun 1987, kasus HIV/AIDS yang tercatat di Bali mencapai 6292 penderita. Jumlah ini mengantarkan Bali menduduki peringkat ke-5 untuk kasus tertinggi setelah DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua dan Jawa Barat. Faktor heteroseksual masih memegang faktor resiko tertinggi penularan HIV/AIDS yaitu mencapai 4632 kasus atau sekitar 74,43 persen. Sementara faktor resiko penularan ibu dan anak tercatat 190 kasus selama 25 tahun HIV ditemukan di Bali. Faktor resiko lainnya seperti IDU 805, biseksual 15, homoseksual 247, tato 2 dan tidak diketahui sebanyak 350 kasus. Sementara berdasarkan kelompok umur, rentang usia 20-29 tahun ternyata rentang usia terbanyak telah terinfeksi virus HIV yaitu sebanyak 2569 orang menyusul rentang usia 30-39 tahun sebanyak 2250 orang. HIV/AIDS juga ditemukan menginfeksi usia muda yaitu dibawah satu tahun 44 orang, rentang 1-4 tahun 166 orang, 5-14 tahun 23 orang dan 15-19 tahun sebanyak 126 orang. Dari data tersebut tercatat 1.464 kasus HIV/AIDS di Kabupaten Buleleng.

Hasil penelitian yang dilakukan Suryoputro (2006) dengan judul "Faktor-faktor yang mempengaruhi seksual remaja di Jawa Tengah: implikasinya terhadap kebijakan dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi", terdapat sikap negatif terhadap hubungan seksual pra nikah. Masa remaja merupakan perilaku yang selalu ingin mencoba-coba, hal yang baru ini membawa remaja pada hubungan seks pranikah (*premarital seksual*) dengan segala akibatnya. Selain itu suasana keluarga yang menimbulkan rasa tidak aman dan tidak menyenangkan serta hubungan keluarga yang kurang baik dapat menimbulkan bahaya psikologis bagi setiap usia terutama pada masa remaja. Keluarga dengan anak remaja memiliki tugas lebih dari sebelumnya. Keluarga yang memiliki anak remaja harus dapat menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab remaja, berkomunikasi secara terbuka dengan mempertahankan komunikasi dua arah antara orang tua dan remaja. Selain itu, keluarga perlu memberikan perhatian dengan apa yang dilakukan anak serta memberikan kebebasan dalam batas tanggung jawab.

Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja Tentang Seks Pra Nikah Di Banjar Satria Desa Bungkulan Singaraja.

METODE

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif*, dengan pendekatan yang digunakan adalah *survey*. Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anak usia remaja di Banjar Satria Desa Bungkulan Buleleng berjumlah 52 keluarga. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan salah satu teknik *probability sampling* yaitu *simple random sampling*. Instrumen pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner, yang dirancang sendiri oleh peneliti dengan konsep teori

tentang tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja. Sebelum digunakan kuesioner ini akan di uji validitas terlebih dulu. Uji validitas dan reliabelitas akan dilaksanakan Di Banjar Ancak Desa Bungkulan yang memiliki kemiripan karakteristik dengan tempat penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan analisa, diperoleh data yaitu sebagai berikut : Hasil penelitian tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja berdasarkan kelompok usia disajikan dalam tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Pelaksanaan Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja Berdasarkan Usia

| No | Usia (thn) | Pelaksanaan Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja | | | | | | Total | |
|--------|------------|--|-----|-------|------|------|------|-------|-------|
| | | Kurang | | Cukup | | Baik | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| 1 | 30-39 | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 5 | 9,6 | 6 | 11,5 |
| 2 | 40-49 | 2 | 3,8 | 8 | 15,4 | 23 | 44,2 | 33 | 63,5 |
| 3 | 50-59 | 1 | 1,9 | 4 | 7,7 | 7 | 13,5 | 12 | 23,1 |
| 4 | ≥ 60 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 |
| Jumlah | | 3 | 5,8 | 13 | 25,0 | 36 | 69,2 | 52 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berada pada kelompok umur 40-49 tahun yaitu 33 responden (63,5%). Seluruh responden yang berada pada kelompok usia 40-49 tahun pelaksanaan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja baik yaitu sebanyak 23 responden (44,2%), usia 50-59 tahun sebanyak 7 responden (13,5%), usia 30-39 tahun sebanyak 5 responden (9,6%), dan usia ≥ 60 tahun sebanyak 1 responden (1,9%).

Hasil penelitian tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja berdasarkan pendidikan disajikan dalam tabel 2.

Table 2. Distribusi Pelaksanaan Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja Berdasarkan Pendidikan

| No | Pendidikan | Pelaksanaan Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja | | | | | | Total | |
|--------|---------------|--|-----|-------|------|------|------|-------|-------|
| | | Kurang | | Cukup | | Baik | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| 1 | Tidak sekolah | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 2 | SD | 3 | 5,8 | 8 | 15,4 | 11 | 21,2 | 22 | 42,3 |
| 3 | SMP | 0 | 0,0 | 4 | 7,7 | 5 | 9,6 | 9 | 17,3 |
| 4 | SMA | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 16 | 30,8 | 17 | 32,7 |
| 5 | PT | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 7,7 | 4 | 7,7 |
| Jumlah | | 3 | 5,8 | 13 | 25,0 | 36 | 69,2 | 52 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden 22 responden (42,3%) berada pada tingkat pendidikan SD. Seluruh responden yang berada pada kelompok pendidikan SD pelaksanaan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja baik yaitu sebanyak 11 responden (21,2%), SMA sebanyak 16 responden (30,8%), perguruan tinggi sebanyak 4 responden (7,7%), SMP sebanyak 5 responden (9,6%) dan tidak sekolah tidak ada (0,0%).

Hasil penelitian tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja berdasarkan pekerjaan responden disajikan dalam tabel 3. Tabel 3. Distribusi Pelaksanaan Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja Berdasarkan Pekerjaan

| No | Pekerjaan | Pelaksanaan Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja | | | | | | Total | |
|--------|---------------|--|-----|-------|------|------|------|-------|-------|
| | | Kurang | | Cukup | | Baik | | n | % |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| 1 | Tidak bekerja | 0 | 0,0 | 4 | 7,7 | 9 | 17,3 | 13 | 25,0 |
| 2 | PNS | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 9,6 | 5 | 9,6 |
| 3 | Swasta | 3 | 5,8 | 7 | 13,5 | 21 | 40,4 | 31 | 59,6 |
| 4 | Lain2 | 0 | 0,0 | 2 | 3,8 | 1 | 1,9 | 3 | 5,8 |
| Jumlah | | 3 | 5,8 | 13 | 25,0 | 36 | 69,2 | 52 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden sebanyak 31 responden (59,6%) berada pada tingkat pekerjaan Swasta. Seluruh responden yang berada pada kelompok swasta pelaksanaan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja baik yaitu sebanyak 21 responden (40,4%), PNS sebanyak 5 responden (9,6%), tidak bekerja sebanyak 9 responden (17,3%) dan Lain-lain 1 responden (1,9 %)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan hasil sebagian besar umur responden yang memiliki anak remaja berusia 40-49 tahun sebanyak 33 responden (63%). Kemudian yang berusia 50-59 tahun sebanyak 12 responden (23%), berusia 30-39 tahun sebanyak 6 responden (11%), dan responden yang berusia ≥ 60 tahun sebanyak 1 responden (2%). Hal ini menunjukkan responden sebagian besar orang tua yang memiliki anak usia remaja berusia 40-49 tahun. Hal ini terkait dengan masa produktif dan semakin dewasa usia seseorang maka pengalaman hidup juga semakin bertambah (Elizabeth dalam Mubarak, 2006)

Berdasarkan tabel distribusi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja berdasarkan usia didapatkan sebagian besar responden berada pada usia 40-49 tahun 33 responden dengan pelaksanaan tugas perkembangan keluarga baik sebanyak 23 responden (44,2%). Bertambahnya usia seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik, psikologis atau mental dan semakin dewasa seseorang pengalaman hidup juga semakin bertambah. Usia sangat berpengaruh pada kecakapan mental dan emosional kearah peningkatan yang lebih tinggi. Hal ini menunjukkan semakin meningkatnya usia seseorang maka pengalaman hidup semakin banyak dan membuat seseorang semakin mantap untuk mengambil keputusan dengan cepat dan tepat untuk menanggulangi masalah.

Berdasarkan penelitian tentang jenis pendidikan responden sebagian besar pendidikan SD sebanyak 22 responden (42%), 17 responden (33%) berpendidikan SMA, 9 responden (17%) berpendidikan SMP, 4 responden (8%) berpendidikan

perguruan tinggi dan tidak ada responden yang tidak pernah sekolah. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan orang tua masih rendah. Berhubungan dengan pendidikan menurut Kuncoroningrat, 1997 dalam Mubarak, dresponden, 2006, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak juga pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Kemudian berdasarkan tabel distribusi tugas keluarga dengan anak remaja dengan tingkat pendidikan responden didapatkan hasil sebagian besar responden berada pada tingkat pendidikan SD yaitu sebanyak 22 responden (42%) dengan pelaksanaan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja kategori baik sebanyak 11 responden (21%). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan orang tua masih rendah. Berhubungan dengan pendidikan menurut Kuncoroningrat, 1997 dalam Mubarak, 2006, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak juga pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Tetapi pendidikan bukan hanya didapatkan di pendidikan formal ataupun informal saja melainkan dari pengalaman, pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain. Menurut pepatah pengalaman adalah guru terbaik. Oleh sebab itu pengetahuan pribadinya dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan sebagian besar pekerjaan responden adalah bekerja swasta yaitu sebanyak 31 responden (58%). kemudian 13 responden (25%) tidak bekerja, 5 responden (13%) PNS, dan 3 responden (5%) bekerja dibidang lain-lain. Dilihat dari jenis pekerjaan, responden bekerja swasta paling banyak merupakan pekerjaan yang membuat orang tua jarang berada di rumah sehingga akan sedikit waktu yang dimiliki untuk berkumpul dengan keluarga. Selain itu

lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman baik secara langsung maupun tidak langsung (Mubarak, 2006). Sedangkan untuk tingkat pekerjaan responden berdasarkan tabel distribusi tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja didapatkan hasil sebagian besar responden berada pada tingkat pegawai swasta sebanyak 31 responden (58%) dengan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja kategori baik yaitu sebanyak 21 responden (40,4%). Bekerja sebagai pegawai swasta membuat orang tua jarang berada dirumah. Walaupun demikian orang tua tidak meninggalkan kewajiban untuk memberikan perhatian kepada anaknya sehingga banyak orang tua melibatkan anggota keluarga lain untuk ikut membantu menjaga, merawat dan mengawasi anaknya. Selain itu saat memiliki waktu untuk berkumpul dengan keluarga akan sangat memanfaatkan kebersamaan tersebut sehingga akan muncul rasa memiliki lebih dari sebelumnya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan (Erick, 1996 dalam Mubarak, 2006). Selain itu pekerjaan yang dilakukan juga berdasarkan dengan tingkat pendidikan yang di miliki oleh responden tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan sebanyak 36 responden (69%) mempunyai tugas perkembangan keluarga yang baik, sebanyak 13 responden (25%) mempunyai tugas perkembangan keluarga cukup dan sebanyak 3 responden (6%) mempunyai tugas perkembangan keluarga yang kurang. Dari hasil penelitian tersebut tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja terutama tentang seks pra nikah baik. Ini menyatakan kesimbangan dari 6 tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam

batas tanggung jawab, dan mempertahankan komunikasi dua arah (Achjar, 2010).

Pendekatan perkembangan keluarga berdasarkan pada observasi bahwa keluarga adalah kelompok seumur hidup dengan riwayat yang harus dikaji jika dinamika kelompok akan diinterpretasikan secara menyeluruh dan akurat (Duvall & Miller, (1985) dalam Friedman, 2010). Teori perkembangan keluarga menjelaskan tentang kehidupan keluarga dalam waktu yang dibagi menjadi suatu rangkaian tahapan. Tahap keluarga adalah suatu interval waktu dengan struktur dan interaksi hubungan peran dalam keluarga yang berbeda secara kualitatif dan kuantitatif dari periode lain (Klein & White, 1996 dalam Friedman, 2010).

Berjalannya tugas keluarga dengan baik itu juga dikarenakan berjalannya fungsi keluarga dengan baik. Menurut Muhlisin 2012 keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga timbul karena fungsi keluarga tidak terpenuhi terutama fungsi afektif. Struktur dan fungsi merupakan hal yang berhubungan erat dan terus menerus berinteraksi satu sama lain. Struktur di dasarkan pada organisasi, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungan dalam keluarga. Pola hubungan akan membentuk kekuatan dan struktur peran dalam keluarga. Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung dari kemampuan dari keluarga untuk merespon stressor yang ada dalam keluarga. Struktur keluarga yang sangat kaku atau sangat fleksibel dapat mengganggu atau merusak fungsi keluarga. (Muhlisin,2012)

Melakukan tugas keluarga dengan baik harus melaksanakan fungsi keluarga dengan baik pula. Untuk dapat melakukan fungsi keluarga dengan baik ada banyak hal yang harus diperhatikan orang tua. Hal-hal tersebut yang harus diperhatikan antara lain saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga. Apalagi untuk anak usia remaja kasih sayang dan dukungan keluarga adalah hal yang paling penting yang pada akhirnya akan menciptakan hubungan yang

hangat dan saling mendukung antara anak dengan orang tua dan orang sekitarnya (Muhlisin, 2012).

Selain kasih sayang dan saling mendukung, saling menghargai juga sangat dibutuhkan dalam keluarga. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif maka fungsi keluarga akan tercapai (Muhlisin, 2012). Anak usia remaja sangat ingin didengarkan pendapatnya dan ceritanya tentang kehidupannya baik sekolah, pertemanan serta permasalahannya. Remaja akan merasa sangat dihargai jika semua pendapat dan idenya di dengarkan oleh keluarganya apalagi jika langsung dilibatkan dalam pengambilan keputusan terutama tentang kehidupannya.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan di Banjar Satria Desa Bungulan tentang tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja tentang seks pra nikah dapat di tarik simpulan sebagai berikut yaitu: Karakteristik responden keluarga terbanyak adalah usia 40-49 tahun sebanyak 33 responden (63,5%), pendidikan SD 22 responden (42,3%) dan pekerjaan swasta sebanyak 31 responden (59,6%). Gambaran tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja tentang seks pra nikah di Banjar Satria Desa Bungulan Singaraja didapatkan hasil sebagian besar dengan kategori baik yaitu sebanyak 36 responden (69,2%).

DAFTAR RUJUKAN

- Achjar, K.A.H., 2010, *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jakarta : Sagung Seto.
- Catur, 2012, *Dampak Seks Pranikah Kaum Remaja*, (Online), available : <http://www.lensaindonesia.com/2013/01/10/dampak-seks-pra-nikah-kaum-remaja.html>.
- Friedman, Marilyn. M, 2010, *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik*, Jakarta : EGC.

IDAI, 2002, *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*, Jakarta : Sagung Seto.

Mubarak, Wahit Iqbal, Bambang Adi Santosa, Khoirul Rozikin, Siti Patonah. 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*, Jakarta: Sagung Seto.

Muhlisin, 2012, *Keperawatan Keluarga*, Yogyakarta: Gosen Publishing.

Sarwono, S. W, 2012, *Psikologi Remaja*, Jakarta : PT. Raja Grafindo .

Setiadi, 2007, *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.

Suryoputro, 2006, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Seks Pra Nikah Remaja*, (Online), available: <http://www.lensaindonesia.com/2012/12/11/banyak-faktor-yang-mempengaruhi-seks-pra-nikah-kaum-remaja.html>.

ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOSOSIAL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

I Gede Widjanegara
Ni Kadek G Pebriantari
I Nengah Sumirta

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar
E-mail: wijanegara I gede@ yahoo.com

Abstract: *Psychosocial Nursing of Patient Haemorrhagick Stroke. This Study aims to discribe about patient non haemorrhagick stroke with cross sectional approach among June 8 to June,25th 2013.Using non-probability sampling, that is purposive sampling by used the psychosocial nursing care observation sheet as instrument. Criteria of sample was obtained in accordance with the inclusion criteria by ten respondents. Subjective data and objective data is often found in ten respondents (100%) with body image disturbance. Interventions are often planned and nursing actions that are performed are found in ten respondents (100%) with body image disturbance. Psychosocial nursing care evaluation found on one respondent (10%) that the problem is resolved anxiety, body image disturbance and powerlessness. Psychosocial nursing documentation is very good with the percentage of 93.75% from the documentation standard on each nursing care given to respondents.*

Abstrak: **Asuhan Keperawatan Psikososial Pada Pasien Stroke Non Hemoragik.** Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran asuhan keperawatan psikososial pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan pendekatan *crosssectional* selama satu bulan dari tanggal 8 Juni sampai dengan 25 Juni 2013. Menggunakan non probability sampling yaitu purposive sampling dengan menggunakan instrument lembar observasi pemberian asuhan keperawatan psikososial. Didapatkan kriteria sample sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 10 responden. Data subjektif dan data objektif sering ditemukan pada 10 responden (100%) dengan masalah keperawatan gangguan citra tubuh. Intervensi yang sering direncanakan dan tindakan keperawatan yang sering dilakukan ditemukan pada 10 responden (100%) dengan masalah keperawatan gangguan citra tubuh. Evaluasi asuhan keperawatan psikososial pada 1 responden (10%) ditemukan masalah teratasi yaitu masalah keperawatan ansietas, gangguan citra tubuh dan ketidakberdayaan. Pendokumentasian asuhan keperawatan psikososial sangat baik dengan persentase 93,75% dari standar dokumentasi pada setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada responden

Kata kunci: Asuhan keperawatan psikososial, stroke non hemoragik

Stroke Non Hemoragik (SNH) merupakan neurologi fokal yang mempunyai onset mendadak dan berlangsung 24 jam dimana diakibatkan oleh gangguan peredaran darah di otak (Arif Mansjoer, 2007). Angka insiden penderita stroke di dunia yaitu sembilan juta orang dan angka prevalensi dari penderita stroke di dunia yaitu 30,7 juta orang (Fisher dan Norrving, 2011).

Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang berkembang (*developing country*). Stroke di negara berkembang adalah penyebab pertama terjadinya disabilitas, penyebab kedua terjadinya demensia dan penyebab ketiga terjadinya kematian, serta sebagai penyebab utama dari epilepsi, jatuh dan depresi (Fisher dan Norrving, 2011).

Prevalensi jumlah penderita stroke mencapai delapan koma tiga per 1.000 populasi di Indonesia. Penderita stroke iskemik atau stroke non hemoragik sebanyak 80% dan 20% diantaranya adalah penderita stroke hemoragik. (Depkes RI, 2008)

Dinas Kesehatan daerah Bali (2011), jumlah pasien rawat jalan yang menderita SNH yaitu 748 dan jumlah pasien rawat inap yang menderita SNH yaitu 526. Setelah dilakukan studi pendahuluan di bagian rekam medik RSUP Sanglah Denpasar, penderita stroke non hemoragik pada tahun 2011 terdapat 94 kasus, dan pada tahun 2012 terdapat 140 kasus.

Faktor risiko terjadinya stroke hampir sama di seluruh dunia. Ternyata ada faktor lain selain hipertensi dan diabetes melitus yaitu stress berat yang dialami sebagian besar masyarakat dalam menghadapi persaingan hidup yang begitu ketat. Hal ini menjadi pemicu tingginya angka kejadian stroke di Indonesia (Gemari, 2008). SNH memberikan dampak terhadap psikologis dan fisiologis dari pasien. Dampak psikologis yang akan dihadapi oleh penderita SNH yaitu kehilangan memori jangka pendek dan panjang, defisit emosional berupa kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan, marah dan perasaan isolasi (Rosjidi, 2007).

Pemberian asuhan keperawatan psikososial pada pasien SNH berfokus pada pengkajian data dasar psikososial berupa status emosi, kognitif, perilaku klien, mekanisme koping yang digunakan klien, serta perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon dan pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat (Muttaqin, 2008). Masalah keperawatan psikososial yang muncul pada pasien stroke meliputi, ansietas, gangguan citra tubuh, dukacita terganggu, ketidakberdayaan, dan hambatan interaksi sosial. Perencanaan keperawatan psikososial

pada pasien dengan SNH dirancang demi tercapainya tujuan umum berupa pasien mampu menggunakan mekanisme koping yang adaptif, serta pasien mampu mencapai aktualisasi diri yang maksimal (Wilkinson dan Ahern, 2011).

Saat situasi nyata seringkali implementasi jauh berbeda dengan rencana. Hal ini karena perawat belum terbiasa dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Rencana yang dilakukan adalah rencana tidak tertulis, apa yang dipikirkan dan dirasakan. Hal ini sangat membahayakan klien dan perawat jika berakibat fatal dan tidak memenuhi aspek legal (Direja, 2011).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Peneliti tidak memberikan intervensi, hanya mengumpulkan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan psikososial pada pasien SNH (Stroke non haemoragik). Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Instalasi Rawat Inap D (IRNA D) RSUP Sanglah Denpasar.

Populasi dalam penelitian kali ini adalah seluruh pasien Stroke Non Hemoragik yang dirawat di ruang IRNA D RSUP Sanglah Denpasar. Besarnya sampel penelitian ini adalah banyaknya anggota yang mewakili populasi untuk dijadikan sampel yaitu pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan gangguan psikososial yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel yang didapat dalam kurun waktu bulan Juni 2013 adalah sebanyak sepuluh sampel.

Penelitian ini menggunakan salah satu dari teknik sampling *Non Probability Sampling* yaitu *Purposive Sampling*. Jenis data yang dikumpulkan dari sampel penelitian meliputi pengumpulan data primer dan data sekunder. Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yang diperlukan sesuai variabel yang diteliti adalah dengan penggunaan lembar observasi. Lembar observasi digunakan untuk mengambil data langsung dari pasien dan dari dokumentasi asuhan keperawatan

pasien. Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis deskriptif. Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel frekuensi. Tabel frekuensi terdiri dari kolom - kolom yang memuat frekuensi dan presentase untuk setiap kategori.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data Subjektif dan objektif sering ditemukan pada responden dengan gangguan citra tubuh. Data subjektif pada pasien gangguan citra tubuh dengan frekuensi terbanyak yaitu pasien mengungkapkan berubahnya gaya hidup setelah sakit ditemukan pada sepuluh responden (100%). Data objektif dengan frekuensi terbanyak yaitu pasien tampak merasa malu akibat mengalami kelemahan ekstremitas ditemukan pada 10 responden (100%). Hal ini sesuai dengan Carpenito (2010), yang menyatakan bahwa data mayor dari gangguan citra tubuh adalah respon negatif verbal atau nonverbal terhadap perubahan struktural atau fungsi. Perubahan gaya hidup pada pasien paska serangan stroke diantaranya dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Penelitian lain menyatakan bahwa pasien stroke non hemoragik tidak bisa berjalan dengan baik, adanya kelumpuhan (*hemiparese* atau *hemiplegia*) menyebabkan partisipan tidak dapat berjalan dengan sempurna (Kariasa, 2009). Dahulu masih biasa bekerja, beraktivitas dan produktif, sedangkan setelah menderita serangan stroke, semua berubah dan tidak bisa melakukan aktivitas tersebut. Masalah Keperawatan dengan frekuensi terbanyak muncul pada responden dengan gangguan citra tubuh.

Intervensi dan tindakan keperawatan sering ditemukan pada responden dengan gangguan citra tubuh. Intervensi keperawatan mandiri pada responden gangguan citra tubuh yang sering direncanakan adalah dengarkan pasien dan keluarga secara aktif mengenai kekhawatiran terhadap perawatan, kemajuan dan prognosis direncanakan dan telah

dilakukan pada sepuluh responden (100%). Hal ini dinyatakan pula oleh Doenges (2002), bahwa mendengarkan pasien dan keluarga secara aktif mengenai prosedur perawatan pada pasien gangguan citra tubuh mampu membantu pasien dan keluarga mengetahui bahwa dukungan tersedia dan perawat siap membantu pasien dan keluarga selama perawatan.

Evaluasi asuhan keperawatan dengan hasil masalah teratasi ditemukan pada satu responden (10%) dengan masalah keperawatan ansietas, gangguan citra tubuh, dan ketidakberdayaan dengan lama hari rawat kurang dari 14 hari. Masalah teratasi dibuktikan dari dokumentasi evaluasi yang menyatakan bahwa pasien mampu mengurangi ansietasnya, pasien mampu menyadari potensi dirinya, dan pasien mampu melakukan cara pengambilan keputusan secara mandiri. Pasien dengan SNH akan sering mudah lelah, menjadi peka rangsang, frustrasi, dan depresi sehingga proses penyembuhan pada stroke dapat terjadi dalam waktu yang lama, yang membutuhkan kesabaran dan ketekunan pasien dan keluarga (Smeltzer dan Bare, 2002).

Hasil evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan psikososial pada pasien stroke non hemoragik di IRNA D RSUP Sanglah Denpasar adalah sangat baik dengan persentase 93,75% dari seluruh dokumen. Persentase menunjukkan bahwa pendokumentasian di ruangan sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan. Pendokumentasian di IRNA D RSUP Sanglah Denpasar menggunakan catatan berorientasi perkembangan atau kemajuan (*Progress-Oriented Record*).

SIMPULAN

Data subjektif dan data objektif ditemukan pada 10 responden (100%) dengan masalah keperawatan gangguan citra tubuh. Intervensi yang sering direncanakan dan tindakan keperawatan yang sering dilakukan ditemukan pada 10 responden (100%) dengan masalah keperawatan gangguan citra tubuh. Evaluasi asuhan

keperawatan psikososial pada 1 responden (10%) ditemukan masalah teratasi yaitu masalah keperawatan ansietas, gangguan citra tubuh dan ketidakberdayaan. Pendokumentasian asuhan keperawatan psikososial sangat baik dengan persentase 93,75% dari standar dokumentasi pada setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada responden

Smeltzer, Suzanne C. dan Brenda G. Bare, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 8 volume 3*, Jakarta : EGC

Wilkinson, Judith M dan Nancy R. Ahern., 2011, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 9*, Jakarta : EGC

DAFTAR RUJUKAN

Departemen Kesehatan, 2002, *Psikososial*, (Online), available: <http://www.depkes.go.id/downloads/Psikososial.PDF> (21 Desember 2012)

Dinas Kesehatan Bali, 2011, *Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan dan Inap RSUD dan RSUP*

Direja, Ade Herman Surya, 2011, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta : Nuha Medika

Fisher dan Norrving, 2011, *The International Agenda for Stroke*, (Online), available: http://www.neurology-asia.org/articles/19981_009.pdf (1 januari 2013)

Gemari, 2008, *Krisis Global Sebabkan Stres-Stroke di Indonesia Tambah Besar*, (Online), available: <http://www.gemari.or.id/file/edisi94/gemari9433.pdf> (14 Desember 2012)

Kariasa, Made, 2009, *Persepsi Paska Serangan Stroke Terhadap Kualitas Hidupnya dalam Perspektif Asuhan Keperawatan*, Jakarta: Universitas Indonesia

Muttaqqin, Arif, 2008, *Pengantar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Jakarta; Penerbit Salemba

Mansjoer, Arif, Suprohaita, Wahyu Ika Wardhani, dan Wiwiek Setiowulan, 2007, *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2 Edisi 3*, Jakarta: Media Aesculapius

Rosjidi, Cholik Harun, 2007, *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO)*, Yogyakarta; Ardana Media

RANGE OF MOTION (ROM) TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PADA FRAKTUR EKSTREMITAS

Masnun

Rohani P.

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau

Email: ?

Abstract: Range Of Motion (RoM) The Improvement Muscle Strength Of Fracture Extremities. The purpose of this research is to determine the effectiveness of RoM active and passive to increase muscle strength in patients with lower limb fractures in RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. The research methodology which chosen in this study is a type of simple quasi-experimental research with design used is Static Group Comparison. The population studied was lower extremity fracture patients were treated in RSUD Arifin Achmad Pekanbaru conducted in November to December 2012 amounts 15 people. Sampling use purposive sampling where sampling is done by taking cases or respondents as determined by researcher. The research resulting that there is the mean change in muscle strength before and after both active and passive ROM. There is influence between exercise RoM (Range of Motion) to increase muscle strength in patients with lower limb fractures. The confidence level in the Chi Square test (χ) is 1,80, the standart deviation 4,447, and bevore active exercise means 4,20 and standart deviation 0,837, fasive exercise fevore RoM means 1,20 and standart deviation 0,837 and after RoM means 3,60 and standar deviation 0,548.

Abstrak: Range Of Motion (RoM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Fraktur Ekstremitas. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas RoM aktif dan pasif untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan fraktur ekstremitas bawah di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Metodologi penelitian yang dipilih dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuasi - eksperimen sederhana dengan desain yang digunakan adalah statis Perbandingan Group. Populasi yang diteliti lebih rendah pasien patah tulang ekstremitas dirawat di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dilakukan pada bulan November hingga Desember 2012 jumlah 15 orang. Sampling menggunakan purposive sampling dimana pengambilan sampel dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang ditentukan oleh peneliti. Penelitian yang dihasilkan bahwa ada perubahan berarti dalam kekuatan otot sebelum dan sesudah ROM aktif maupun pasif. Ada pengaruh antara latihan RoM (Range of Motion) untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan fraktur ekstremitas bawah. Tingkat keyakinan dalam uji Chi Square (χ) adalah 1,80, deviasi standart 4447, dan olahraga aktif bevore berarti 4,20 dan standart deviasi 0.837, fasive latihan fevore RoM berarti 1,20 dan standart deviasi 0.837 dan setelah RoM berarti 3,60 dan standar deviasi 0.548 .

Kata kunci: range of motion, kekuatan otot

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam World Report On Road Traffic Injury Prevention mengungkapkan di dunia 1,2 juta jiwa manusia meninggal setiap tahunnya akibat kecelakaan lalu lintas. Dua puluh

tahun mendatang diperkirakan angka tersebut akan meningkat hingga 65% apabila tidak dilakukan tindakan nyata dalam pencegahan. Angka kecelakaan transportasi di Indonesia merupakan yang terbesar di Asia Tenggara

(Setiawan, 2000). Setiap tahunnya tercatat 30.000 nyawa manusia melayang akibat kecelakaan lalu lintas. Hal ini menempatkan kecelakaan lalu lintas sebagai penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan stroke, masih tingginya angka kecelakaan tersebut akan dapat diprediksikan juga angka kejadian fraktur di dunia maupun di Indonesia tentunya. Data yang dikeluarkan Ditlantas Polda Riau, selama Januari hingga Desember 2007, ada 460 kecelakaan lalu-lintas diseluruh wilayah Riau jumlah korban 963 orang. Jumlah korban yang meninggal dunia 418 jiwa, luka berat 273 dan luka ringan 272 jiwa (Kori'un, 2008). Angka kejadian fraktur masih cukup tinggi, data yang dihimpun dari RSUD Arifin Achmad Pekanbaru tahun 2011 ada 671 kasus dengan rata-rata perbulannya 56 kasus, sedangkan tahun 2012 pada bulan Januari ada 65 kasus dengan rata-rata perharinya 2 kasus dan bulan Pebruari 63 kasus dengan rata-rata perharinya 2 kasus lebih. Dari data tersebut terlihat bahwa masih banyaknya angka kejadian fraktur dan terjadi peningkatan jumlah kasus dari waktu ke waktu. Dari hasil pengamatan penulis selama membimbing mahasiswa praktek di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, latihan gerak sendi atau yang lebih dikenal dengan sebutan RoM (*range of motion*) masih belum menjadi kegiatan rutinitas yang dilakukan pada pasien fraktur yang dirawat. Apabila latihan gerak persendian tidak atau kurang dilakukan maka akan berdampak buruk pada penyembuhan tulang tersebut seperti kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot. Selain itu dapat juga terjadi pengecilan pada otot yang disebabkan oleh kelemahan otot tersebut. Fraktur atau sering disebut patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang penyebabnya dapat dikarenakan penyakit pengeroposan tulang diantaranya penyakit yang sering disebut osteoporosis, biasanya dialami pada usia dewasa dan dapat juga disebabkan karena kecelakaan yang tidak terduga (Mansjoer, A. 2005). Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik kekuatan dan sudut

dari tenaga tersebut, keadaan tulang itu sendiri dan jaringan lunak disekitar akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Price, A dan L.Wilson, 2005). Penyebab patah tulang (Barbara, 1999), Fraktur terjadi ketika tekanan yang menimpa tulang lebih besar dari pada tahanan tulang, seperti benturan dan cedera. Fraktur terjadi karena tulang yang sakit, ini dinamakan fraktur patologi yaitu kelemahan tulang akibat penyakit kanker atau osteoporosis. Jenis-jenis fraktur : Fraktur komplrit, Fraktur tidak komplrit (inkomplrit), Fraktur tertutup (fraktur simple) tidak menyebabkan robeknya kulit, Fraktur terbuka (fraktur komplikata/ kompleks) : merupakan fraktur dengan luka pada kulit atau membran mukosa sampai ke patahan tulang.

Jenis khusus faraktur dibagi menjadi : Greensick, Transversal, Oblik, Spiral, Kominutif, Kompresi, Patologik, Avulsi, Epfiseal dan Impaksi. Tujuan Penelitian untuk mengetahui efektifitas RoM aktif dan RoM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien fraktur ekstremitas bawah di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2012.

METODE

Jenis penelitian quasi eksperimen sederhana dengan desain yang digunakan adalah *Static Group Comparason*, diidentifikasi melalui observasi langsung pada responden, dilakukan analisa tentang pengaruh latihan RoM (*Range of Motion*) terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien fraktur ekstremitas. Populasi yang diteliti adalah pasien fraktur ekstremitas bawah dengan besar sampel sebanyak 15 orang secara Purposive sampling. Cara pengumpulan data dengan cara dokumentasi dan observasi.

Analisis data secara Univariat dan Bivariat yaitu :

$$P = \frac{F}{n} \times 100\% \text{ dan}$$

$$X = \frac{\sum x}{n}$$

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Golongan Umur

| No. | Golongan Umur | Frekuensi | Prosentase |
|-----|---------------|-----------|------------|
| 1. | 14 - 21 | 4 | 26,7 % |
| 2. | 22 - 45 | 11 | 73,3 % |
| 3. | 46 - 56 | 0 | 0 % |
| 4. | 56 ke atas | 0 | 0 % |
| | Jumlah | 15 | 100 % |

Dari tabel 1 tersebut di atas menunjukkan bahwa rentang umur responden yang terbanyak adalah berkisar dari golongan umur 22 – 45 tahun yaitu 11 responden dengan prosentase 73,3 %, dan selebihnya golongan umur dari 14-21 tahun yaitu 4 responden dengan prosentase 26,7 %, sedangkan golongan umur 46 tahun ke atas tidak ada, dalam hal ini umur responden rata-rata termasuk dalam kategori umur produktif, sehingga memungkinkan pasien untuk mengikuti latihan gerak dan aktifitas secara berkesinambungan dan hasil penelitian lebih mendekati kebenaran baik latihan secara aktif maupun latihan secara pasif.

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

| No | Jenis Pekerjaan | Frekuensi | Prosentase |
|----|-----------------|-----------|------------|
| 1. | Swasta | 8 | 53,4 % |
| 2. | Petani | 2 | 13,3 % |
| 3. | Buruh | 3 | 20,0 % |
| 4. | Tidak Bekerja | 2 | 13,3 % |
| | Jumlah | 15 | 100 % |

Tabel 2. Tersebut di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden bekerja dibidang swasta sebanyak 8 responden yaitu 53,4 % dan sebagian kecil yang bekerja sebagai petani dan ada juga yang tidak bekerja, masing-masing 2 responden dengan prosentase 13,3 % dan ada juga yang bekerja sebagai buruh sebanyak 3 responden dengan prosentase 20,0 %

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengukuran Kekuatan Otot

| No | Post Operasi Hari ke 3 | Kontrol | | Aktif | | Pasif | |
|----|------------------------|---------|------|-------|------|-------|------|
| | | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post |
| 1 | Responden1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| 2 | Responden2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 3 |
| 3 | Responden3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 3 |
| 4 | Responden4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| 5 | Responden5 | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | 4 |

Mayoritas responden mengalami perubahan kekuatan otot pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan kelompok yang mengalami perubahan kekuatan otot baik sekali terdapat pada kelompok aktif sebanyak 2 orang (40%), baik 2 orang (40%) dan cukup baik 1 orang (20%). Sedangkan pada kelompok pasif ditemukan perubahan kekuatan otot baik yaitu 3 orang (60%) dan cukup baik 2 orang (40%). Sebaliknya untuk kelompok kontrol menunjukkan tidak terjadi perubahan kekuatan otot bahkan 1 orang responden mengalami penurunan kekuatan otot yaitu dari nilai 2 (kurang baik) menjadi 1 (tidak baik).

Tabel 4. Perubahan Kekuatan Otot Pada Kelompok Kontrol

| Kelompok Kontrol | Mean | SD | P Value | N |
|------------------|------|-------|---------|----|
| Sebelum | 1,00 | 0,000 | 0,374 | 10 |
| Sesudah | 1,20 | 0,447 | | |

Terdapat perbedaan rerata perubahan kekuatan otot antara sebelum dan sesudah di kontrol ($1,00 \pm 0,000$: $1,20 \pm 0,447$), nilai mean sebelum dan sesudah 0,2 dengan standar deviasi 0,447 . Secara statistik perbedaan tersebut tidak signifikan ($p > 0,05$).

Tabel 5. Pengaruh Latihan RoM Pada Kelompok Intervensi

| Kelompok Intervensi | Mean | SD | P Value | N |
|--------------------------|------|-------|---------|----|
| <i>Aktif;</i> Sebelum | 1,80 | 0,447 | 0,002 | 15 |
| Sesudah | 4,20 | 0,837 | | |
| <i>Pasif;</i> Sebelum | 1,20 | 0,837 | 0,001 | 15 |
| Sesudah | 3,60 | 0,548 | | |

Terdapat perbedaan rerata kekuatan otot sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok aktif ($1,80 \pm 0,447 : 4,20 \pm 0,837$) dan kelompok pasif ($1,20 \pm 0,837 : 3,60 \pm 0,548$). Kedua kelompok intervensi terdapat perbedaan nilai mean sebelum dan sesudah yaitu pada kelompok intervensi aktif, perbedaan nilai mean pada kelompok intervensi aktif adalah 2,4, sedangkan kelompok intervensi pasif 2,4, secara statistik perbedaan tersebut sangat signifikan ($p < 0,05$).

Umur responden berkisar 22-45 tahun yang merupakan usia produktif, memungkinkan mengikuti latihan secara berkesinambungan baik secara aktif maupun pasif. Faktor pekerjaan mempengaruhi responden dalam menerapkan latihan RoM untuk mempercepat peningkatan otot, sebagian besar bekerja di bidang swasta sebanyak 8 orang (53,4%). Sebagian besar perubahan kekakuan otot terjadi pada kelompok intervensi baik aktif maupun pasif yaitu 10 orang (100%) dibandingkan kelompok kontrol. ROM mampu mempercepat dan menormalkan sendi-sendi yang mengalami gangguan pergerakan akibat trauma, serta mencegah terjadinya kelemahan otot-otot sendi (Bobak dkk, 2004). Menurut Ari (2008) para peneliti mengungkapkan bahwa peningkatan kekuatan otot sepenuhnya dipengaruhi oleh latihan pergerakan sendi atau RoM dan latihan fisik lebih berperan untuk menimbulkan peningkatan kekuatan otot.

Pada patah tulang panjang yang korteksnya cukup tebal, terjadi perdarahan

yang berasal dari pembuluh darah di endotium dan di periostium. Hematom yang terbentuk segera diserbu oleh proliferasi. Peningkatan kekuatan otot dapat terjadi bila dilakukan latihan pergerakan sendi atau RoM (Range of Motion) namun hal ini tidak menutup kemungkinan bagi pasien fraktur ekstremitas atas dan bawah yang tidak melakukan latihan pergerakan sendi, mengalami peningkatan kekuatan otot juga. Menurut Sugeng tahun (2007) semakin dini dilakukannya latihan pergerakan sendi atau ROM (Range of Motion) pada pasien fraktur ekstremitas maka semakin cepat mengalami pemulihan terhadap peningkatan kekuatan otot. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan lingkup gerak sendi antara pasien kelompok ROM aktif dan kelompok ROM pasif (p value 0,001). Hal ini berarti lingkup gerak sendi pada pasien kelompok ROM pasif lebih besar dibandingkan dengan kelompok ROM aktif. Keadaan ini menggambarkan bahwa latihan rentang gerak sendi dapat meningkatkan lingkup gerak sendi pada pasien fraktur femur post operasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Suddarth & Brunner (2002) bahwa latihan rentang gerak sendi dilakukan untuk mengurangi efek immobilisasi pada pasien melalui latihan isometrik otot-otot di bagian yang di immobilisasi, latihan kuadrisep dan latihan gluteal dapat membantu mempertahankan kelompok otot besar yang penting untuk berjalan. Menurut Suratun (2008) bahwa rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif sedangkan latihan ROM aktif untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif. Teori Oswari (2000), perawat membantu pasien pasca operatif fraktur femur melakukan Latihan ROM pasif dan mengganti posisi akan meningkatkan aliran darah ke ekstremitas sehingga stasis berkurang. Kontraksi otot kaki bagian bawah akan meningkatkan aliran balik vena sehingga mempersulit terbentuknya bekuan darah. Hasil penelitian

ini sejalan dengan penelitian Maryani (2008) tentang penatalaksanaan Terapi Latihan Pada Kondisi Post Operasi Fraktur Femur 1/3 Medial Dekstra Dengan Pemasangan Plate And Screw Di RS Prof. Dr. Soeharso Surakarta menunjukkan bahwa adanya peningkatan kekuatan otot setelah diberikan latihan ROM yaitu dari pada latihan sendi aktif (p value 0,002), sedangkan latihan sendi pasif (p value 0,001). Hasil penelitian Ulliya (2007) tentang Pengaruh Latihan *Range Of Motion* (ROM) Terhadap Fleksibilitas Sendi Lutut Pada Lansia Di Panti Werda Wening Wardoyo Ungaran menunjukkan bahwa fleksibilitas sendi lutut kiri pada lansia yang memiliki keterbatasan gerak meningkat setelah melakukan latihan ROM selama 3 minggu dengan nilai kekuatan ototnya 4 dan selama 6 minggu mejadi 5, artinya ada peningkatan yang signifikan antara pengukuran pertama-kedua pada fleksi sendi lutut kanan dan kiri dan antara pengukuran pertama-ketiga pada fleksi sendi lutut kiri. Simpulan pada penelitian ini adalah latihan ROM selama 6 minggu dapat meningkatkan fleksibilitas sendi dengan nilai maksimal 5 pada uji kekuatan otot. Berdasarkan hasil penelitian ini peneliti berpendapat bahwa ada perbedaan lingkup gerak sendi antara pasien kelompok ROM aktif dan kelompok ROM pasif. Hal ini disebabkan karena pada pasien kelompok latihan ROM aktif tidak melakukan latihan rentang gerak sendi dengan baik karena kurang motivasi dengan alasan takut nyeri sehingga menyebabkan masih terbatasnya pergerakan sendi pasien. Sedangkan pada pasien yang dilakukan rentang gerak pasif maka pasien akan diupayakan untuk bergerak (menggerakkan kaki pasien) sehingga meningkatkan aliran darah ke ekstremitas. Kontraksi otot kaki bagian bawah akan meningkatkan aliran balik vena sehingga mempersulit terbentuknya bekuan darah. Latihan ROM aktif dan pasif dapat meningkatkan mobilitas sendi bila dilakukan secara rutin dan teratur sehingga mencegah terjadinya berbagai komplikasi. Dengan adanya pergerakan sendi maka akan meningkatkan

lingkup gerak sendi pada kaki yang fraktur.

SIMPULAN

Terjadinya perubahan kekuatan otot pada pasien fraktur ekstremitas bawah yang dilakukan latihan RoM aktif maupun yang dilakukan RoM pasif. Perubahan kekuatan otot pada kelompok ROM Aktif terbesar adalah dengan nilai maksimal 5, terkecil adalah 3, nilai rata-rata lingkup gerak sendi pada kelompok ROM Aktif adalah (1,80 + 0,447 : 4,20 + 0,837). Pada kelompok ROM pasif nilai maksimal adalah 4, terkecil adalah 3, nilai rata-rata lingkup gerak sendi pada kelompok ROM Pasif adalah (1,20 + 0,837 : 3,60 + 0,547). Ada perbedaan yang signifikan lingkup gerak sendi antara pasien kelompok ROM aktif dan kelompok ROM pasif di Ruang Cendrawasih 2 RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2012 (p value 0,001) yang ditemukan pada kelompok perlakuan RoM Pasif.

DAFTAR RUJUKAN

- Aziz, (2009), *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*, Jakarta, Salemba Medika.
- Corwin. (2001), *Buku Saku Patofisiologi*, Jakarta : EGC
- Dahlan, S, (2006), *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta, Salemba Medika
- Fatmawati Ari. (2002), *Manfaat Latihan Gerak Fisik*
[Http://www.bbc.Indonesia.com](http://www.bbc.Indonesia.com).
- Graham. A. & Salomo, (2000), *Cara Latihan Gerak Sendi*. Jakarta : FKUI.
- Hidayat, A.A. (2006), *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika
- Kori'un.H.B. (2008) , *Jalan Raya Monster Pembunuh Paling Mematikan*.
[Http://www.RIAUPOS.com](http://www.RIAUPOS.com)
- Mansjoer, Arif, Suprohaita, Wahyu Ika Wardhani, Wiwiek Setiowulan. (2000), *Kapita Selekt Kedokteran*. Edisi Ketiga. Jakarta : FKUI.

- Mulyatsih Enny. (2008), *Stroke : Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta : FKUI.
- Notoatmodjo Soekidjo. (2005), *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008), *Konsep Dasar dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Riyadiyanto Sugeng. (2001), *Pengaruh Tenaga Kesehatan Terhadap ROM*. [Http://www.bbc.Indonesia.com](http://www.bbc.Indonesia.com).
- Saryono. (2008), *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia.
- Setiawan, A. (2008), *Upaya Menekan Angka Kecelakaan* [Http://www.bbc.Indonesia.com](http://www.bbc.Indonesia.com).
- Smeltzer Suzanne & Bare Brenda G (2001), *Buku Ajar Keperawatan Medical-Bedah*, Edisi 8. Jakarta : EGC.

KARAKTERISTIK TERHADAP CITRA TUBUH PASIEN KANKER SERVIKS YANG MENJALANI KEMOTERAPI

Nengah Runiari

Wida Agustini

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Jurkep_runiarin@yahoo.co.id

***Abstract :** The characteristics of the body image of cervical cancer patients undergoing chemotherapy. The aim of this study was to determine the relationship with body image characteristics of cervical cancer patients undergoing chemotherapy. This type of study is correlational. The study sample of 30 people who met the inclusion criteria. Sampling with purposive sampling technique. Data was collected using a questionnaire MBSRQ - AS (Multidimensional Body - Self Relations Questionnaire - Appearance Scale). Characteristics of cervical cancer patients undergoing chemotherapy mostly aged over 35 years is 23 people (76.67 %) of the respondents were married 29 (96.67 %). Most respondents had elementary as many as 11 people (36.67 %) and did not work 17 people (56.67 %). A total of 18 respondents (60 %) have a positive body image. Of the four characteristics of respondents who were related to the body image of cervical cancer patients who underwent chemotherapy in Space Cempaka Sanglah Hospital East, there is only one that is significantly related, patient age ($p = 0.017$). Mothers aged 20-35 years have the opportunity to negative body image 0.042 times (95 % CI : 0003-0524) compared with women aged > 35 years.*

Abstrak: Karakteristik terhadap citra tubuh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan karakteristik dengan citra tubuh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi. Jenis penelitian yang digunakan adalah korelasional. Sampel penelitian sebanyak 30 orang yang memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan sampel dengan tehnik purposive sampling. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisisioner MBSRQ-AS (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scale*). Karakteristik pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi sebagian besar berumur diatas 35 tahun yaitu 23 orang (76,67%) jumlah responden yang sudah kawin 29 orang (96,67%). Sebagian besar responden berpendidikan SD sebanyak 11 orang (36,67%) dan tidak bekerja 17 orang (56,67%). Sebanyak 18 responden (60%) memiliki citra tubuh positif. Dari empat karakteristik responden yang diduga berhubungan dengan citra tubuh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar, secara signifikan berhubungan yaitu umur pasien ($p=0.017$). Ibu yang berumur 20-35 tahun berpeluang mempunyai citra tubuh negative 0.042 kali (95% CI: 0.003-0.524) dibandingkan ibu berumur > 35 tahun.

Kata Kunci : karakteristik, citra tubuh, kanker serviks, kemoterapi

Dewasa ini, perubahan pola hidup masyarakat mengakibatkan timbulnya berbagai macam penyakit. Salah satu penyakit yang dipengaruhi oleh gaya hidup yaitu kanker. Kata kanker merupakan istilah

umum untuk ratusan tumor ganas yang masing-masing sangat berbeda satu sama lain. Penyakit kanker pada wanita yang menempati urutan pertama menyerang

wanita Indonesia adalah kanker serviks (Wijayakusuma, 2008).

Kanker serviks adalah kanker yang tumbuh dari sel-sel serviks. Kanker serviks dapat berasal dari sel-sel di leher rahim tetapi dapat pula tumbuh dari sel-sel mulut rahim atau keduanya (Nurwijaya, 2010). Kanker serviks invasif biasanya terjadi pada wanita berusia antara 39 dan 50 tahun (Otto, 2005). Menurut Rachmadahniar (2005) dalam Setyarini (2009), pada tahun 2000 sekitar 80% penyakit kanker serviks ada di negara berkembang, yaitu di Afrika sekitar 69.000 kasus, di Amerika Latin sekitar 77.000 kasus, dan di Asia sekitar 235.000 kasus. Pada tahun 2004 menunjukkan setiap tahunnya di dunia terdapat sekitar 500.000 kasus baru kanker serviks dengan tingkat kematian sekitar 200.000 kasus.

Menurut perkiraan Departemen Kesehatan, insiden kanker serviks yaitu 100 per 100.000 penduduk per tahun, sedangkan dari data Laboratorium Patologi Anatomi seluruh Indonesia, frekuensi kanker serviks menempati urutan paling tinggi di Indonesia. Kanker serviks merupakan kanker yang terbanyak diderita perempuan di negara sedang berkembang seperti Indonesia. Di negara maju, kanker serviks menduduki urutan ke-10 dan bila digabung antara negara berkembang dan negara maju, kasus kanker serviks menduduki urutan ke lima dari semua jenis kanker (Yatim, 2005).

Berdasarkan data yang didapatkan dari catatan medik RSUP Sanglah Denpasar, jumlah pasien kanker serviks pada tahun 2010 yang rawat jalan sebanyak 1274 orang, rawat inap 223 orang, dan jumlah pasien yang meninggal sebanyak 37 orang. Tahun 2011 jumlah pasien rawat jalan sebanyak 1049 orang, rawat inap 200 orang dan yang meninggal sebanyak 26 orang. Tahun 2012 jumlah pasien rawat jalan sebanyak 1092 orang, rawat inap 178 orang dan yang meninggal sebanyak 32 orang. Dari data tersebut didapatkan data bahwa kanker serviks paling banyak diderita oleh kelompok umur 45 - 64 tahun. Berdasarkan rincian data di atas, kasus kanker serviks di RSUP Sanglah Denpasar dari tahun 2010 ke

2011 kasus rawat jalan mengalami penurunan sebanyak 17,7%, rawat inap mengalami penurunan sebanyak 10,3% dan jumlah pasien yang meninggal mengalami penurunan sebanyak 29,7%. Sedangkan data dari tahun 2011 ke 2012 menunjukkan jumlah pasien rawat jalan mengalami peningkatan sebanyak 4,1%, rawat inap mengalami penurunan sebanyak 11% dan jumlah pasien yang meninggal meningkat sebanyak 23,1%.

Pengobatan kanker serviks sangat bergantung pada lokasi dan ukuran tumor, stadium kanker, usia, keadaan umum dan rencana penderita untuk hamil lagi. Beberapa pengobatan kanker serviks meliputi pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi. Jika kanker telah menyebar sampai ke luar panggul, kadang dianjurkan untuk menjalani kemoterapi (Indriasari, 2009). Bahan-bahan kemoterapi adalah obat sitotoksik yang bekerja dalam berbagai cara pada sel-sel spesifik selama berbagai fase siklus kehidupan sel (Gruendemann, 2006). Menurut Otto (2005), obat-obat kemoterapi sangat kuat dan tidak hanya membunuh sel-sel kanker, tetapi juga menyerang sel-sel sehat terutama sel-sel yang cepat membelah. Efek samping yang paling sering terjadi akibat penggunaan kemoterapi adalah kerontokan rambut, stomatitis, rasa mual, muntah-muntah, dan kelelahan yang dapat mempengaruhi persepsi tentang tubuh pasien dan konsep diri, juga keinginan dalam keintiman hubungan seks.

Menurut Suliswati, dkk (2005), salah satu faktor predisposisi gangguan citra tubuh yaitu prosedur pengobatan seperti kemoterapi. Citra tubuh adalah cara individu melihat dirinya sendiri (Videbeck, 2008). Pada pasien kanker serviks yang telah menjalani kemoterapi akan mengalami beberapa perubahan fisik oleh karena efek samping yang ditimbulkan dari obat kemoterapi tersebut. Kadangkala proses penanganan kanker sangat membebani pasien dibandingkan penyakitnya sendiri, misalnya proses radiasi dan obat-obatan yang digunakan untuk membunuh sel kanker ternyata dapat mengakibatkan kerusakan

tubuh bahkan berpotensi untuk menyebabkan menurunnya citra tubuh (Burish dalam Lubish dan Hasnida, 2009).

Menghadapi penderitaan fisik tersebut, umumnya pasien akan mengalami penerimaan diri yang rendah, harga diri yang rendah, merasa putus asa, bosan, cemas, frustrasi, tertekan dan takut kehilangan seseorang. Jika perasaan-perasaan rendah tersebut dirasakan pasien dalam waktu yang cukup lama dapat mengakibatkan depresi (Lubis & Hasnida, 2009). Hal ini didukung oleh penelitian terdahulu tentang tingkat kecemasan pasien kanker serviks dalam menjalani kemoterapi yang dilakukan oleh Sedana (2012) didapatkan bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 29 orang (63,04%) dari 46 orang responden mengalami kecemasan ringan. Salah satu penyebab kecemasan yang dialami diantaranya yaitu proses pengobatan itu sendiri.

Berdasarkan survey dan wawancara yang peneliti lakukan di salah satu ruangan IRNA B yaitu Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar pada tanggal 7 Februari 2012 diperoleh jumlah pasien rawat inap pada bulan Desember 2012 sebanyak 21 orang, dan sebanyak 14 orang diantaranya datang untuk menjalani kemoterapi. Pada bulan Januari 2013 jumlah pasien kanker serviks yang datang untuk kemoterapi adalah 13 orang dari 26 pasien kanker serviks yang dirawat inap. Hasil wawancara yang peneliti lakukan pada lima pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi didapat bahwa efek samping kemoterapi yang paling banyak ditemukan yaitu kerontokan rambut dan penurunan berat badan.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian korelasional yaitu rancangan penelitian yang bertujuan untuk mencari hubungan antara karakteristik dengan citra tubuh pasien kanker serviks. Pendekatan subjek yang digunakan adalah *cross sectional*.

Penelitian dilaksanakan di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar. Populasi yang diteliti adalah seluruh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive Sampling* yaitu dengan menetapkan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan tujuan atau masalah dalam penelitian yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari responden melalui pengisian kuesioner MBSRQ-AS (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scale*) yang diperoleh dari Cash (2000) yang telah dimodifikasi sesuai pada tujuan penelitian yang diharapkan.

Jawaban responden yang dijumlahkan kemudian dikelompokkan berdasarkan kategori citra tubuh yaitu skor \leq mean termasuk dalam citra tubuh negatif, skor $>$ mean termasuk dalam citra tubuh positif.

Dalam penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik untuk menentukan faktor yang paling dominan berhubungan dengan citra tubuh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah data dikumpulkan, diolah dan dianalisis didapatkan data tentang karakteristik responden meliputi : umur, statur perkawinan, pendidikan dan pekerjaan seperti diuraikan pada tabel 1, 2, 3 dan 4.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

| No | Umur | Jumlah | Persen |
|--------|-------|--------|--------|
| 1. | < 20 | 0 | 0 |
| 2. | 20-35 | 7 | 23.3 |
| 3. | >35 | 23 | 76.7 |
| Jumlah | | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 1, dapat diterangkan bahwa sebagian besar responden berumur

diatas 35 tahun yaitu 23 orang (76,67%), dan tidak ada pasien yang berumur < 20 tahun.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

| No | Status Perkawinan | Jumlah | Persen |
|--------|-------------------|--------|--------|
| 1. | Kawin | 29 | 96.7 |
| 2. | Cerai | 1 | 3.3 |
| Jumlah | | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel 2, diperoleh bahwa jumlah responden yang sudah kawin yaitu 29 orang (96,67%) dan yang cerai hanya 1 orang (3.33%).

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

| No | Pendidikan | Jumlah | Persen |
|--------|------------------|--------|--------|
| 1. | SD | 11 | 36.7 |
| 2. | SMP | 7 | 23.3 |
| 3. | SMA | 7 | 23.3 |
| 4. | Perguruan Tinggi | 7 | 23.3 |
| 5. | Tidak Sekolah | 1 | 3.3 |
| Jumlah | | 30 | 100 |

Berdasarkan Tabel 3, diperoleh bahwa sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu sebanyak 11 orang (36,67%), dan sebagian kecil tidak bersekolah yaitu berjumlah 1 orang (3,33%).

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

| No | Pekerjaan | Jumlah | Persen |
|--------|---------------|--------|--------|
| 1. | Tidak Bekerja | 18 | 60.0 |
| 2. | Bekerja | 12 | 40.0 |
| Jumlah | | 30 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4, diperoleh bahwa sebagian besar responden tidak bekerja yaitu 17 orang (56,67%), dan sebagian kecil responden bekerja sebagai PNS yaitu 2 orang (6,67%).

Setelah data dikumpulkan, didapatkan data tentang gambaran citra tubuh pada

pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi dari 30 responden di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar diklasifikasikan dalam 2 kategori. Dua kategori tersebut adalah citra tubuh positif dan citra tubuh negatif. Data disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5. Gambaran Citra Tubuh Pasien Kanker Serviks yang Menjalani Kemoterapi

| No | Citra Tubuh | Jumlah | Persen |
|--------|---------------------|--------|--------|
| 1. | Citra tubuh negatif | 12 | 40.0 |
| 2. | Citra tubuh positif | 18 | 60.0 |
| Jumlah | | 30 | 100 |

Melihat pada tabel 5 nampak bahwa sebagian besar pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar memiliki citra tubuh positif yaitu 18 responden (60%).

Dari keseluruhan proses analisis yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa dari empat variabel yang diduga berhubungan dengan citra tubuh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar, hanya satu yang secara signifikan berhubungan yaitu umur pasien ($p=0.017$). Ibu yang berumur 20-35 tahun berpeluang mempunyai citra tubuh negative 0.042 kali (95% CI: 0.003-0.524) dibandingkan ibu berumur > 35 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi, diperoleh umur responden yang paling banyak adalah lebih dari 35 tahun yaitu sebanyak 23 orang (76,67%), kemudian yang berumur 20 – 35 tahun berjumlah 7 orang (23,33%), dan tidak ditemukan pasien yang berumur dibawah 20 tahun. Pembagian umur pada karakteristik tersebut didasarkan pada masa usia subur pada wanita. Menurut Rawlins dalam Juliandari (2011), perkembangan dan perubahan normal yang terjadi seiring usia akan mempengaruhi gambaran diri seseorang. Untuk hasil jumlah karakteristik dari status perkawinan ditemukan sebagian

besar responden sudah menikah dan masih bersama suaminya yaitu 29 orang (96,67%), dan yang cerai berjumlah 1 orang (3,33%), dan tidak ditemukan responden yang belum menikah. Hal ini untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga terhadap citra tubuh pasien itu sendiri. Berdasarkan karakteristik pendidikan ditemukan paling banyak responden berpendidikan SD (36,67%), kemudian responden yang berpendidikan SMP yaitu 7 orang (23,33%), yang berpendidikan SMA dan sederajat berjumlah 7 orang (23,33%), yang berpendidikan perguruan tinggi berjumlah 4 orang (13,33%), serta terdapat satu orang responden (3,33%) yang tidak bersekolah. Berdasarkan karakteristik pekerjaan, diperoleh paling banyak responden tidak bekerja yaitu 17 orang (56,67%), responden yang bekerja sebagai PNS berjumlah 2 orang (6,67%), yang bekerja swasta sebanyak 11 orang (36,67%). Wanita yang bekerja atau manusia sebagai makhluk sosial selalu berinteraksi dengan orang lain. Ia akan memperhatikan apa pendapat lingkungan mengenai dirinya termasuk mengenai fisiknya, selain itu wanita cenderung lebih peka terhadap penampilan dirinya dan selalu membandingkan dirinya dengan orang lain atau lingkungan di sekitarnya (Melliana dalam Anwar 2009).

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 30 responden, didapatkan responden yang memiliki citra tubuh positif sebanyak 18 orang dan yang memiliki citra tubuh negatif sebanyak 12 orang. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar sebagian besar memiliki citra tubuh yang positif.

Menurut Luckett dalam Konisesanti (2002), salah satu faktor yang mempengaruhi citra tubuh yaitu perubahan tubuh. Ketidakpuasan akan dirasakan seseorang jika didapati perubahan tubuh yang tidak ideal. Sedangkan pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi akan mengalami beberapa perubahan sebagai akibat dari penyakitnya dan efek-

efek kemoterapi seperti, kerontokan rambut, penurunan berat badan, keletihan, perubahan warna kulit dan lain sebagainya. Hal ini didukung oleh pernyataan Suliswati, dkk (2005), yaitu salah satu faktor predisposisi gangguan citra tubuh adalah prosedur pengobatan seperti kemoterapi. Faktor predisposisi yang lainnya yaitu proses patologik penyakit dan dampaknya terhadap struktur maupun fungsi tubuh.

Pada pasien kanker serviks tanda dan gejala dari proses patologik penyakit seperti keputihan terus-menerus yang berbau busuk dapat mempengaruhi citra tubuh seseorang tersebut. Sedangkan dari efek kemoterapi yang sering ditemukan pada pasien yang menjalaninya yaitu penurunan berat badan dan kerontokan rambut sehingga menyebabkan kebotakan. Dari efek kemoterapi tersebut terdapat dua komponen citra tubuh yang terganggu menurut Cash (2000) dalam Sari (2009) yaitu *Body Areas Satisfaction* (kepuasan terhadap bagian tubuh) yang meliputi kepuasan individu terhadap bagian tubuh secara spesifik, seperti wajah, rambut, payudara, tubuh bagian bawah (pinggul, pantat, kaki), tubuh bagian tangan (pinggang, perut), dan keseluruhan tubuh, dan yang kedua yaitu *Self-Classified Weight* (Persepsi terhadap ukuran tubuh) yang meliputi persepsi dan penilaian individu terhadap berat badannya, mulai dari kekurangan berat badan sampai kehilangan berat badan.

Berdasarkan penelitian yang diperoleh jumlah responden yang dominan yaitu responden yang berumur lebih dari 35 tahun. Menurut Rawlins dalam Juliandari (2011) citra tubuh mungkin berubah seiring perubahan yang terjadi pada anatomi tubuh dan kepribadian seseorang. Perkembangan dan perubahan normal yang terjadi seiring usia akan mempengaruhi gambaran diri seseorang. Misalnya citra tubuh saat usia sekolah akan berbeda dengan citra tubuh saat usia tua. Umur 20 – 35 tahun adalah usia masa subur pada perempuan dimana pada saat umur sekian alat reproduksi masih berfungsi dengan baik, sedangkan usia diatas 35 tahun fungsi alat reproduksi wanita

sudah menurun jadi pada usia ini citra tubuh yang dimiliki akan berbeda terhadap wanita usia subur.

Pada karakteristik status perkawinan dalam penelitian ini, responden yang paling banyak adalah yang sudah menikah dan masih bersama suaminya. Citra tubuh yang ditimbulkan dalam hal ini dipengaruhi oleh dukungan keluarga atau suami dalam memberikan dukungan terhadap istri dalam menghadapi penyakit dan efek kemoterapi. Craig dalam Januar (2011) mengatakan bahwa pendidikan di dalam keluarga lebih mempengaruhi pencitraan tubuhnya dibandingkan dengan pengaruh media masa. Subjek tidak akan tertarik dan terpengaruh televisi atau majalah dibandingkan penilaian dari anggota keluarganya sendiri terutama suaminya. Hal-hal yang terjadi di dalam keluarga tersebut mempengaruhi sikap subjek pada penampilannya.

Menurut Melliana (2006), faktor yang mempengaruhi citra tubuh itu salah satunya adalah peran seseorang. Setiap orang memainkan peran yang berbeda-beda. Di dalam setiap peran tersebut individu diharapkan akan bertindak sesuai dengan tuntutan dari perannya masing-masing. Salah satu contohnya yaitu individu yang berprofesi sebagai fotomodel atau guru akan memiliki tuntutan berbeda dalam berpenampilan. Akibatnya, jika terjadi gangguan pada kondisi fisik, akan timbul efek yang berbeda terhadap citra tubuh yang dimiliki individu. Pada penelitian ini jumlah karakteristik yang paling banyak adalah responden yang tidak bekerja. Wanita yang bekerja akan memiliki citra tubuh yang berbeda dengan yang tidak bekerja. Pada wanita yang bekerja akan dituntut untuk berinteraksi dengan dunia luar. Menurut Juliandari (2011) seseorang dengan beban pekerjaan yang berhadapan dengan orang banyak dan selalu ingin tampil sempurna di depan umum akan berbeda pandangan citra tubuhnya dengan orang yang tidak bekerja.

SIMPULAN

Karakteristik pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi sebagian besar

responden berumur diatas 35 sebanyak 23 orang (76,67%), jumlah responden yang sudah kawin 29 orang (96,67%). Sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu sebanyak 11 orang (36,67%) dan tidak bekerja yaitu 17 orang (56,67%). Sebanyak 18 responden (60%) memiliki citra tubuh positif.

Dari empat karakteristik pasien yang diduga berhubungan dengan citra tubuh pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar, hanya satu yang secara signifikan berhubungan yaitu umur pasien ($p=0.017$). Ibu yang berumur 20-35 tahun berpeluang mempunyai citra tubuh negative 0.042 kali (95% CI: 0.003-0.524) dibandingkan ibu berumur > 35 tahun.

DAFTAR RUJUKAN

- Anwar, 2009, *Tumbuh Kembang, Child, Health* (Online), <http://anwarsasake.wordpress.com/2009/08/06/body-image-padaremaja/feed/> diakses 24 Juli 2013.
- Cash, T. F., 2000, *The multidimensional Body-Self Relation Questionnaire : MBSRQ User's Manual (3rd Revision)*, Virginia: Old Dominion, University Norfolk.
- Gruendemann, B. J., 2006, *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif, Vol 2 Praktik*, Jakarta: EGC.
- Indriasari, 2009, *100% Sembuh Tanpa Dokter A-Z Deteksi, Obati, dan Cegah Penyakit*, Yogyakarta: Pustaka Grhatama.
- Januar, V, 2011, *Citra Tubuh pada Remaja Putri Menikah dan Memiliki Anak*, Fakultas Psikologi Universitas Gunadarma.
- Juliandari, 2011, *Hubungan antara Citra Diri dengan Harga Diri pada Pasien Ca Mamae Post Mastektomi di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2011*, Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar.
- Konisesanti, Y., 2002, *Citra Diri Wanita Penderita Kanker Payudara*, Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang.

- Lubis dan Hasnida, 2009, *Dukungan Sosial pada Pasien Kanker, Perlukah?*, Medan: USU Press
- Melliana, A., 2006, *Menjelajah Tubuh: Perempuan dan Mitos Kecantikan*, Yogyakarta: LKiS
- Nurwijaya, 2010, *Cegah dan Deteksi Kanker Serviks*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Otto, S. E, 2005, *Buku Saku Keperawatan Onkologi*, Jakarta: EGC.
- Sari, 2009, *Pengaruh Citra Tubuh terhadap Penyesuaian Diri Remaja Puteri*, Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.
- Sedana, E, 2012, *Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Kanker Servik yang Menjalani Kemoterapi di Ruang Cempaka Timur RSUP Sanglah Denpasar*, Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar.
- Setyarini, E., 2009, *Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kanker Leher Rahim di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Suliswati, Payapo T.A., Maruhawa Jeremia, Sianturi Yenny, Sumijatun, (2005) *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Videbeck, S.L., 2008, *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
- Yatim, F, 2005, *Penyakit Kandungan. Myoma, Kanker Rahim/Leher Rahim dan Indung Telur, Kista, serta Gangguan Lainnya*, Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Wijayakusuma, 2008, *Ramuan Lengkap Herbal Taklukkan Penyakit*, Jakarta: Pustaka Bunda (Grup Puspa Swara).

EVALUASI KINERJA LULUSAN DIPLOMA III KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR

Nyoman Ribek

I Made Mertha

I Dewa Made Ruspawan

Jurusan Keperawatan PoltekNIK Kesehatan Denpasar

Email : Ribeknyoman@yahoo.com

Abstract: Performance Evaluation of Nursing Graduate Diploma Polytechnic Denpasar. The study aims to describe the performance evaluation of the Diploma of Nursing graduates of polytechnic Denpasar in health care and educational institutions. This type of research is survey. Sampling with consecutive sampling technique that within a month the 308 samples obtained Diploma of Nursing graduates and 44 graduates from 20 users of health services and an educational institution. Data is collected primary data obtained through questionnaires graduate performance by the graduates comprising: personal integrity, expertise based on science, English language, use of information technology, communication, teamwork, and self-development. Questionnaire completed by the NII Alumni consists of self-identity, a data analysis technique used is descriptive technique. Graduates inferred identity tracked at 20 pelayanan pendidika health and educational institutions 63 % satisfactory result on teaching useful in the repair process of teaching, quality of performance of graduates by the average user and is well worth the most valuable kind, Compliance expertise is well worth the graduates get jobs with a score of 54 % and 42 % very well, got a job waiting period is very well worth the 74 % with a waiting period of 0-3 month.

Abstrak: Evaluasi Kinerja Lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar. Penelitian bertujuan untuk mengetahui gambaran evaluasi kinerja lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar di Pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan. Jenis penelitian ini adalah penelitian survey. Teknik sampling dengan consecutive sampling yang dalam waktu satu bulan diperoleh sampel 308 orang lulusan Diploma III Keperawatan dan 44 orang pengguna lulusan dari 20 pelayanan kesehatan dan satu institusi pendidikan. Data dikumpulkan adalah data primer yang diperoleh melalui angket kinerja lulusan oleh pengguna lulusan yang terdiri dari : integritas kepribadian, keahlian berdasarkan bidang ilmu, bahasa Inggris, penggunaan teknologi informasi, komunikasi, kerjasama tim, dan pengembangan diri. Angket yang diisi oleh alumni terdiri dari identitas diri, Teknik analisa data yang digunakan adalah teknik deskriptif. Disimpulkan identitas diri Lulusan dilacak pada 20 pelayanan kesehatan dan intitusi pendidika pendidikan hasilnya 63 % memuaskan tentang pengajaran berguna dalam proses perbaikan pengajaran, Mutu kinerja lulusan oleh pengguna rata-rata bernilai baik dan kebanyakan bernilai baik, Kesesuaian keahlian lulusan mendapatkan pekerjaan bernilai baik dengan skor 54 % dan sangat baik 42 %, Masa tunggu mendapat kerja bernilai sangat baik 74 % dengan masa tunggu 0-3 bulan.

Kata Kunci: evaluasi kinerja, lulusan Diploma III Keperawatan, Poltekkes Denpasar.

Di Indonesia, menurut Kepmendiknas RI Nomor 232/U/2000 Tahun 2000 program diploma adalah pendidikan profesional yang menyiapkan peserta didik untuk menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan profesional dalam menerapkan, mengembangkan, dan menyebarkan teknologi dan/atau kesenian serta mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat dan memperkaya kebudayaan nasional. Sedangkan menurut Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 program diploma adalah pendidikan vokasi. Pendidikan vokasi merupakan pendidikan tinggi yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan keahlian terapan tertentu maksimal setara dengan program sarjana. Pendidikan Vokasi menurut Undang – undang Nomor 12 Tahun 2012 pasal 16 menjelaskan bahwa (1) Pendidikan vokasi merupakan Pendidikan Tinggi program diploma yang menyiapkan Mahasiswa untuk pekerjaan dengan keahlian terapan tertentu sampai program sarjana terapan. (2) Pendidikan vokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikembangkan oleh Pemerintah sampai program magister terapan atau program doktor terapan. (3) Pembinaan, koordinasi, dan pengawasan pendidikan vokasi berada dalam tanggung jawab Kementerian.

Jumlah lulusan tenaga keperawatan seluruh Indonesia sampai tahun 2003 mencapai 233.116 orang dari 32 Poltekkes dan 598 Akademi Kesehatan Daerah, ABRI dan swasta yang tiap tahunnya meluluskan sebanyak 23.000 orang. Kebutuhan untuk mendukung Indonesia sehat 2010 idealnya dengan rasio 117 orang Perawat untuk 100.000 penduduk tiap tahunnya, sehingga hanya membutuhkan 6.130 orang tenaga Perawat. Dengan demikian berarti telah terjadi surplus sekitar 16.670 orang tenaga perawat tiap tahunnya (Sugiharto, 2005)

Salah satu lembaga institusi kesehatan yang melakukan pendidikan bagi tenaga perawat di Indonesia adalah Politeknik Kesehatan Denpasar. Seperempat abad lamanya Pendidikan Keperawatan

Kementerian Kesehatan RI di Bali hadir dan berperan sebagai salah satu instansi sumber ketenagaan keperawatan vokasi di Indonesia telah menghasilkan 1.398 lulusan dari 22 angkatan Diploma III Keperawatan dan 2 angkatan Diploma IV Keperawatan Gawat Darurat Mitra Spesialis yang berjumlah 40 orang, untuk diserahkan pengabdianya kepada masyarakat (Jubelium Perak dan Reuni II, 2010). Pada tahun 2012 Poltekkes Denpasar telah meluluskan sebanyak 2397 orang ahli Madya Keperawatan.

Pendidikan keperawatan mendapatkan apresiasi yang baik dari masyarakat, hal ini dibuktikan dengan begitu besar kepercayaan yang telah diberikan masyarakat untuk berperan serta dalam pembangunan kesehatan melalui penyiapan tenaga keperawatan. Banyak diantara lulusan yang telah berhasil karya dalam pengabdianya di masyarakat di seluruh wilayah Indonesia, bahkan ada beberapa lulusan berkarya di luar negeri.

Lulusan adalah status yang dicapai mahasiswa setelah menyelesaikan proses pendidikan sesuai dengan persyaratan kelulusan yang ditetapkan oleh program studi diploma. Sebagai salah satu keluaran langsung dari proses pendidikan yang dilakukan oleh program studi diploma, lulusan yang bermutu memiliki ciri penguasaan kompetensi akademik termasuk *hard skills* dan *soft skills* sebagaimana dinyatakan dalam sasaran mutu serta dibuktikan dengan kinerja lulusan di masyarakat sesuai dengan profesi dan bidang ilmu (Dikti, 2009).

Sebagai lembaga pendidikan yang telah banyak menghasilkan lulusan, Pendidikan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar sudah sepantasnya menilai kembali apakah lulusan yang dihasilkan telah melaksanakan tindakan keperawatan integritas, pengertian dan keterampilan profesional. Salah satu cara untuk menilai profesionalisme lulusan adalah dengan cara melakukan evaluasi kinerja. Evaluasi kinerja merupakan bagian esensial I dari manajemen, khususnya manajemen sumber daya manusia. Evaluasi

kinerja pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui sejauh mana kadar profesionalisme karyawan. Penilaian kinerja dimaksudkan untuk menilai dan mencari jenis perlakuan yang tepat sehingga karyawan dapat berkembang lebih cepat sesuai dengan harapan. Salah satu penyebab rendahnya kinerja para karyawan Indonesia ialah evaluasi kinerja mereka tidak dilaksanakan secara sistematis dan tidak mengacu pada kaidah-kaidah sains (Wirawan, 2009). Apa lagi saat ini era globalisasi kita akan menghadapi *border less world* atau dunia tanpa batas, arus informasi dapat dengan bebas keluar masuk ke suatu Negara tanpa hambatan dan menjadi salah satu anggota *World Trade Organisation (WTO)* atau organisasi perdagangan bebas dan mendukung peraturan dalam *General Agreement on Trade in Service (GATS)* dan *Mutual Recognition Agreement (MRA)*, maka sumberdaya manusia berkualitas sangat penting.

Terkait dengan hal di atas, maka berbagai usaha telah dilakukan oleh Pendidikan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar dalam menyiapkan mahasiswanya menjadi tenaga perawat yang mempunyai keterampilan profesional dengan berwawasan pada kebutuhan pasar global. Namun demikian pada kenyataannya masih banyak lulusan yang belum diketahui akan kualitas maupun profesionalismenya. Hal inilah yang mendorong penulis untuk melakukan penelitian terkait dengan evaluasi tingkat kinerja lulusan mahasiswa Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar.

METODE

Desain penelitian ini adalah penelitian survey. Penelitian survey dilakukan untuk memperoleh data tentang kinerja lulusan oleh pengguna lulusan di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta dan institusi pendidikan kesehatan.

Instrumen penelitian ini dibedakan untuk responden alumni dan responden pengguna lulusan. Responden alumni dibuat

dalam bentuk kalimat tertutup dan kalimat terbuka dengan alasan, kalimat tertutup untuk menggambarkan secara kuantitatif sedangkan kalimat terbuka untuk menggambarkan secara kualitatif. Sedang responden pengguna dibuat dalam bentuk sekala likert dengan membuat 21 pertanyaan yang dibagi dalam 7 variabel yaitu integritas, keahlian dalam bidang ilmu, kemampuan bahasa inggris, penggunaan teknologi, komunikasi, kerjasama tim, dan pengembangan diri.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pengguna lulusan dan alumni Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar yang ada di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta dan institusi pendidikan kesehatan yang ada di provinsi Bali. Sampel diambil dari pengguna lulusan dan alumni Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar yang ada di tempat lulusan bekerja. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *exuntative sampling*. Jumlah sample berkisar 1600 orang dengan kriteri sampel : Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan adalah data primer yang diperoleh melalui angket kinerja lulusan oleh pengguna lulusan dan alumni D III Keperawatan Poltekkes Denpasar. Instrumen pengumpulan data berupa angket kinerja lulusan oleh pengguna lulusan yang terdiri dari sub variabel : integritas kepribadian, keahlian berdasarkan bidang ilmu, bahasa inggris, penggunaan teknologi informasi, komunikasi, kerjasama tim, dan pengembangan diri. Tehnik pengolahan data meliputi *editing, coding, entry* dan *cleaning* data. Analisa data yang digunakan adalah teknik deskriptif dengan rancang bangun *cross sectional*. Teknik ini digunakan mengingat data yang diperoleh dalam teknik deskriptif data disajikan sedemikian rupa atau apa adanya dengan persentase dari tiap-tiap sub variabel yang ada, dengan skala sangat baik, baik, cukup, dan kurang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengumpulan data dilakukan tanggal 1 Agustus 2012 sampai 30 September 2012

di 21 institusi kesehatan baik pelayanan, pendidikan dan dinas kesehatan pada 9 kabupaten/kota di provinsi Bali. Data didapatkan dengan cara mempelajari dan mencatat data dokumen lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar, menyebarkan angket kepada para alumni dan pengguna ditempatnya bekerja, kemudian meminta untuk mengisi angket yang telah disiapkan. Data alumni yang diambil sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah data terkumpul kemudian dilakukan tabulasi dan dianalisa secara deskriptif.

Adapun data hasil penelitian tersebut sebagai berikut :

Tabel 1. Data Populasi lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar berdasarkan tahun lulus dan jenis kelamin Tahun 2012

| No | Tahun lulusan | Jenis kelamin | | | | Total | |
|--------|------------------|---------------|----|------------|----|------------|-----|
| | | Laki | % | Wani ta | % | Jum lah | % |
| 1. | 1988 | 9 | 23 | 31 | 77 | 40 | 100 |
| 2. | 1989 | 22 | 52 | 20 | 48 | 42 | 100 |
| 3. | 1990 | 9 | 20 | 36 | 80 | 45 | 100 |
| 4. | 1991 | 19 | 50 | 19 | 50 | 38 | 100 |
| 5. | 1992 | 14 | 36 | 25 | 64 | 39 | 100 |
| 6. | 1993 | 7 | 36 | 31 | 64 | 38 | 100 |
| 7. | 1995 | 27 | 35 | 51 | 65 | 78 | 100 |
| 8. | 1997 | 11 | 28 | 29 | 72 | 40 | 100 |
| 9. | 1998 | 16 | 40 | 24 | 60 | 40 | 100 |
| 10 | 1999 | 11 | 28 | 29 | 72 | 40 | 100 |
| 11 | 2000 | 21 | 26 | 59 | 74 | 80 | 100 |
| 12 | 2001 | 31 | 27 | 82 | 73 | 113 | 100 |
| 13 | 2002 | 56 | 34 | 107 | 66 | 163 | 100 |
| 14 | 2003 | 27 | 28 | 69 | 72 | 96 | 100 |
| 15 | 2004 | 19 | 20 | 76 | 80 | 95 | 100 |
| 16 | 2005 | 33 | 22 | 117 | 78 | 150 | 100 |
| 17 | 2006 | 89 | 30 | 207 | 70 | 296 | 100 |
| 18 | 2007 | 65 | 38 | 106 | 62 | 171 | 100 |
| 19 | 2008 | 40 | 27 | 111 | 73 | 151 | 100 |
| 20 | 2009 | 36 | 22 | 127 | 78 | 163 | 100 |
| 21 | 2010 | 76 | 35 | 142 | 65 | 218 | 100 |
| 22 | 2011 | 38 | 30 | 90 | 70 | 128 | 100 |
| 23 | 2012 | 40 | 30 | 93 | 70 | 133 | 100 |
| Jumlah | | 716 | 30 | 1681 | 70 | 2397 | 100 |

Berdasarkan tabel 1 di atas, dalam kurun waktu 23 tahun Jurusan Keperawatan Poltekkes Denpasar telah meluluskan sebanyak 2397 orang. Dari jumlah lulusan tersebut mayoritas lulusan adalah wanita sebanyak 70 % (1681 orang) sedangkan laki-laki 30 % (716 orang). Jadi terdapat selisih 40 %.

Tabel 2. Data jumlah populasi drop out lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar tahun 2011

| No | Tahun Lulusan | Sebelum lulus | Setelah lulus | Drop out | Ket |
|--------|------------------|------------------|------------------|-------------|-----------------|
| 1. | 1988 | 40 | 40 | 0 | Reguler |
| 2. | 1989 | 42 | 42 | 0 | Reguler |
| 3. | 1990 | 47 | 45 | 2 | Reguler |
| 4. | 1991 | 40 | 38 | 2 | Reguler |
| 5. | 1992 | 41 | 39 | 2 | Reguler |
| 6. | 1993 | 40 | 38 | 2 | Reguler |
| 7. | 1995 | 80 | 78 | 2 | Reguler |
| 8. | 1997 | 40 | 40 | 0 | Reguler |
| 9. | 1998 | 40 | 40 | 0 | Reguler |
| 10. | 1999 | 40 | 40 | 0 | Reguler |
| 11. | 2000 | 80 | 80 | 0 | Reguler |
| 12. | 2001 | 113 | 113 | 0 | Reguler |
| 13. | 2002 | 163 | 163 | 0 | Reguler |
| 14. | 2003 | 96 | 96 | 0 | Reguler |
| 15. | 2004 | 95 | 95 | 0 | Reguler |
| 16. | 2005 | 150 | 150 | 0 | Reguler |
| 17. | 2006 | 298 | 296 | 2 | Reguler |
| 18. | 2007 | 171 | 171 | 0 | Reguler |
| 19. | 2008 | 161 | 161 | 0 | Reguler |
| 20. | 2009 | 148 | 148 | 0 | Reguler |
| 21. | 2010 | 193 | 193 | 0 | Reguler |
| 22. | 2011 | 98 | 97 | 1 | Reguler |
| 23. | 2012 | 108 | 109 | +1 | Prog Sanglah |
| Jumlah | | 2397 | 2385 | 12 | |

Berdasarkan tabel 2 di atas, dalam kurun waktu 23 tahun terdapat 12 orang (0,50 %) drop out dari 2397 orang mahasiswa yang mengikuti pendidikan, sehingga yang lulus sebanyak 2385 orang (99,50 %). Jadi terdapat selisih 99 %. antara yang droup out dengan yang lulus.

Tabel 3. Data keberadaan lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar berdasarkan Tempat Kerja Tahun 2011.

| Kode | Kabupaten | No | Nama Institusi | Jumlah | Prosentase |
|------|------------------|----|----------------------|--------|------------|
| I. | Kota Denpasar | 1 | Poltekkes | 13 | |
| | | 2 | RSUP Sanglah | 106 | |
| | | 3 | RSUD Wangaya | 2 | |
| | | 4 | RS Surya Husada | 17 | |
| | | 5 | RS Puri Bunda | 7 | |
| | | 6 | RS Bali Med | 5 | |
| | | 7 | RS Manuaba | 4 | |
| | | 8 | RS Indera | 8 | |
| | | 9 | Penta Medika | 1 | |
| II | Kab. Badung | 10 | Dinkes/ Puskesmas | 1 | |
| III | Kab. Gianyar | 11 | RS Ganesa/ Prenagana | 6 | |
| IV | Kab. Klungkung | 12 | RSUD Klungkung | 7 | |
| | | 13 | Dinkes / Puskesmas | 5 | |
| V | Kab. Karang Asem | 14 | RSUD Karangasem | 24 | |
| VI | Kab. Bangli | 15 | RS Jiwa | 11 | |
| | | 16 | RSUD Bangli | 2 | |
| VII | Kab. Tabanan | 17 | Dinkes/ Puskesmas | 5 | |
| VIII | Kab. Singaraja | 18 | RSUD Singaraja | 46 | |
| | | 19 | Dinkes/ Puskesmas | 1 | |
| IX | Kab. Negara | 20 | RSUD Negara | 32 | |
| | | 21 | Din kes/ Puskesmas | 5 | |

Berdasarkan tabel 3 di atas, data keberadaan lulusan D III Keperawatan yang dapat diperoleh sebanyak 308 orang. Dari jumlah lulusan tersebut mayoritas lulusan bekerja di RS Sanglah kota Denpasar sebanyak 106 orang dan paling sedikit di Dinas Kesehatan Singaraja dan Badung yaitu hanya 1 orang.

Tabel 4 Data kegiatan masa tunggu lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar Tahun 2011

| No | Kegiatan masa tunggu | Jumlah | % |
|----|----------------------------------|--------|-----|
| 1 | Selalu mencoba melamar pekerjaan | 209 | 67 |
| 2 | Mengikuti kursus bahasa Inggris | 9 | 3 |
| 3 | Mengikuti kursus komputer | 2 | 1 |
| 4 | Kerja serabutan | 15 | 5 |
| 5 | Buka usaha sendiri | 5 | 2 |
| 6 | Lain-lain | 68 | 22 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 4 di atas, didapatkan kegiatan selama masa menunggu mendapatkan pekerjaan yang terbanyak adalah kegiatan selalu mencoba melamar pekerjaan sebanyak 209 orang (67%), dan terkecil kegiatannya adalah buka usaha sendiri sebanyak 2 orang (1%)

Data tempat kerja pertama lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar periode 1988 sampai 2011.

Tabel 5 Data lama waktu yang dibutuhkan mendapatkan pekerjaan sejak wisuda lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar Tahun 2011

| No | Lama waktu mendapatkan pekerjaan | Jumlah | % |
|----|----------------------------------|--------|-----|
| 1 | 0-3 bulan | 230 | 74 |
| 2 | 4-6 bulan | 35 | 11 |
| 3 | 7-12 bulan | 26 | 8 |
| 4 | 12-18 bulan | 12 | 4 |
| 5 | 18-24 bulan | 4 | 2 |
| 6 | Lebih 24 bulan | 1 | 1 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 5 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan sebagian besar lama waktu yang dibutuhkan mendapatkan pekerjaan selama 0 – 3 bulan sejak diwisuda sebanyak 230 (74%) orang dan yang lebih dari 24 bulan sebanyak 1 orang (1%).

Tabel 6. Data cara mendapatkan informasi pekerjaan pertama lulusan Diploma III Keperawatan politeknik Kesehatan Denpasar periode 1988 sampai 2011

| No | Cara informasi pekerjaan | Jumlah | % |
|----|--------------------------|--------|-----|
| 1 | Surat kabar | 32 | 11 |
| 2 | Radio | 2 | 1 |
| 3 | Kenalan | 177 | 57 |
| 4 | Dosen | 45 | 14 |
| 5 | Menciptakan sendiri | 0 | 0 |
| 6 | Lainnya | 52 | 17 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 6 di atas, didapatkan dari orang 308 sampel lulusan cara mendapatkan informasi pekerjaan yang terbanyak melalui kenalan yaitu sejumlah 177 orang (57 %) dan tidak ada menciptakan sendiri.

Tabel 7. Data besarnya gaji diperoleh saat awal bekerja lulusan Diploma III Keperawatan Potekkes Denpasar periode 1988 sampai 2011

| No | Besarnya gaji awal bekerja | Jumlah | % |
|----|----------------------------|--------|-----|
| 1 | < 1000.000 | 202 | 60 |
| 2 | Rp 1.001.000 -2.000.000 | 84 | 22 |
| 3 | Rp.2.001 -3.000.000 | 15 | 5 |
| 4 | Rp.3001.000 – 4.000.000 | 52 | 12 |
| 5 | Lebih Rp.4.000.000 | 2 | 1 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 7 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan besarnya gaji awal bekerja terbanyak dengan gaji di bawah satu juta yaitu sejumlah 202 orang (60%) dan paling sedikit yang lebih dari empat juta sejumlah 2 orang (1 %).

Tabel 8.Data pendapatan kerja saat ini lulusan Diploma III Keperawatan poltekkes Denpasar periode 1988 sampai 2011 .

| No | Pendapatan kerja | Jmlah | % |
|----|----------------------------|-------|-----|
| 1 | < Rp 1000.000 | 7 | 3 |
| 2 | Rp.1000.000 – Rp.2.500.000 | 145 | 46 |
| 3 | Rp.2.500.00 – Rp.5000.000 | 149 | 48 |
| 4 | >Rp 5.000.000 | 7 | 3 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 8 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan pendapatan kerja yang didapatkan lulusan terbanyak antara dua setengah juta sampai lima juta sejumlah 149 orang (48%) dan terkecil dengan pendapatan di bawah satu juta dan lebih dari lima juta masing – masing sejumlah 7 orang (3%).

Tabel 9. Data kesesuaian pekerjaan dengan keahlian lulusan Diploma III Keperawatan Poltekkes Denpasar periode Th 2011

| No | Kesesuaian pekerjaan dengan keahlian | Jumlah | % |
|----|--------------------------------------|--------|-----|
| 1 | Sangat sesuai | 129 | 42 |
| 2 | Sesuai | 168 | 54 |
| 3 | Tidak sesuai | 9 | 3 |
| 4 | Sangat tidak sesuai | 2 | 1 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 9 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan kesesuaian pekerjaan dengan keahlian terbesar menjawab sesuai sejumlah 168 orang (54%) dan yang terkecil menjawab sangat tidak sesuai sejumlah 2 orang (1%).

Tabel 10. Data status pekerjaan lulusan Diploma III Keperawatan politeknik Kesehatan Denpasar periode 1988 sampai 2011.

| No | Status pekerjaan | Jumlah | % | |
|----|---------------------|-----------------|-----|----|
| 1 | Status Pegawai | Pekerja tetap | 276 | 89 |
| | | Pekerja kontrak | 32 | 11 |
| 2 | Status tempat kerja | Milik negara | 268 | 87 |
| | | Milik swasta | 40 | 13 |
| | | Milik sendiri | 0 | 0 |

Berdasarkan tabel 10 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan sebagian besar status pekerjaan lulusan sebagai pekerja tetap sejumlah 276 orang (89%) dan pekerja kontrak sejumlah 32 orang (11%), sedangkan status tempat bekerja lulusan diantaranya milik negara sejumlah 268 orang (87%), Milik Swasta sejumlah 40 orang (13%) dan tidak ada milik sendiri.

Tabel 11 Data standar pengajaran lulusan Diploma III Keperawatan poltekkes Denpasar Tahun 2011.

| No | Standar Pengajaran | Jumlah | % |
|----|--------------------|--------|-----|
| 1 | Sangat memuaskan | 35 | 12 |
| 2 | Memuaskan | 195 | 63 |
| 3 | Cukup memuaskan | 75 | 24 |
| 4 | Kurang memuaskan | 3 | 1 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 11 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan, standar kualitas pengajaran jurusan keperawatan yang terbanyak menjawab memuaskan sejumlah 195 orang (63%) dan terkecil menjawab kurang memuaskan sejumlah 3 orang (1%).

Tabel 12 Data pelayanan akademik lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar Tahun 2011.

| No | Pelayanan akademik | Jumlah | % |
|----|--------------------|--------|-----|
| 1 | Sangat memuaskan | 40 | 13 |
| 2 | Memuaskan | 177 | 57 |
| 3 | Cukup memuaskan | 88 | 29 |
| 4 | Kurang memuaskan | 3 | 1 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 12 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan, data pelayanan akademik jurusan keperawatan yang menjawab memuaskan sejumlah 177 orang (57%) dan yang menjawab kurang memuaskan sebanyak 3 orang (1%).

Tabel 13 Data layanan informasi lulusan Diploma III Keperawatan poltekkes Denpasar periode 1988 sampai 2011.

| No | Layanan Informasi | Jumlah | % |
|----|-------------------|--------|-----|
| 1 | Sangat memuaskan | 12 | 4 |
| 2 | Memuaskan | 137 | 44 |
| 3 | Cukup memuaskan | 127 | 41 |
| 4 | Kurang memuaskan | 32 | 11 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 13 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan, data layanan informasi jurusan keperawatan yang terbanyak menjawab memuaskan sejumlah 137 orang (44%) dan paling sedikit menjawab sangat memuaskan sejumlah 12 orang (4%).

Tabel 14 Data keahlian non akademis yang harus dimiliki fresh graduate lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar Tahun 2011.

| No | Kegiatan masa tunggu | Jumlah | % |
|----|--------------------------|--------|-----|
| 1 | Tambahan skill | 78 | 25 |
| 2 | Kemampuan bahasa Inggris | 147 | 48 |
| 3 | Kemampuan IT | 61 | 20 |
| 4 | Lainnya | 22 | 7 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 14 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan, kegiatan yang dilakukan selama masa tunggu dengan meningkatkan kemampuan

bahasa Inggris sejumlah 147 orang (48%) dan paling sedikit kegiatan lainnya sejumlah 22 orang (7%).

Tabel 15. Data harapan yang dibutuhkan meningkatkan kompetensi lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar periode 1988 sampai 2011

| No | Harapan meningkatkan kompetensi | Jumlah | % |
|----|---------------------------------|--------|-----|
| 1 | Pelatihan | 257 | 83 |
| 2 | Jejaring | 43 | 14 |
| 3 | Lainnya | 8 | 3 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 15 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan, harapan dari lulusan untuk meningkatkan kompetensi lulusan sebagian besar berharap jurusan lebih banyak melakukan pelatihan yaitu sejumlah 257 orang (83%) dan dengan melakukan kegiatan lainnya sejumlah 8 orang (3%).

Tabel 16. Data partisipasi alumni dalam pengembangan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar periode 1988 sampai 2011.

| No | Forum Alumni | Jumlah | % |
|----|--------------------------|--------|-----|
| 1 | Bersedia dalam kegiatan | 141 | 45 |
| 2 | Bersedia dalam kemitraan | 90 | 30 |
| 3 | Menjalin Jejaring | 77 | 25 |
| | Jumlah | 308 | 100 |

Berdasarkan tabel 16 di atas, didapatkan dari 308 orang sampel lulusan, partisipasi lulusan dalam pengembangan lulusan sebagian besar bersedia dalam kegiatan yaitu sejumlah 141 orang (45%) dan bersedia dalam kemitraan sejumlah 90 orang (30%).

Tabel 17. Data umpan balik pengguna lulusan terhadap kinerja lulusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar periode 1988 sampai 2011

| No | Umpan balik pengguna lulusan | SB | | B | | C | | TB | |
|----|----------------------------------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|---|
| | | Jml | % | Jml | % | Jml | % | Jml | % |
| 1 | Integritas (Etika dan moral) | 20 | 45 | 24 | 55 | | | | |
| 2 | Keahlian berdasarkan bidang ilmu | 16 | 36 | 26 | 59 | 2 | 5 | | |
| 3 | kemampuan bahasa inggris | 1 | 2 | 11 | 25 | 30 | 68 | 2 | 5 |
| 4 | Penggunaan teknoologi informasi | 3 | 7 | 29 | 65 | 9 | 20 | 3 | 8 |
| 5. | Kemampuan komunikasi | 16 | 36 | 24 | 54 | 4 | 10 | | |
| 6 | Kerja sama tim | 17 | 39 | 25 | 56 | 2 | 5 | | |
| 7 | Pengembangan diri | 7 | 16 | 27 | 62 | 10 | 22 | | |

Berdasarkan tabel 17 di atas, didapatkan dari 44 orang sampel umpan balik pengguna lulusan terhadap kinerja untuk integritas terdapat 20 orang sangat baik dan 24 orang menjawab baik. Untuk keahlian berdasarkan bidang ilmu terdapat 16 orang sangat baik, 26 orang baik dan 2 orang menjawab cukup. Kemampuan bahasa inggris 1 orang menjawab sangat baik, 11 menjawab baik, cukup sejumlah 30 dan tidak baik sejumlah 2. Penggunaan teknologi informasi 3 menjawab sangat baik, 29 menjawab baik, 9 menjawab cukup dan tidak baik sejumlah 3. Kemampuan komunikasi 16 menjawab sangat baik, 24 menjawab baik dan cukup sejumlah 4. Kerja sama tim 17 menjawab sangat baik, 25 menjawab baik dan 2 menjawab cukup. Pengembangan diri 7 menjawab sangat baik, 27 menjawab baik dan cukup sejumlah 10.

Berdasarkan data ordinat yang didapat pada data evaluasi kinerja lulusan D III Keperawatan oleh pengguna pelayanan kesehatan dengan 44 responden seperti pada

lampiran 4 dianalisis dengan program komputer didapat data rata-rata kinerja bernilai baik dan terbanyak juga baik seperti dalam lampiran 4.

Penelitian dilakukan terhadap 44 orang responden sebagai pengguna lulusan dan 308 sampel lulusan ini menunjukkan hasil yang bervariasi. Berikut ini akan dibahas hasil penelitian mengenai pelacakan alumni dan pendapat pengguna tentang evaluasi kinerja lulusan DIII Keperawatan di 20 pelayanan kesehatan dan satu institusi pendidikan kesehatan provinsi Bali. Lulusan diploma III keperawatan dapat bekerja di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang ada maupun di tempat lainnya. Tempat lulusan bekerja dapat di Rumah Sakit negeri maupun swasta, Puskesmas, dan diberbagai klinik kesehatan lainnya (Depkes RI, 1997). Keberadaan lulusan bekerja menurut Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN PT) selayaknya melakukan pelacakan agar diketahui keberadaan dan mutu lulusannya bekerja. Menurut BAN PT evaluasi kinerja yang diukur meliputi identitas diri data lulusan, masa tunggu mendapat pekerjaan, Kesesuaian keahlian dengan tempat kerja, penggunaan pelacakan untuk perbaikan pembelajaran, partisipasi Alumni dalam pengembangan.

Berdasarkan data didapat dari 308 sampel lulusan mayoritas memiliki masa tunggu antara 0 - 3 bulan. Untuk mendapatkan pekerjaan ini didapatkan informasi melalui sahabat atau kenalan yaitu sebesar 57%. Hal ini membuktikan para alumni sangat cepat memperoleh pekerjaan, berdasarkan kerukunan sesama profesi. Dimana hal ini dibuktikan dengan data yang menunjukkan 45% responden bersedia mengikuti kegiatan Forum Alumni, dan 30 % responden bersedia menjalin kemitraan. Menurut BAN PT data ini telah menunjukkan akreditasi dengan nilai sangat memuaskan atau nilai A. Penghasilan yang diperoleh saat baru kerja masih kecil berkisar di bawah satu juta rupiah sekitar 60 % dan hanya 1 % yang dapat gaji di atas 4 juta. Walaupun demikian saat ini gaji mengalami peningkatan yaitu sudah

mendapatkan gaji antara Rp 2.500.000 – Rp 5.000.000 mencapai 48 % tetapi yang sudah bisa mencapai gaji di atas Rp 5.000.000 hanya 3%. Angka ini berarti untuk kepentingan biaya hidup sudah mencukupi untuk hidup di Wilayah Propinsi Bali. Data kesesuaian pekerjaan dengan keahlian masih berada di posisi sesuai sejumlah 54 %,sedangkan sangat sesuai baru mencapai 42 %. Hal ini dibuktikan dengan tempat pekerjaan mereka mayoritas berada di Rumah Sakit dan Institusi Pendidikan Kesehatan, dimana berdasarkan sampel penelitian ada di 20 pelayanan kesehatan dan 1 institusi pendidikan.

Evaluasi kinerja merupakan bagian esensial dari manajemen, khususnya manajemen sumber daya manusia. Evaluasi kinerja pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui sejauh mana kadar profesionalisme karyawan. Penilaian kinerja dimaksudkan untuk menilai dan mencari jenis perlakuan yang tepat sehingga karyawan dapat berkembang lebih cepat sesuai dengan harapan. Salah satu penyebab rendahnya kinerja para karyawan Indonesia ialah evaluasi kinerja mereka tidak dilaksanakan secara sistematis dan tidak mengacu pada kaidah-kaidah sains (Wirawan, 2009). Evaluasi kinerja lulusan oleh pengguna terdiri dari integritas (etika dan moral), Keahlian berdasarkan bidang ilmu (kompetensi utama), Kemampuan komunikasi bahasa Inggris, Penggunaan teknologi informasi, Kemampuan berkomunikasi, Kerjasama tim, dan Pengembangan diri. Rata-rata kinerja lulusan Diploma III Keperawatan memiliki nilai baik dengan skor berkisar 78,30 hal ini berarti menurut BAN PT evaluasi kinerja lulusan oleh user masih bernilai baik atau nilai dalam akreditasi B. Data ini memacu lembaga pendidikan harus berbenah diri karena akreditasi Poltekkes telah mendapat pengakuan dengan akreditasi A.

SIMPULAN

Keberadaan Lulusan dilacak pada 20 institusi pelayanan kesehatan dan 1 institusi pendidikan. Masa tunggu

memperoleh kerja berkisar 0 – 3 bulan hal ini bernilai sangat baik. Kesesuaian keahlian dengan tempat kerja sudah sesuai yang bernilai 54% responden dan tempat mereka sesuai dengan profesinya sebagai perawat. Penggunaan pelacakan untuk perbaikan pembelajaran sudah memuaskan dengan nilai 63% responden. Dan memiliki harapan untuk dilakukan pelatihan berupa pelatihan berbahasa inggris sebanyak 83%. Partisipasi Alumni untuk pengembangan institusi bersedia dalam kegiatan sejumlah 45% responden. Pendapat pengguna tentang mutu kinerja lulusan oleh pengguna rata-rata bernilai baik sejumlah 78 dan nilai yang paling sering muncul adalah 77 dengan kategori baik.

DAFTAR RUJUKAN

Depkes, R I (1997). *Pedoman Administrasi Penyelenggaraan Program Pendidikan*

Dikti. 2009. Borang Akreditasi BAN PT.

Kepmendiknas. 2000. *Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia No 232/U/2000.*

Mendiknas. 2002. *Keputusan Menteri Pendidikan Nasional RI No. 004/U/2002 tentang Akreditasi Program Studi Pada Perguruan Tinggi.*

Poltekkes Denpasar Jurusan Keperawatan, 2010. *Jubelium Perak dan Reuni II.* Denpasar: Poltekkes Denpasar Jurusan Keperawatan

Sugiharto, 2005. *Antisipasi Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan Guna Mendukung Indonesia Sehat 2010. Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, I, Jakarta*

Undang-Undang RI no. 20 Tahun 2003 tentang Sistem pendidikan Nasional

Undang-Undang RI no. 12 Tahun 2012 tentang Sistem pendidikan Nasional

Wirawan. 2009. *Evaluasi kinerja Lulusan, Teori dan Aplikasi, Jakarta : Salemba Medika.*

FAKTOR RISIKO PENYEBAB TERJADINYA DERMATITIS PADA ANAK

N.L.K Sulisnadewi

I Ketut Labir

Teguh Wira Tanaya

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email: dewisulisna@yahoo.co.id

Abstract: *The Risk Factors That Causes Dermatitis To Children.* The purpose of this research is to know the causes of dermatitis among children. This research is categorised as an observational descriptive research with cross-sectional method. Then, the sampling technique used is consecutive sampling with 28 respondent. This research uses Likert Scale with 5 alternative answers in which the final scores are accumulated. From the research done, it's found that 3.6% due to food factors that cause dermatitis. There were no respondents who were very risky of inhaling Allergen and infection. Moreover, there's 17.85% due to environmental factors. Thus, the major respondents belong to environmental factors.

Abstrak: **Faktor Risiko Penyebab Terjadinya Dermatitis Pada Anak.** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah faktor penyebab dermatitis pada anak. Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional dengan metode cross sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah consecutive sampling dengan responden yaitu 28 responden. Penelitian ini menggunakan Skala Likert dengan 5 alternatif jawaban kemudian dilakukan penghitungan nilai akhir. Dari hasil penelitian terdapat 3.6% yang termasuk kategori factor makanan penyebab dermatitis, tidak ada responden yang paling berisiko akibat allergen hirup dan infeksi, dan 17.85% factor risiko akibat lingkungan penyebab dermatitis.

Kata kunci: faktor risiko, Dermatitis, anak

Dermatitis sering dikatakan kelainan kulit yang subyektif ditandai oleh rasa gatal dan secara klinis terdiri atas ruam polimorfi yang umumnya terbatas tidak tegas. Dermatitis adalah peradangan kulit (epidermis dan dermis) sebagai respon terhadap pengaruh faktor eksogen atau pengaruh faktor endogen, menimbulkan kelainan klinis berupa eflorisiensi polimorfik (eritema, edema, papul, vesikel, skuama) dan keluhan gatal (Djuanda 2007).

Di Amerika Serikat, 90% klaim kesehatan akibat kelainan kulit pada pekerja diakibatkan oleh dermatitis kontak. Antigen penyebab utamanya adalah nikel, potassium dikromat dan parafenilendiamin. Data mengenai penderita dermatitis di Indonesia belum diketahui secara pasti. Berdasarkan data di Unit Rawat Jalan Penyakit Kulit

Anak RSUD Dr. Soetomo didapatkan jumlah pasien dermatitis atopik mengalami peningkatan setiap tahunnya. Jumlah pasien dermatitis atopik baru yang berkunjung pada tahun 2006 sebanyak 116 pasien (8,14%) dan pada tahun 2007 sebanyak 148 pasien (11,05%), sedangkan tahun 2008 sebanyak 230 pasien (17,65%) (Zulkarnain, 2009). Dari data dinas kesehatan kabupaten bangli pada tahun 2009 terdapat 6.656 kasus, tahun 2010 terdapat 1.626 kasus, tahun 2011 terdapat 5.800 kasus dan tahun 2012 terdapat 829 kasus terinfeksi dermatitis. Dari hasil study pendahuluan di dapatkan hasil berdasarkan wawancara yang dilakukan pada lima belas orang tua anak yang berkunjung ke puskesmas pembantu peninjauan, enam orang tua diantaranya mengatakan anaknya terinfeksi penyakit

kulit dengan keluhan gatal gatal, kemerahan, bintik bintik. Dua orang tua anak mengatakan anaknya gatal gatal setelah mengkonsumsi makanan, tiga orang tua mengatakan anaknya gatal gatal setelah bermain di halaman sekitar rumah, dan satu orang tua mengatakan anaknya gatal gatal setelah bersentuhan dengan hewan peliharaan. Belum diketahui secara pasti factor apa yang paling berisiko menyebabkan dermatitis pada anak di Desa Peninjoan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah faktor penyebab dermatitis pada anak di wilayah puskesmas pembantu peninjoan.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional deskriptif. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Pembantu Peninjoan. Adapun pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Maret 2013. Pada penelitian ini, sampel diambil dari pasien dermatitis yang datang ke Puskesmas Pembantu Peninjoan dengan pemilihan sampel secara *consecutive sampling*. Instrumen digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan Instrumen yang lembar kuisisioner yang terdiri dari dua bagian yaitu bagian pertama tentang karakteristik responden yang mencakup jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan, sedangkan bagian kedua adalah kuisisioner yang berisikan pertanyaan mengenai faktor risiko penyebab dermatitis. Pertanyaan tersebut berbentuk pertanyaan tertutup dan menggunakan skala likert.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Responden dalam penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dengan rentang usia terbanyak 2-12 tahun. Tingkat pendidikan orang tua sebagian besar (67,85%) SMP dan sebagian besar (64,3 %) tidak bekerja.

Hasil penelitian berdasarkan pertanyaan factor penyebab dermatitis, dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Makanan sebagai Faktor yang Berisiko Terhadap Dermatitis

| No | Makanan | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|--------|----------|---------------|----------------|
| 1 | Berisiko | | |
| 2 | Cukup | 1 | 3.6 |
| 3 | Berisiko | 27 | 96.4 |
| | Kurang | 0 | 0 |
| | Berisiko | | |
| Jumlah | | 28 | 100 |

Dari table 1 di atas terdapat 19 orang (96.4%) responden yang cukup berisiko, 1 orang (3.6%) responden yang paling berisiko dan tidak ada responden yang kurang berisiko.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Alergen Hirup sebagai Faktor yang Berisiko Terhadap Dermatitis

| No | Allergen Hirup | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|--------|----------------|---------------|----------------|
| 1 | Berisiko | | |
| 2 | Cukup | 0 | 0 |
| 3 | Berisiko | 1 | 3.6 |
| | Kurang | 27 | 96.4 |
| | Berisiko | | |
| Jumlah | | 28 | 100 |

Dari table 2 di atas, 27 orang (96.4%) responden yang kurang berisiko, 1 orang (3.6%) responden yang cukup berisiko dan tidak ada responden yang paling berisiko.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Infeksi sebagai Faktor yang Berisiko Terhadap Dermatitis

| No | Infeksi | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|--------|----------|---------------|----------------|
| 1 | Berisiko | | |
| 2 | Cukup | 0 | 0 |
| 3 | Berisiko | 15 | 53.6 |
| | Kurang | 13 | 46.4 |
| | Berisiko | | |
| Jumlah | | 28 | 100 |

Dari table 3 di atas, 15 orang (53.6%) responden cukup berisiko, dan 13 orang (46.4%) responden kurang berisiko, dan tidak ada responden yang paling berisiko

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lingkungan sebagai Faktor yang Berisiko Terhadap Dermatitis

| No | Lingkungan | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|--------|-----------------|---------------|----------------|
| 1 | Berisiko Cukup | 5 | 17.85 |
| 2 | Berisiko | 23 | 82.2 |
| 3 | Kurang Berisiko | 0 | 0 |
| Jumlah | | 28 | 100 |

Dari tabel 4 di atas terdapat 23 (82.2%) responden yang cukup berisiko, 5 (17.85%) responden yang paling berisiko, dan tidak ada responden yang kurang berisiko.

Dari hasil kuesioner faktor risiko penyebab terjadinya dermatitis pada anak yang dikumpulkan terdiri dari empat kelompok pertanyaan yang mengenai factor-faktor risiko dari criteria makanan yang berisiko, allergen hirup yang berisiko, infeksi yang berisiko, dan lingkungan yang berisiko yang akan dibahas sebagai berikut:

Dari 28 responden yang diteliti didapatkan sebagian besar 19 (96.4%) responden yang cukup berisiko. Hal ini didukung oleh hasil survey yang dilakukan oleh Mahadi yang melaporkan bahwa hampir 40% bayi dan anak dengan Dermatitis Atopik mempunyai riwayat alergi terhadap makanan. (Mahadi, 2011). Penelitian Siabutar, dkk (2011) menemukan anak dengan dermatitis atopik akibat sensitisasi oleh allergen makanan lebih sering ditemukan dibandingkan allergen hirupan atau kontak. Jenis allergen makanan yang ditemukan, berturut-turut adalah maizena, putih telur, ikan tuna, ayam, terigu, susu sapi, kacang tanah, kuning telur, udang, tiram, tomat, kedelai, dan coklat.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien penderita dermatitis akibat infeksi kurang berisiko. Alergen hirup seperti tungau debu rumah berperan pada patogenesis DA, terutama pada anak; hal ini berdasarkan beberapa pengamatan klinis, uji kulit dan IgE spesifik yang tinggi serta terdapat perbaikan gejala klinis DA setelah penghindaran tungau debu rumah. Alergen makanan lebih berpengaruh pada usia bayi kurang dari 1 tahun sedangkan aeroalergen pada usia di atas 2 tahun (Siregar, 2005)

Hasil penelitian menemukan dari 28 responden yang diteliti didapatkan dari tabel faktor risiko akibat lingkungan sebagian besar (17.85%) responden yang paling berisiko, 23 (82.2%) responden yang cukup berisiko, dan tidak ada responden yang kurang berisiko. Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Chairiyah Tanjung (2006) di Kota Banyuwasin yang menyatakan bahwa 95% penderita DA mempunyai riwayat terpapar lingkungan yang tidak bersih.

Berdasarkan pertanyaan untuk masing-masing factor penyebab dermatitis pada anak, ditemukan faktor lingkungan memiliki perentase paling tinggi untuk katagori paling berisiko yaitu sebesar 17.8%, maka dapat disimpulkan faktor yang paling berisiko sebagai penyebab terjadinya dermatitis pada anak di Puskesmas Pembantu Peninjoan adalah karena faktor lingkungan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa faktor lingkungan adalah faktor yang cukup banyak berpengaruh terhadap timbulnya penyakit alergi. Faktor lingkungan yang kurang bersih berpengaruh pada kekambuhan DA, misalnya kelembaban suhu, kebersihan lingkungan walaupun secara pasti belum terbukti. Suhu yang panas, kelembaban, dan keringat yang banyak akan memicu rasa gatal dan kekambuhan DA. Di negara 4 musim, musim dingin memperberat lesi DA, mungkin karena penggunaan heater (pemanas ruangan). Pada beberapa kasus DA terjadi eksaserbasi akibat reaksi fotosensitivitas terhadap sinar UVA

(Ultraviolet Type A) dan UVB (Ultraviolet Type B) (Boediardja, 2006).

SIMPULAN

Sesuai dengan tujuan khusus dari penelitian ini dapat dibuat kesimpulan penelitian sebagai berikut: Berdasarkan dilihat dari karakteristik responden yang mengalami dermatitis pada anak ditemukan total 28 responden yaitu sebagian besar anak dengan berjenis kelamin laki laki sebanyak 19 (62.8%) responden dan berdasarkan Faktor Risiko Penyebab Terjadinya Dermatitis, dilihat dari pola makan yang berisiko terhadap dermatitis terdapat 1 (3.6%) responden yang paling berisiko. Dari allergen hirup tidak ada yang berisiko terhadap dermatitis. Dari factor infeksi tidak ada responden yang berisiko. Dan dari lingkungan yang berisiko terhadap terjadinya dermatitis responden. Maka dapat disimpulkan faktor risiko penyebab terjadinya dermatitis yang paling berisiko di Puskesmas Pembantu Peninjoan adalah factor lingkungan.

DAFTAR RUJUKAN

- Boediardja S.A., Sugito T.L., Indriatmi W., Devita M., Prihati S., 2006. *Dermatitis Atopik*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Djuanda A, Hamzah M, 2007, Ilmu *Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi
- Roesyanto. D., & Mahadi., 2009. *Peran Alergi Makanan pada Dermatitis Atopik*. FKUI. Jakarta
- Sibahutar, Sondang, Zakiudin Munasir, Aman B. Pulungan, Aryono Hendarto, Alan R. Tumbelaka, Kemas Firman. (2011). Sensitisasi allergen makanan dan hirupan pada anak dermatitis atopik. *Sari Pediatri*, Vol. 13, No. 2, Agustus 2011
- Siregar, S.P. 2005. Peran alergi makanan dan allergen hirup pada Dermatitis atopik. *Sari Pediatri*, Vol. 6, No. 4, Maret 2005: 155-158

Soebaryo R.W., 2009. *Imunopatogenesis*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.

Zulkarnain I., 2009. *Manifestasi Klinis dan Diagnosis Dermatitis Atopik*. Balai Penerbit FKUI. Jakarta. HI.

FAKTOR RISIKO TERJADINYA ANEMIA PADA IBU HAMIL

Suratiah

Nyoman Hartati

Luh Made Deprianti

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email: tiah_sur@yahoo.com

Abstract : *Description Of Risk Factors On The Occurrence Of Anemia Of Pregnant Women.* The purpose of this study is to describe the risk factors for anemia in pregnant women in South Denpasar health centers in 2013, with a descriptive method and consecutive sampling using sampling techniques, namely the selection of the sample by assigning subjects met the study criteria during the period from May to June 2013. Results of this study showed that of the 30 respondents, based on maternal age factor is most prevalent in the high-risk age groups (age <20 and >35) of 70.00%, on educational factors, a lot of the basic education (primary and secondary) is 50.00%, maternal occupational factors, most of which 56.67% working, socio-economic factors, a lot of the economy that is 66.67% lower, gravidity factors, many of which 76.67% on multigravid, gestational age factors, a lot of second-trimester ie 43.33%, the distance factor of pregnancy, many pregnancies at a distance of <2 years is 50.00%.

Abstrak : **Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia Pada Ibu Hamil.**

Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran faktor risiko terjadinya anemia pada ibu hamil di Puskesmas Sekecamatan Denpasar Selatan tahun 2013, dengan metode deskriptif dan menggunakan teknik sampling *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dalam kurun waktu Mei-Juni 2013. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 30 responden, berdasarkan faktor umur ibu banyak terjadi pada kelompok umur risiko tinggi (umur <20 dan >35) sebesar 70,00%, faktor pendidikan, banyak pada pendidikan dasar (SD dan SMP) yaitu 50,00%, faktor pekerjaan ibu, paling banyak bekerja yaitu 56,67%, faktor sosial ekonomi keluarga, banyak pada ekonomi rendah yaitu 66,67%, faktor graviditas, banyak pada multigravida yaitu 76,67%, faktor umur kehamilan, banyak pada trimester II yaitu 43,33%, faktor jarak kehamilan, banyak pada jarak kehamilan < 2 tahun yaitu 50,00%.

Kata Kunci : faktor risiko, anemia, ibu hamil

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. AKI mengacu pada jumlah kematian ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan dan nifas. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan kelima pembangunan millenium yaitu meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah

mengurangi sampai tiga per empat risiko jumlah kematian ibu atau 102 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2012).

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia tercatat masih tinggi bila di bandingkan dengan AKI di negara *Assosiation South East Asia Nations* (ASEAN) lainnya. Penyebab dari AKI dapat dibedakan menjadi dua penyebab yaitu, penyebab langsung dan tidak langsung.

Penyebab langsung tersebut di kenal dengan Trias Klasik yaitu perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Sedangkan penyebab tidak langsungnya salah satunya adalah ibu hamil menderita anemia (Hb kurang dari 11 gr %) sebanyak 40%. Kejadian anemia pada ibu hamil ini akan meningkatkan risiko terjadinya kematian ibu dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia (Kemenkes RI, 2012).

Laporan-laporan dari seluruh dunia menyebutkan bahwa frekuensi anemia dalam kehamilan cukup tinggi, terutama di negara-negara berkembang yaitu sekitar 20% dimana anemia yang paling sering terjadi selama kehamilan yaitu anemia defisiensi besi sekitar 62,3% (Mochtar, 2002).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dalam darah dibawah nilai normal (Hb < 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr% pada trimester 2) yang disebabkan karena kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan Hb tersebut. Di Indonesia sebagian besar anemia ini disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) hingga disebut anemia defisiensi besi atau anemia gizi besi. Wanita hamil merupakan salah satu kelompok yang rentan masalah gizi terutama anemia defisiensi besi (Saifuddin, 2006). Pada saat mengalami kehamilan wanita memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah janin dan plasenta. Makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan, akan kehilangan banyak zat besi dan menjadi anemis. Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya (Manuaba, 2001).

Anemia dapat mempengaruhi kehamilan karena anemia dapat menurunkan daya tahan tubuh yang berakibat kematian janin dalam kandungan, abortus, cacat bawaan, berat badan lahir rendah (BBLR). Pada persalinan, anemia dapat menyebabkan insersia uteri, ibu menjadi lemas sehingga

menimbulkan partus lama, sedangkan pada masa nifas dapat terjadi perdarahan dan pada keadaan ini tubuh tidak dapat mentoleransi seperti ibu yang sehat tidak menderita anemia. Hal ini menyebabkan morbiditas dan mortalitas serta kematian perinatal secara bermakna lebih tinggi (Manuaba, 2001).

Anemia pada ibu hamil pada umumnya disebabkan oleh perubahan fisiologis karena kehamilan yang diperberat dengan keadaan kekurangan zat gizi, vitamin B 12, asam folat dan vitamin C. Selain kebutuhan yang meningkat, faktor risiko yang menyebabkan terjadinya anemia selama kehamilan yaitu : umur ibu, pekerjaan ibu, pendidikan, sosial ekonomi keluarga, graviditas, umur kehamilan, jarak kehamilan, gizi ibu hamil, makanan, serta infeksi (Arisman, 2010).

Anemia pada ibu hamil merupakan masalah kesehatan yang dapat menimbulkan komplikasi pada ibu maupun pada janin. Di Indonesia, tercatat 63,5% ibu hamil dengan anemia (Saifuddin, 2006). Di Bali pada tahun 2011 tercatat 1130 ibu hamil dengan anemia, sedangkan di Denpasar kejadian anemia pada ibu hamil tertinggi kedua setelah kabupaten Klungkung yaitu sebesar 301 ibu hamil (Dinkes Bali, 2011).

Puskesmas adalah tempat pelayanan kesehatan paling terdepan dan terdekat dengan masyarakat, tidak hanya memberikan pelayanan kuratif, tapi juga preventif dan rehabilitatif. Salah satunya yaitu Puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Denpasar Selatan. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Denpasar tahun 2012, Puskesmas di Wilayah Kecamatan Denpasar Selatan tercatat kejadian anemia pada ibu hamil tertinggi di wilayah Denpasar yaitu 176 dari 3998 ibu hamil.

Berdasarkan paparan tersebut diatas, peneliti ingin melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Sekecamatan Denpasar Selatan Tahun 2013.

METODE

Metode pendekatan yang dilakukan adalah *cross sectional* dan dilakukan pada bulan Mei sampai Juni 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan anemia yang datang memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Sekecamatan Denpasar Selatan. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 ibu hamil dengan anemia di Puskesmas Sekecamatan Denpasar Selatan.

Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder mengenai faktor risiko terjadinya anemia pada ibu hamil. Data primer merupakan data yang langsung diperoleh dari sumber atau responden melalui kontak langsung antara peneliti dan responden. Sedangkan data sekunder yaitu data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data. Cara pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan metode wawancara yang dilakukan di Puskesmas Sekecamatan Denpasar Selatan dengan langkah-langkah: Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti melaksanakan prosedur izin penelitian, setelah izin penelitian selesai, pengumpulan data dilakukan sesuai jadwal penelitian, responden yang memenuhi kriteria inklusi diberi penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian serta dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan, responden diwawancarai dengan menggunakan pedoman wawancara, jika responden tidak datang memeriksakan kehamilannya pada kurun waktu penelitian, peneliti akan melakukan kunjungan rumah. Teknik analisa data yang dilakukan adalah menggunakan teknik analisa kuantitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Subyek penelitian ini adalah ibu hamil dengan anemia yang memeriksakan diri ke Puskesmas Sekecamatan Denpasar Selatan dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Hasil pengamatan terhadap subyek penelitian berdasarkan variabel penelitian mengenai faktor risiko terjadinya anemia pada ibu hamil. Adapun hasil

pengamatannya dapat dilihat sebagai berikut:

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden Berdasarkan Umur.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden memiliki umur < 20 tahun yaitu 11 responden (36,67%) dan responden yang memiliki umur > 35 tahun yaitu 10 responden (33,33%).

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan kelompok umur risiko tinggi (umur <20 dan >35) sebesar 21 responden (70,00%), sedangkan pada umur risiko rendah sebesar 9 responden (30,00%). Hal ini sejalan dengan pendapat Amiruddin (2004) bahwa Usia <20 tahun organ reproduksinya masih mengalami pertumbuhan dan perkembangan, kehamilan pada tahap ini secara biologis belum optimal, emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami keguncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama kehamilannya. Sedangkan pada usia > 35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa di usia ini.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umur dapat menyebabkan terjadinya anemia dalam kehamilan karena pada wanita hamil yang berumur kurang dari 20 tahun, memiliki perkembangan organ reproduksi belum optimal, sehingga secara psikologis kejiwaan masih labil yang menimbulkan komplikasi (Titiek, 1994 dalam Irwansyah, 2005). Pada umur muda mempunyai masalah kompetitif antara ibu dan janinnya, karena di umur muda kebutuhan zat besi diperlukan oleh seorang wanita untuk kematangan tubuh pada fase akhir. Jika wanita muda tersebut hamil, maka

kebutuhan zat besi akan terbagi dengan janin yang dikandungnya. Sehingga bila zat besi tidak tercukupi akan menyebabkan anemia. Selain itu pengalaman dan pengetahuan tentang persiapan dan pemeliharaan kehamilan masih rendah (Arisman, 2010).

Pada umur di atas 35 tahun, kejadian anemia disebabkan oleh adanya kemunduran terhadap fungsi faal tubuh dan munculnya kelainan degeneratif seperti hipertensi, diabetes, asam urat dan lain-lain, sehingga terjadi gangguan terhadap perdarahan serta turunnya metabolisme tubuh dan kemampuan absorpsi tubuh terhadap zat besi. Hal ini diperberat dengan interval kehamilan yang pendek dan paritas yang tinggi (Irwansyah, 2005).

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasyidah (2011) dimana didapatkan hasil pada kelompok usia reproduksi sehat (20-35 tahun) yaitu sebesar 74,4%. Kemudian untuk kelompok usia dini (10-19 tahun) dan usia risiko tinggi (> 35 tahun) memiliki persentase yang sama yaitu 12,8%.

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden Berdasarkan Pendidikan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden memiliki pendidikan dasar (SD dan SMP) yaitu 15 responden (50,00%), dan memiliki pendidikan menengah yaitu 14 responden (46,67%).

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan pendidikan dasar (SD dan SMP) yaitu 15 responden (50,00%), pendidikan menengah yaitu 14 responden (46,67%) dan responden yang memiliki pendidikan tinggi yaitu 1 responden (3,33%). Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi pengetahuan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin

tinggi pula tingkat pengetahuannya (Notoatmodjo, 2005).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan yang dijalani seseorang memiliki pengaruh pada peningkatan pengetahuan kemampuan berpikir dengan kata lain seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan dapat mengambil keputusan yang lebih rasional, umumnya terbuka untuk menerima perubahan atau hal baru dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih rendah. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah, karena keterbatasan pengetahuan dan keterampilan khususnya dalam pemeliharaan kesehatan akan menyebabkan tingginya paritas, gizi keluarga yang buruk, kurang diperhatikannya pemeliharaan dan pemeriksaan kesehatan anggota keluarga terutama ibu hamil dan bayi (Notoatmodjo, 2005).

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasyidah (2011) dimana didapatkan hasil pendidikan terakhirnya tamat SD-SMP yaitu 70%, kemudian 26,4% pada ibu yang pendidikan terakhirnya SMA, dan yang sudah kuliah hanya 0,1%.

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden Berdasarkan Pekerjaan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden responden yang bekerja yaitu 17 responden (56,67%).

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan kelompok responden yang bekerja yaitu 17 responden (56,67%) dan yang tidak bekerja yaitu 13 responden (43,33%). Arisman (2010) mengatakan bahwa semakin berat atau semakin menguras tenaga dan waktu pekerjaan seorang ibu hamil akan sangat mempengaruhi keselamatan dan kesehatan ibu hamil dan janin.

Pekerjaan terkait dengan aktivitas fisik ibu hamil. Ibu hamil sebagai pekerja dan ibu rumah tangga melakukan aktivitas fisik yang lebih banyak sehingga membutuhkan energi yang lebih besar. Energi dihasilkan dari

proses metabolisme dalam tubuh. Metabolisme tubuh pada wanita hamil meningkat hingga 15-20%, dan akan semakin meningkat bila aktivitas fisik ibu hamil semakin banyak (Wiknjosastro, 2005).

Dalam proses metabolisme dibutuhkan zat besi yang berperan dalam pusat pengaturan molekul hemoglobin sel-sel darah merah. Hemoglobin bertanggung jawab dalam pendistribusian oksigen dari paru-paru ke keseluruhan jaringan tubuh dan mengangkut elektron di dalam proses pembentukan energi di dalam sel (Siswanto, 2013). Sehingga kebutuhan zat besi pada ibu hamil yang bekerja jauh lebih besar daripada kebutuhan zat besi ibu hamil yang tidak bekerja. Apabila kebutuhan zat besi pada ibu hamil tidak optimal maka anemia dapat terjadi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Herdiani (2010) dimana didapatkan hasil bahwa mayoritas responden tidak bekerja yaitu sebanyak 88, 5% sedangkan yang bekerja 11,5%.

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden berdasarkan Sosial Ekonomi.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden yang memiliki ekonomi rendah yaitu 20 responden (66,67%).

Faktor yang berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang adalah status ekonomi, dalam hal ini adalah daya beli keluarga. Status ekonomi keluarga berguna untuk pemastian apakah ibu berkemampuan membeli dan memilih makanan yang bernilai gizi tinggi. Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan ekonomi rendah yaitu 20 responden (66,67%), dan responden yang memiliki ekonomi tinggi yaitu 10 responden (33,33%).

Arisman (2010) mengatakan bahwa kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga dan harga bahan makanan itu sendiri. Keluarga dengan

pendapatan terbatas kemungkinan besar kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya, terutama memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa karena pendapatan ibu hamil yang rendah sehingga ibu hamil kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya, karena kebutuhan gizi yang tidak optimal sehingga dapat menyebabkan terjadinya anemia.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasyyidah (2011) dimana didapatkan hasil anemia terbanyak pada ibu hamil dengan total pendapatan keluarga rendah yaitu sebanyak 53,8%, sedangkan angka kejadian anemia pada ibu hamil dengan total pendapatan keluarga tinggi sebanyak 46,2%.

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden Berdasarkan Graviditas.

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan multigravida yaitu 23 responden (76,67%), primigravida yaitu 7 responden (23,33%), dan grandemultigravida yaitu 0 responden (0%). Arisman (2010) mengatakan bahwa Ibu hamil dengan multipara lebih beresiko mengalami anemia dibandingkan dengan primipara karena pada multipara akan lebih banyak kehilangan zat besi. Makin sering ibu mengalami kehamilan sehingga makin banyak juga akan kehilangan zat besi. Jika persediaan cadangan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan zat besi di dalam tubuh dan akan menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi. Karena selama hamil zat – zat gizi akan terbagi untuk ibu dan untuk janin yang dikandungnya.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasyidah (2011) dimana didapatkan hasil yaitu kelompok terbanyak berada pada kelompok multigravida yaitu sebesar 52,6%. Kemudian diikuti kelompok primigravida yaitu 44,9%, sedangkan kelompok grandemultigravida hanya 2,6%.

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden Berdasarkan Umur Kehamilan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden yang berada dalam kelompok trimester II yaitu 13 responden (43,33%).

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden pada kelompok trimester II yaitu 13 responden (43,33%), pada kelompok trimester III yaitu 12 responden (40%) dan pada kelompok trimester I yaitu 5 responden (16,67%). Arisman (2010) mengatakan bahwa Jumlah zat besi yang dibutuhkan pada wanita hamil jauh lebih besar dari pada tidak hamil. Kebutuhan akan berbagai zat gizi termasuk zat besi pada trimester I meningkat secara minimal. Setelah itu sepanjang trimester II dan III, kebutuhan akan terus membesar sampai pada akhir kehamilan. Energi tambahan selama trimester II diperlukan untuk pemekaran jaringan ibu, yaitu penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara.

Volume darah bertambah (hiperemia/hipervolumia), sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodelusi) karena sel-sel darah tidak sebanding pertambahannya dengan plasma darah. Perbandingan penambahan tersebut adalah: plasma darah bertambah 30%, sel-sel darah bertambah 18%, hemoglobin bertambah 19% (Mochtar,1998). Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% pada trimester dua dengan puncaknya yaitu kehamilan 32 sampai 34 minggu (Wiknjosastro, 2005). Keadaan ini diperparah oleh karena pada trimester I terjadi mual muntah selama kehamilan yang mengakibatkan kurangnya pemenuhan kebutuhan zat besi yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah pada trimester

II ketika hiperemia/hipervolumia terjadi sehingga menyebabkan anemia.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasyidah (2011) dimana didapatkan hasil yaitu anemia paling sering terdapat pada kelompok trimester II yaitu sebesar 52,6%. Kemudian diikuti kelompok trimester III sebesar 37,2%, sedangkan pada kelompok trimester I sebesar 10,3%.

Gambaran Faktor Risiko Terjadinya Anemia pada Responden Berdasarkan Jarak Kehamilan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden yang memiliki jarak kehamilan < 2 tahun yaitu 15 responden (50,00%).

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden memiliki jarak kehamilan < 2 tahun yaitu 15 responden (50,00%). Menurut Ridwan Amirudin (2006) jarak kehamilan adalah waktu sejak ibu melahirkan sampai terjadi kehamilan berikutnya. Jarak kelahiran yang terlalu dekat dapat menyebabkan terjadinya anemia. Hal ini dikarenakan kondisi ibu masih belum pulih dan pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi belum optimal, sudah harus memenuhi kebutuhan nutrisi janin yang dikandungnya. Jarak kelahiran dapat menyebabkan hasil kehamilan yang kurang baik. Jarak dua kehamilan yang terlalu pendek akan mempengaruhi daya tahan dan gizi ibu yang selanjutnya akan mempengaruhi hasil produksi.

Pada trimester III kehamilan, cadangan zat besi pada ibu hamil akan berkurang dan diperlukan waktu sekitar 2 tahun untuk mengembalikan cadangan zat besi ke tingkat normal dengan syarat kondisi kesehatan yang cukup baik dan asupan gizi yang baik pula. Sehingga dianjurkan untuk memperhatikan jarak kelahiran lebih dari 2 tahun, karena dengan tenggang waktu 2 tahun diharapkan ibu dapat mempersiapkan secara dini fisik dan psikis dan memberikan kesempatan pada tubuh untuk memulihkan

kembali fungsi faal tubuh maupun anatomis (Darlina, 2003).

Dikaitkan dengan adanya janin di dalam perut, maka kecukupan zat besi akan terbagi antara ibu dan janinnya, sehingga jarak kelahiran yang pendek akan menguras cadangan zat besi dalam tubuh ibu hamil tersebut. Ibu hamil membutuhkan energi dan gizi yang lebih banyak dibandingkan yang tidak hamil, sehingga bila terjadi siklus kehamilan yang pendek pada kondisi dimana asupan gizi yang relatif tetap bahkan cenderung menurun akan menyebabkan status gizi ibu akan menjadi buruk termasuk kejadian anemia selama kehamilan (Darlina, 2003).

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nasyidah (2011) dimana didapatkan hasil yaitu ibu hamil dengan anemia paling sering terdapat pada kelompok yang hamil pertama kalinya (jarak kehamilan 0 tahun) yaitu sebesar 44,9%. Kemudian diikuti kelompok jarak kehamilan pendek (jarak kehamilan < 2 tahun) dan jarak kehamilan ideal (jarak kehamilan > 2 tahun) yaitu masing-masing sebesar 29,5% dan 25,6%.

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian mengenai faktor risiko terjadinya anemia pada ibu hamil, dapat disimpulkan yaitu: berdasarkan faktor umur ibu, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan kelompok umur risiko tinggi (umur <20 dan >35) sebesar 21 responden (70,00%), sedangkan pada umur risiko rendah sebesar 9 responden (30,00%). Berdasarkan faktor pendidikan, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan pendidikan dasar (SD dan SMP) yaitu 15 responden (50,00%), pendidikan menengah yaitu 14 responden (46,67%) dan responden yang memiliki pendidikan tinggi yaitu 1 responden (3,33%). Berdasarkan faktor pekerjaan ibu, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan kelompok responden yang bekerja yaitu 17 responden (56,67%)

dan yang tidak bekerja yaitu 13 responden (43,33%). Berdasarkan faktor sosial ekonomi keluarga, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan ekonomi rendah yaitu 20 responden (66,67%), dan responden yang memiliki ekonomi tinggi yaitu 10 responden (33,33%). Berdasarkan faktor graviditas, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden dengan multigravida yaitu 23 responden (76,67%), primigravida yaitu 7 responden (23,33%), dan tidak ada yang grandemultigravida. Berdasarkan faktor umur kehamilan, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden pada kelompok trimester II yaitu 13 responden (43,33%), pada kelompok trimester III yaitu 12 responden (40%) dan pada kelompok trimester I yaitu 5 responden (16,67%). Berdasarkan faktor jarak kehamilan, hasil pengamatan didapat bahwa kejadian anemia banyak terjadi pada responden memiliki jarak kehamilan < 2 tahun yaitu 15 responden (50,00%).

DAFTAR RUJUKAN

- Amirudin, R., 2006, *Jurnal Studi Kasus Kontrol Faktor Biomedis Terhadap Kejadian Anemia Ibu Hamil Di Puskesmas Bantimurung*, (online), available: <http://www.unhas.ac.id>, (5 Januari 2013).
- Arisman, 2010, *Gizi dalam Daur Kehidupan*, Jakarta: EGC.
- Darlina. 2003. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Anemia Gizi pada Ibu Hamil di Kota Bogor Jawa Barat. Bogor : Departemen Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, Institut Pertanian Bogor. *Skripsi FP IPB*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2011, *Laporan Kesehatan Ibu dan Anak Provinsi Bali tahun 2011*.
- Herdiani, D., 2010, *Jurnal Hubungan Anemia Dan Karakteristik Ibu Hamil Di Puskesmas Pancoran Mas, Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Pembangunan Nasional Veteran*, Jakarta, (online), available:

<http://www.library.upnvj.ac.id>, (14 Juli 2013).

Irwansyah, B., 2005, Analisis Faktor Risiko Kejadian anemia Bagi Ibu Hamil di Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, *Thesis* FKM Universitas Hasanuddin, Makassar.

Kemenkes R.I, 2012, *Buku Panduan Hari Kesehatan Nasional Ke-48 Tahun 2012*, (online), available: <http://www.depkes.go.id>, (5 Januari 2013).

Manuaba, I.B.G., 2001, *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*, Jakarta: EGC.

Mochtar, R., 2002, *Sinopsis Obstetri*, Jakarta: EGC.

Nasyidah, N., 2011, *Jurnal Hubungan Anemia Dan Karakteristik Ibu Hamil Di Puskesmas Alianyang Pontianak*, Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura. Pontianak.

Saifudin, 2006, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi I Cetakan Keempat, Jakarta ; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Siswanto, 2013, *Metabolisme Zat Besi*, (online), available: <http://www.belajar.kemdiknas.go.id>, (14 Juli 2013).

Wiknjosastro, H., 2005, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Edisi I Cetakan Keempat, Jakarta ; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) SAAT MELALUI KONDISI KRITIS

I Made Sukarja
I Wayan Sukawana
Ni Made Wedri

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar
e-mail: md_sukarja@yahoo.ac.id

Abstract: Person Living With HIV/AIDS When did Critical Condition. A phenomenology study has been conducted to explore the various experiences people living with HIV who had been treated in critical condition. The data was obtained through in-depth semistructured interview in ten participants consisted of 8 men and 2 women at Hospital X in Bandung. Interviews were recorded and then made in the form of transcript. Furthermore, the data were analyzed to identify themes about the experience of people living with HIV during a critical condition. Study result found six themes namely: 1) experiencing emotional response, 2) striving to overcome the feelings and the impact of illness, 3) closer to God, 4) undergoing destiny as Patient Living With Hiv/Aids (PLWHA), 5) has the support and prayers of people around and 6) has a hope of a cure. PLWHA are treated in a critical condition under threat of death from opportunistic infections and had the psychological burden of disease due to stigma of HIV / AIDS. This makes them slumped physically and psychologically so feel helpless.

Abstrak: Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) pada saat melalui kondisi kritis. Suatu studi fenomenologi telah dilakukan bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai pengalaman ODHA yang pernah dirawat dalam kondisi kritis. Data studi diperoleh melalui wawancara semiterstruktur secara mendalam pada sepuluh partisipan terdiri dari 8 orang laki-laki dan 2 orang wanita di Rumah Sakit X di Bandung. Wawancara direkam kemudian dibuat dalam bentuk transkrip. Selanjutnya data dianalisis untuk mengidentifikasi tema-tema tentang pengalaman ODHA saat kondisi kritis. Hasil penelitian ini mendapatkan 6 tema yaitu: 1) mengalami respon emosi, 2) berjuang mengatasi perasaan dan dampak dari penyakitnya, 3) semakin mendekati diri kepada Tuhan, 4) menjalani takdir hidup sebagai ODHA, 5) mendapat dukungan dan doa orang sekitar dan 6) memiliki harapan sembuh. ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis mengalami ancaman kematian akibat infeksi oportunistik dan mendapat beban psikologis akibat stigma buruk penyakit HIV/AIDS. Hal ini membuat mereka terpuruk secara fisik maupun psikologis sehingga mereka merasa tidak berdaya.

Kata kunci : Orang dengan HIV/AIDS, kondisi kritis

Pada dasa warsa terakhir, kasus HIV terus meningkat dan menyebar luas di seluruh dunia termasuk Asia dan Indonesia. Berdasarkan laporan Ditjen Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan (PPM & PL) Depkes RI., secara kumulatif kasus AIDS di Indonesia pada tahun 2009 mencapai 18.442 orang dan pada tahun 2010 mencapai 21.770 dengan kasus

baru 1.206 orang (Kemenkes, 2010). Dari data tersebut, Jawa Barat menempati urutan kedua dengan jumlah kasus tahun 2009 mencapai 3.233 orang dan meninggal 588 orang (18,19%) dan pada tahun 2010 mencapai 3.710 dan meninggal sebanyak 663 orang (17%). Peningkatan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Jawa Barat disebabkan oleh penggunaan napza suntik

yang tinggi. Dari 3.710 kasus, 2.695 kasus (72,6%) merupakan akibat dari penggunaan jarum suntik bersama pada pengguna narkoba (Kemenkes, 2010).

Sebagian besar ODHA menjadikan HIV/AIDS sebagai pengalaman traumatik sepanjang hidupnya. Hal ini terkait dengan beban ganda yang dihadapi oleh ODHA yaitu penyakit fisik berupa penurunan daya tahan tubuh dan stressor psikososial akibat stigma buruk dari masyarakat.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa, sebagian besar ODHA mengalami stress dan depresi pada saat pertama kali terdiagnosa HIV (Carter, 2006). Penelitian di Iran menunjukkan bahwa, mereka yang terdiagnosa HIV memberikan respon ketakutan terhadap terbukanya status dan dampak buruk dari HIV (Mohammadpour, Yekta, Nasrabadi, & Mohraz, 2009). Penelitian di Argentina menggambarkan bahwa, mereka yang hidup dengan HIV/AIDS sebagian besar memiliki respon penolakan atau menutup diri dan diam.

Kurang maksimalnya penanggulangan HIV/AIDS memberikan dampak buruk pada sebagian penderita yang kurang mendapat akses pelayanan. Sebagian penderita jatuh pada kondisi kritis akibat mengalami infeksi oportunistik seperti pneumonia, diare yang berkepanjangan dan penurunan kesadaran. Penderita yang mengalami kekurangan oksigen, kehilangan cairan dan elektrolit serta gangguan kesadaran merupakan ancaman serius terhadap keselamatannya (Chulay & Burns, 2006), sehingga membutuhkan pelayanan intensif dengan pengawasan yang ketat serta pendekatan multidisiplin profesi kesehatan (Selwyn, 2005).

ODHA yang dirawat di ruang intensif sebagian besar (84%) karena mengalami *pneumocystis carinii pneumonia* (Masur, 2002), mengalami *respiratory failure* 47%, *sepsis* 12% dan *neurologic disease* 11% (Nickas & Wachter, 2000). Selama perawatan di ruang intensif, penderita mendapat berbagai jenis pelayanan/tindakan yaitu sebagian besar (87%) mendapatkan

bantuan ventilator mekanik dan 78 % tetap mendapatkan obat antiretroviral (Dickson, Batson, Copas, Singer, & Miller, 2007).

Pengalaman ODHA pada saat dirawat dalam kondisi kritis sangat dipengaruhi oleh kegagalan beradaptasi terhadap penyakit, lingkungan dan stress terhadap ancaman kematian yang tinggi (Sole, Klein, & Mosely, 2009). Pengalaman ODHA juga terkait dengan interaksi petugas dengan penderita. Beberapa hasil penelitian menunjukkan perilaku buruk perawat dalam perawatan penderita AIDS. Penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa, perawat sering menghindari kontak dengan penderita dan jarang memberikan pendidikan kesehatan (Oyeyemi A., 2005). Kondisi yang sama terjadi di Uganda, Brazil dan Bosnia, sebagian perawat takut bersentuhan dengan penderita AIDS dan kurang memberikan pendidikan kesehatan dengan alasan keterbatasan sarana/alat (Fournier, Walter, Judy, & Mariam, 2007).

Pengalaman ODHA pada saat kritis sangat didasari oleh prognosis yang buruk. Angka kematian penderita HIV/AIDS yang dirawat di ruang intensif mencapai 83% (Smith, Levine, & Lewis, 1989). Di Amerika, angka kematian penderita AIDS yang dirawat *di intensif care unit* (ICU) mencapai 50% - 60% (Kollef, Bedient, & Isakow, 2008). Dari seluruh penderita yang melewati fase kritis, 27% mampu bertahan hidup selama 1 tahun, 18% mampu bertahan hidup dalam 2 tahun, 13% mampu bertahan hidup 3 tahun dan 11% yang bertahan lebih dari 4 tahun (Nickas & Wachter, 2000).

Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut: "Bagaimanakah pengalaman ODHA pada saat melalui kondisi kritis akibat AIDS di rumah sakit?". Penelitian ini bertujuan untuk mengungkap dan memahami pengalaman ODHA pada saat dirawat dalam kondisi kritis. Dengan metode kualitatif, peneliti berharap dapat mengeksplorasi dan menggali pengalaman ODHA pada saat kondisi kritis dengan ancaman kematian

karena kegagalan multiorgan, masalah psikososial maupun spiritual.

METODE

Studi ini mempelajari pengalaman ODHA pada saat dirawat dalam kondisi kritis. Studi ini menitikberatkan pada arti dan makna yang didasari oleh adanya respon fisik, psikologis, social dan spiritual yang terjadi saat kondisi kritis. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang berfokus pada kedalaman proses dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

Partisipan pada penelitian ini adalah ODHA yang berkunjung di Poliklinik Teratai Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. Perekrutan partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu pengambilan partisipan didasari pada pertimbangan yang dibuat oleh peneliti. Kriteria inklusinya meliputi: 1) ODHA pernah dirawat di rumah sakit karena mengalami kondisi kritis, 2) Mampu berkomunikasi dengan Bahasa Indonesia, 3) Penderita yang mengatakan masih mengingat pengalaman masa lalu yang berkaitan dengan perawatan pada saat kondisi kritis.

Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara semiterstruktur dengan wawancara yang mendalam (*in depth interview*). Wawancara diawali dengan pertanyaan terbuka tentang pengalaman yang dialami selama dirawat dalam keadaan kondisi kritis. Selanjutnya berupa pertanyaan yang mengklarifikasi terhadap pernyataan partisipan. Pertanyaan susulan juga bertujuan untuk memperjelas dan menfokuskan jawaban dari partisipan agar peneliti mendapat gambaran tentang tema-tema yang mungkin muncul. Pertanyaan susulan berupa perubahan-perubahan yang dialami, teknik menghadapi perubahan, kesulitan yang dihadapi, makna dari status kesehatan yang sedang dialami dan dukungan yang telah didapat. Wawancara diakhiri setelah tidak ditemukan lagi informasi baru dari

partisipan. Sebelum mengakhiri wawancara, peneliti melakukan terminasi dengan mengevaluasi kembali dan mengklarifikasi setiap ungkapan bermakna dari partisipan untuk menghindari kekeliruan. Teknis analisa data meliputi kegiatan pre analisis dan interpretasi. Peneliti menggunakan analisis tematik untuk mengidentifikasi tema yang muncul dari transkrip berdasarkan hasil wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada sepuluh partisipan dengan mayoritas laki-laki sebanyak 8 orang dan 2 orang perempuan dengan umur rata-rata 31,5 tahun. Latar belakang pendidikan DIII 2 orang, SMA 6 orang dan SMP 2 orang. Pekerjaan partisipan bervariasi yaitu pedagang 5 orang, sopir 2 orang, penjaga warnet 2 orang dan PNS 1 orang. Status perkawinan partisipan sebanyak 0 orang telah menikah dan 1 orang belum menikah. Partisipan dirawat dan mengalami kondisi kritis dengan diagnosa TBC paru 6 orang, infeksi toxoplasma serebri 3 orang dan 1 orang karena mengalami bronchitis disertai TBC.

Kondisi ODHA yang kritis memberikan beban tambahan yang serius dan mendekatkan mereka dengan ancaman kematian. Berdasarkan kerangka kerja *stage of dying* oleh Kubler-Ross (1969) dalam Kozier, et al. (2010), bahwa tahapan penyesuaian emosi berhubungan dengan berduka pada setiap individu yang merasa kehilangan dapat berupa penolakan, kemarahan, depresi, penawaran dan penerimaan. Proses kehilangan pada ODHA merupakan kehilangan hidup karena dinyatakan dalam penyakit yang sudah tidak ada harapan untuk sembuh atau hidup (Nevid et al., 2005). Respon emosi yang dialami oleh ODHA meliputi marah dan kaget, malu dan minder bila orang lain tahu status, cemas dan stress, putus asa dan segera ingin mati dan menerima dan pasrah dengan penyakitnya.

Rasa marah sebagai stressor sering membuat mereka labil dan tidak dapat mengontrol diri sendiri. Marah yang terjadi

pada ODHA jika mengingat kenyataan statusnya dan penyebab penyakitnya adalah dirinya sendiri. Salah seorang partisipan mengungkapkan, “*Ada rasa marah terhadap diri sendiri, saya kadang marah, menangis*”(P8). Partisipan yang lain mengungkapkan marah pada orang lain, “*saya sempat marah-marrah waktu itu, marah terus sama petugasnya*” (P1). Marah yang dialami oleh ODHA dapat disertai dengan penolakan terhadap kondisi yang dialami. Salah satu partisipan mengungkapkan, “*saya merasa was-was dan stress pak, kaget juga, gak terima lah*” (P9).

Pada fase ini, ODHA mempertahankan kehilangan dan mungkin bertindak lebih agresif dari biasanya. Hal ini merupakan salah satu koping untuk menutupi perasaan kecewa dan merupakan manifestasi dari kecemasan menghadapi kehilangan. Hal ini ditunjang oleh penelitian, bahwa stress yang berat memiliki konsekuensi terhadap berbagai respon tubuh seperti pikiran yang tidak wajar, marah, takut, berontak dan menghindari kenyataan (Nevid, Rathus, & Greene, 2005).

ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis menunjukkan kegelisahan dan ketakutan terhadap ancaman kematian. Kecemasan yang dialami ODHA juga disertai dengan perasaan dan pikiran yang tidak menentu, seperti diungkapkan oleh partisipan 3, “*Saya sering minder pak, pikiran gak bisa tenang, habis dibilangin kalau sudah kena penyakit kayak gini kan gak bisa sembuh katanya, saya hanya pikirkan bagaimana kelanjutan dri hidup saya*”. Cemas dan stres yang dirasakan oleh ODHA sangat berkaitan dengan dampak dari penyakit AIDS yang buruk, seperti diungkapkan oleh partisipan 8, “*waktu itu saya cemas, takut gak sembuh-sembuh, gak punya masa depan lagi*”. Pada saat keadaan tertekan, ODHA menjadi tidak berdaya untuk mengubah keadaan yang sedang dihadapi, sehingga mereka berusaha mendapat kenyamanan dengan bantuan orang lain (*seeking social support*).

Stigma buruk yang dirasakan oleh ODHA semakin membuat mereka tertekan dan terisolasi terutama ketakutan untuk membuka status terutama berhubungan dengan pekerjaan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 3, “*justru saya malu dengan teman di kantor*”. Ketakutan juga karena mereka mengetahui bahwa AIDS merupakan akibat dari perilaku buruk khususnya terkait dengan perilaku seksual dan narkoba, seperti diungkapkan oleh partisipan 1, “*malu setengah mati, penyakit ini kan sudah dicap oleh masyarakat istilahnya negong gitu, saya malu dan minder pak, kalo boleh jangan sampe orang lain tau kalo saya kena penyakit kayak gini*”.

Perasaan takut terbukanya status merupakan koping, namun juga merupakan tekanan bagi mereka (Durand & Barlow, 2006). Tekanan psikis yang berkepanjangan menyebabkan ODHA semakin terisolasi dan kurang terbuka terhadap orang lain sehingga jatuh pada depresi dan sekitar 50%-60% ODHA yang dewasa mengalami depresi yang kronis (Kimberly, 2006).

Diungkapkan depresi pada ODHA menunjukkan ketidakberdayaan menghadapi kondisi yang semakin parah. Salah satu partisipan mengungkapkan, “*waktu itu saya lebih banyak diam, jadi males aja, gak ada gairah ngapain-ngapain*” (P4). Hasil penelitian ini didukung oleh penemuan Brown (2001), bahwa keluhan yang diungkapkan oleh partisipan tersebut menunjukkan bahwa depresi dapat ditunjukkan dengan reaksi diam yang mengarah pada reaksi penolakan.

Depresi yang berkepanjangan dapat menyebabkan ODHA menjadi putus asa dengan adanya keinginan menghakhiri hidupnya. Seperti diungkapkan oleh partisipan 8, “*saya sering menangis, pernah saya ingin mati karena penyakit saya sulit sembuh*”. “*Sepertinya udah mau mati rasanya, saya pasrah, mungkin ini waktunya saya...sepertinya hidup saya gak ada gunanya lagi, umur saya kan masih muda*” (P2). Beberapa peneliti melaporkan bahwa lebih tingginya tingkat symptom depresi pada ODHA karena perkembangan yang

cepat dari AIDS dan buruknya pertahanan tubuh yang dimiliki oleh ODHA (Nevid, et al., 2005). Depresi yang dirasakan oleh ODHA yang kritis merupakan dampak dari ketidakmampuan menghadapi stress yang semakin berat (Wangsadjaja, 2008).

Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa penyakit yang dialami sekarang adalah takdir. Seperti diungkapkan oleh partisipan 3, "*mungkin ini sudah takdir harus dijalani, terus dibalikin gemana gitu, ya kita terima aja*". Ungkapan tersebut didasari oleh keyakinannya, bahwa bahwa Allah telah menciptakan segala sesuatunya dan sesungguhnya telah menetapkannya (takdirnya). Takdir sebagai tanda dari kekuasaan Tuhan yang harus diimani dan telah terjadi sehingga harus dijalani dan dihadapi. Seperti yang terjadi di Suriah, bahwa penyakit HIV/AIDS ditetapkan sebagai takdir Tuhan. Pandangan ini untuk membebaskan ODHA dari diskriminasi yang diperjuangkan oleh seorang dokter, bahwa ODHA bukanlah pelaku kriminal tetapi seorang pasien yang membutuhkan bantuan medis (Anderson, 2010).

Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa penyakitnya merupakan hukuman atas perbuatannya. Hal ini diungkapkan oleh sebagian partisipan 6, "*penyakit ini kan hasil perbuatan saya yang dulu pernah saya lakukan, jadi saya yang harus menerimanya*". "*Mungkin ini dosa-dosa yang pernah saya lakukan dulu, ya...seperti hukuman begitu*"(P10). ODHA menganggap AIDS merupakan hukuman dari Tuhan karena penderita melakukan hubungan seksual di luar lembaga perkawinan dan mereka menyesali perbuatannya dan memohon ampunan agar tetap diberi kekuatan. Salah satu partisipan mengungkapkan, "*kita tak perlu saling menyalahkan orang lain, kita yang berbuat jadi kita yang harus menanggung dosanya, tapi Tuhan adalah lautan pemaaf, yang penting kita bertobat, ikhtiar, Allah pasti memaafkan*". Kekuatan spiritual yang dimiliki oleh partisipan, membantu mereka

menerima kenyataan yang sedang dialaminya sebagai ujian dari Sang Pencipta.

Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa pada saat dirawat, mereka menyerahkan semua keadaannya kepada Tuhan dengan berdoa memohon kekuatan dan pengampunan. Doa yang dilakukan ODHA dalam kondisi kritis ada yang bersifat spontan ketika saat masuk ruangan perawatan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 1, "*Saya langsung berdoa, minta kesembuhan, Ya Allah...saya ingin hidup lagi*". Berdoa juga untuk memohon kekuatan seperti diungkapkan oleh partisipan 8, "*saya sering berdoa, kalau saya gak bisa sembuh biar diambil saja, kalau Allah masih mengijinkan saya untuk sembuh, supaya diberikan kekuatan, ya...sampai sekarang kondisi saya lumayan*". Berdoa bertujuan untuk mendapatkan pengampunan, mencapai pengalaman spiritual dan menemukan makna dalam kehidupan yang dihadapi. Konsep berdoa yang dijalani oleh ODHA memungkinkan untuk mengintegrasikan spiritual ke dalam kehidupan dirinya (Kimberly, 2006).

Konflik perasaan yang dirasakan oleh ODHA berkaitan dengan tanggung jawabnya terhadap keluarga khususnya keberadaan anak-anaknya. Seperti diungkapkan oleh partisipan 1, "*hanyalah melawan perasaan, saya sangat sayang sama anak, tapi saya putuskan gak mau ketemu dia sebelum saya sembuh*". Ancaman kematian sering kali muncul sehingga menimbulkan repon kognitif yang ditunjukkan dengan pikiran yang kacau (Wangsadjaja, 2008).

Konflik perasaan yang dirasakan oleh ODHA juga dipengaruhi oleh kecemasan terhadap penyakitnya, seperti diungkapkan oleh partisipan 3, "*cuma pikiran tak bisa tenang, habis dibilangin kalau sudah kena penyakit kayak gini kan gak bisa sembuh katanya, saya hanya pikir bagaimana kelanjutan hidup saya*". Konflik perasaan sangat dihantui oleh prognosis AIDS yang

dekat dengan kematian seperti diungkapkan oleh partisipan 4, "*kadang-kadang ibu juga ada pikiran buruk, mungkin umur hidup (akan pendek)*".

ODHA yang berada dalam kondisi putus asa membutuhkan dukungan agar dapat bangkit kembali. Sebagian besar partisipan mengungkapkan bahwa mereka mendapat dukungan keluarga, petugas rumah sakit, teman dekat dan tokoh agama. Seperti diungkapkan oleh partisipan 6, "*dorongan anak dan istri, doa dari istri dan keluarga saya rasakan sebagai obat nomer berapalah, walaupun sudah pasrah dukungan keluarga sangat penting*". Keluarga yang paling diharapkan untuk mendampingi selama ODHA dirawat dalam kondisi kritis adalah orang terdekat yaitu istri. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan 10 "*selama dirawat saya dikuatkan oleh istri dan keluarga saya, dia selalu menunggu saya*".

Keterlibatan keluarga sangat penting untuk mengurangi stigma yang dirasakan oleh ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis, karena keluarga paling mengerti keadaan emosional penderita, mengerti kebutuhan dan memberikan kenyamanan (Laura Nyblade, 2009). Di samping keluarga, petugas rumah sakit khususnya perawat memiliki peranan penting dalam mengembalikan rasa percaya diri ODHA. Sebagian besar partisipan mengatakan bahwa dukungan petugas rumah sakit dirasakan sangat membantu membangkitkan motivasi hidupnya. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan 7, "*salau petugas rumah sakit sekarang sudah baik pak, dulu penyakit HIV dirawat di dalam goa-goa kayak gitu, tapi sekarang sudah dirawat seperti di rumah gitu, sering member penjelasan dan menepuk-nepuk saya*". Penerapan manajemen keperawatan yang efektif, perawat memahami kebutuhan ODHA, menyediakan pelayanan yang prima dan meningkatkan kepatuhan program pengobatan (Kimberly, 2006).

Dukungan keluarga dan petugas kesehatan belum cukup untuk membangkitkan motivasi ODHA yang

dirawat dalam kondisi kritis. Pendekatan multi aktor juga dibutuhkan oleh ODHA yang sedang mengalami tingkat depresi kronis (Helene & Ricardo, 2006). Dukungan teman dekat juga dirasakan penting oleh ODHA yang dirawat dalam kondisi kritis. Hal ini diungkapkan oleh partisipan 6, "*dukungan orang-orang terdekat, teman-teman*". Salah satu partisipan mengatakan bahwa bantuan orang pintar melalui doanya juga dirasakan sangat membantu meningkatkan rasa percaya dirinya, seperti diungkapkan oleh partisipan 3, "*ini kan aib pak, terus dibangkitkan lagi oleh orang pintar gitu...kayak Ustad*".

Dukungan yang telah didapatkan dari berbagai pihak, membuat ODHA yang kritis memiliki motivasi yang tinggi untuk mencapai kesembuhan. Salah satu partisipan mengungkapkan, "*walaupun saya lagi tak berdaya begitu..., saya ingin sembuh juga, saya ingin sembuh supaya bisa jalan lagi, saya ingat sama keluarga*" (P2). Motivasi yang timbul dari dalam diri ODHA juga dibangkitkan karena mereka sadar, bahwa AIDS akan bangkit kalau kondisinya menjadi lemah. Kesadaran ini memunculkan upaya untuk meningkatkan pertahanan tubuh melalui kebangkitan rasa percaya diri. Hal ini diungkapkan oleh partisipan 7, "*saya akan melawan, kalau kita putus asa kita tak bisa sembuh pak, saya ingin sembuh dan tidak ada untungnya kalau kita menyerah*".

ODHA yang memiliki motivasi tinggi seiring dengan timbulnya harapan untuk sembuh. Harapan dapat memberikan kekuatan untuk hidup dan membawa seseorang dalam masa-masa sulit. Harapan memberi konskuensi munculnya keinginan, kesenangan dan kehidupan. Menurut Kylma (2006), harapan mengisyaratkan bahwa seseorang telah mengakui kemungkinan untuk membangun suatu hal yang baru. Harapan juga dapat memberikan kepercayaan bahwa mereka akan hidup layak di masa yang akan datang.

SIMPULAN

Beban ganda yang dihadapi oleh ODHA menyebabkan mereka merasa

terganggu secara psikologis seperti marah dan kaget, malu dan minder terhadap orang lain, cemas dan stress terhadap dampak buruk penyakitnya, putus asa dan ingin segera mati, menerima dan pasrah terhadap kondisi yang ada. Mereka harus menerima kenyataan dengan menjalani takdir hidup sebagai ODHA dan selalu berjuang melawan perasaan buruknya akibat ancaman kematian.

Tekanan dan ketidakberdayaan sebagai ODHA yang kritis, mereka membutuhkan dukungan dari berbagai pihak seperti keluarga, petugas kesehatan, teman dekat dan tokoh agama untuk mengurangi beban baik fisik maupun psikologis. Dukungan yang mereka dapatkan sangat efektif membangkitkan kembali harapan hidupnya yang hancur dan pupus akibat AIDS.

DAFTAR RUJUKAN

- Anderson, R. 2010. Di Suriah, AIDS adalah Takdir Tuhan. *Journal*. Retrieved from <http://www.rnw.nl/bahasa-indonesia/article/di-suriyah-aids-adalah-takdir-tuhan>
- Beanland, C., Wood, G. L., & Haber, J. 2005. *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilisation*. Philadelphia: Mosby.
- Carter, M. 2006. Depression and HIV/AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 825-834.
- Chulay, M., & Burns, S. M. 2006. *Essentials of Critical Care Nursing*. USA: The McGraw Hill Companies.
- Dickson, Batson, Copas, Singer, & Miller. 2007. Survival of HIV Infected Patients in the Intensive Care Unit in the area of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Thorax*, 62, 964-968.
- Durand, M., & Barlow, D. H. 2006. *Psikologi Abnormal* (H. P. Soetjipto & S. M. Soetjipto, Trans. Keempat ed.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Fournier, B., walter, K., Judy, M., & Mariam, W. 2007. Nursing Care of AIDS PATient in Uganda. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 253.
- Helene, L., & Ricardo, Z. 2006. Sociopolitical Determinant of an AIDS Prevention Program: Multiple Actors and Vertical Relationships of Control and Influence. *Policy, Politics 7 Nursng Practice*, 7, 125.
- Kemenkes, R. I. 2010. *Laporan Triwulan Situasi Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia sd 30 Juni 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kimberly, P. 2006. Nursing Care Management of Older Adults With HIV/AIDS and Chronic Depression. *Care Management Journals, Volume 7*, 115-120.
- Kollef, M. H., Bedient, T. J., & Isakow, W. 2008. *The washington Manual of Critical Care*. Philadelphia: Lippincort Wllialms & Wilkins.
- Laura Nyblade, A. S., Ellen Weiss and Asbhurn Kim. 2009. Combating HIV Stigma in Health Care Setting: What Works? *Journal of the International AIDS Society*, 12, 15.
- Masur, H. 2002. Acquired Immunodeficiency Syndroma in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 258-259.
- Mohammadpour, A., Yekta, Z. P., Nasrabadi, A. R. N., & Mohraz, M. 2009. Coming to Terms With a Diagnosis of HIV in Iran: A Phenomenological Study. *The Assosiation of Nurses in AIDS Care*, 20, 249-259.
- Moleong, L. J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Edisi Revisi ed.). Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. 2005. *Psikologis Abnormal* (J. Murad, A. Gianjar, A. S. Basri, K. Poerwandari, S. Musabia, F. Nurwianti, I. S. Hutauruk, F. Fausiah, D. Oriza & D. R. Bintari, Trans. Edisi 5 ed.). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Nickas, G., & Wacher, R. M. 2000. Outcomes of Intensive Care for Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch Intern Med*, 160, 541-547.

- Oyeyemi A., O. B., and Bello I. 2005. Caring for Patients Living with AIDS: Knowledge, Attitude and Global level of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 53(Issue and Innovation in Nursing Practice), 196-204.
- Pecheny, M., Manzeli, H. M., & Jones, D. E. 2007. The Experience of Stigma: People Living HIV/AIDS and Hepatitis C In Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 17-30.
- Selwyn, P. A. 2005. Palliative Care for Patients With HIV/AIDS. *Journal of Palliative Medicine*, 8(Palliative Care Review).
- Smith, R., Levine, S., & Lewis, M. 1989. Prognosis of Patients with AIDS Requiring Intensive Care. *CHEST Journal*, 96, 857-861.
- Sole, M. L., Klein, D. G., & Mosely, M. J. 2009. *Critical Care Nursing*. USA: Saunders.
- UNAIDS. 2010. *Global Report: UNAIDS Report On The Global AIDS Epidemic 2010*: WHO Library Cataloguing.
- Wangsadjaja 2008. Stress. *Journal*. Retrieved from <http://rumahbelajarpsikologi.com/index.php/stress.htm>

DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN BEROBAT KLIEN SKIZOFRENIA

I Dewa Ayu Anom Widani

I Gede Widjanegara

I Ketut Gama

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

E-mail: Wijanegara igede.@yahoo.com

Abstract: Support Family With Clients Schizophrenia Treatment Compliance. This study aims to determine the relationship of family support with client schizophrenia treatment compliance. This research is a descriptive study Correlation, with a cross-sectional approach. Study is a place Polyclinic Mental Hospital Province Bali, in May 2013, with 106 respondents. The instrument used in this study is a questionnaire family support and treatment compliance. The research found that schizophrenic clients that support family obtain as much as 49 people (46.2%) categorized both the client and the treatment compliance of schizophrenia found as many as 59 people (55.7%) categorized obedient. There is a significant relationship with the family support clients schizophrenia treatment compliance ($p = 0.000$).

Abstrak: Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Berobat Klien Skizofrenia . Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia . Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi, dengan pendekatan cross-sectional. Studi adalah tempat Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, Mei 2013, dengan 106 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dukungan keluarga dan kepatuhan pengobatan. Penelitian ini menemukan bahwa klien skizofrenia yang mendukung keluarga memperoleh sebanyak 49 orang (46,2%) dikategorikan baik klien dan kepatuhan pengobatan skizofrenia ditemukan sebanyak 59 orang (55,7%) dikategorikan taat. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia ($p = 0,000$).

Kata kunci: dukungan keluarga, kepatuhan berobat, Skizofrenia.

Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Klien tidak punya kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal (Ingram, dalam Anna, 2012). Skizofrenia terbentuk secara bertahap di otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya (Yosep, 2009).

Studi Bank Dunia pada tahun 2005 di beberapa negara menunjukkan bahwa hari-hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* sebesar 8,1%

dari *Global Burden of Disease*, disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dari pada dampak yang disebabkan penyakit Tuberculosis (7,2%), Kanker (5,8%), Penyakit Jantung (4,4%) maupun Malaria (2,6%). Tingginya masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat.

Menurut *World Health Organization (WHO)*, masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO menyatakan

paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental, diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (Prasetyo, dalam Anna, 2012). (Inggram, dalam Anna, 2012), memperkirakan resiko skizofrenia pada suatu waktu tertentu 0,5-1%. Sekitar 15% klien yang masuk rumah sakit jiwa merupakan klien skizofrenia, 45% populasi rumah sakit jiwa adalah klien skizofrenia dan sebagian besar klien skizofrenia akan tinggal dirumah sakit untuk waktu yang lama.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang harus ditangani dengan tepat dan benar. Akibat kurangnya pengetahuan mengenai skizofrenia, dapat menyebabkan timbulnya pengertian yang salah dipihak keluarga maupun lingkungan sekitarnya sehingga menyebabkan pengobatannya berlangsung lebih lama. Masalah ini dapat menyebabkan kebingungan keluarga mencari bantuan yang tepat untuk pengobatan skizofrenia (Benhar, 2007 dalam Anna, 2012). Klien skizofrenia sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan dengan penyakit medis lainnya. Mereka sering mendapatkan perlakuan yang tidak manusiawi, misalnya perlakuan kekerasan, diasingkan, diisolasi atau dipasung. Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota masyarakat mengenai skizofrenia sehingga menyebabkan klien yang sudah sembuh memiliki kecenderungan untuk mengalami kekambuhan lagi sehingga membutuhkan penanganan medis dan perlu perawatan di rumah sakit jiwa lagi. Oleh sebab itu, peranan keluarga sangat dibutuhkan dalam mengantisipasi kekambuhan klien dengan cara membawa klien kontrol berobat secara teratur ke pelayanan kesehatan terdekat (Sumampow, dalam Anna, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Siahaan (2012) tentang dukungan keluarga pada klien skizofrenia didapatkan bahwa dari 30 responden

responden, sebanyak 10 responden (33,3%) dengan katagori baik, sebanyak 17 responden (56,7%) dengan katagori cukup, dan sebanyak 3 responden (10%) dengan katagori kurang. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga dikatagorikan cukup, dukungan keluarga pada klien skizofrenia mempunyai peranan yang sangat penting terhadap proses penyembuhan klien, khususnya terhadap kepatuhan kontrol klien.

Keluarga merupakan unit paling dekat dengan klien dan merupakan perawat bagi klien dirumah. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan klien dirumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan dirumah yang kemudian mengakibatkan klien harus di rawat kembali atau kambuh (Keliat, 2006). Keluarga berperan membantu perawatan klien di rumah, sebagai salah satu fungsi keluarga yaitu perawatan kesehatan. Adapun fungsi keluarga yaitu: fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi perawatan kesehatan, fungsi ekonomi, fungsi biologis, fungsi psikologis dan fungsi pendidikan (Friedman, dalam Achjar, 2010). Dukungan dari anggota keluarga merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidakpatuhan (Niven, 2004).

Kepatuhan adalah faktor yang menentukan efektifitas dari pengobatan. Kepatuhan yang buruk akan membuat dampak ganda dalam arti mengeluarkan banyak dana dan memperburuk kualitas hidup klien. Bagi klien, ketidakpatuhan berobat mengakibatkan kegagalan dalam pengobatan dari sudut pandang ekonomi kesehatan, karena dapat meningkatkan biaya berobat yaitu dengan mahalnya harga obat pengganti dan lamanya perawatan dirumah sakit atau hospitalisasi (Sackett, 1976 dalam Keliat, 2006). Hasil penelitian terdahulu yang dilaksanakan oleh Aryani (2003) mengenai hubungan faktor internal dan

eksternal keluarga terhadap kepatuhan berobat klien skizofrenia di poliklinik dewasa RSJP Prof. HB. Sa'anin Padang, menyimpulkan bahwa kepatuhan klien skizofrenia untuk melakukan kontrol berobat ke Rumah Sakit HB. Sa'anin Padang sebanyak 47,1%, sedangkan yang tidak patuh melakukan kontrol sebanyak 52,9%. Klien skizofrenia yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah yang lebih baik secara maksimal, sehingga klien skizofrenia akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal. Dengan dukungan keluarga yang seimbang bagi klien skizofrenia sangat diharapkan agar dapat meningkatkan keinginan untuk sembuh dan memperkecil kekambuhannya. Dukungan keluarga yang meningkat akan meningkatkan kepatuhan dari klien untuk berobat, karena klien merasa mendapat dukungan moral yang sangat berarti bagi dirinya untuk menjalani pengobatan yang sedang dijalaninya.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, pada bulan Oktober 2012 dari 30 orang klien skizofrenia yang harus menjalani rawat jalan, hanya sebanyak 14 orang (46,7%) yang patuh berobat jalan dan sebanyak 16 orang (53,3%) yang tidak patuh berobat jalan ke Poliklinik RSJ Provinsi Bali setiap obat habis. Klien yang patuh berobat sebanyak 14 orang, didapatkan sebanyak 10 orang (71,4%) yang selalu mendapat dukungan yang positif dan sebanyak 4 orang (28,6%) yang kurang mendapat dukungan dari keluarga, dan dari 16 orang klien yang tidak patuh berobat, sebanyak sebanyak 4 orang (25%) yang selalu mendapat dukungan yang positif dari keluarganya, sedangkan sebanyak 12 orang (75%) kurang mendapat dukungan dari keluarganya.

METODE

Jenis pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif *corelation*, yaitu mengetahui hubungan yang terjadi pada suatu fenomena.

Pendekatan yang digunakan adalah dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan (sekali waktu) antara faktor risiko atau paparan dengan penyakit.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteritik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi pada penelitian ini adalah semua klien skizofrenia yang kontrol di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, dengan jumlah klien skizofrenia yang rawat jalan di poliklinik selama 1 bulan rata-rata 145 orang.

Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini dilakukan dengan cara *non probability sampling* yaitu *consecutive sampling*, dimana pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden pada penelitian ini meliputi: umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan, selengkapnya seperti pada uraian berikut:

Karakteristik responden berdasarkan umur dijelaskan seperti pada tabel 1 berikut:
Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan umur

| No | UMUR | FREKUWENSI | |
|----|--------|------------|-------|
| | | n | % |
| 1 | 21-30 | 12 | 11,32 |
| 2 | 31-40 | 31 | 29,25 |
| 3 | 41-50 | 49 | 46,22 |
| 4 | >50 | 14 | 13,21 |
| | Jumlah | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 1, didapatkan bahwa sebagian besar responden berusia 41-50 tahun, yaitu sebanyak 49 orang (46,2%).

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, dijelaskan seperti pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

| No | JENIS KELAMIN | FREKUWENSI | |
|----|---------------|------------|-------|
| | | n | % |
| 1 | Laki-laki | 58 | 54,72 |
| 2 | Perempuan | 48 | 45,28 |
| | Jumlah | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 2, didapatkan bahwa sebagian besar responden laki-laki, yaitu sebanyak 58 orang (54,7%).

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan, dijelaskan seperti pada tabel 3 berikut:

Tabel 3. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

| No | JENIS PENDIDIKAN | FREKUWENSI | |
|----|------------------|------------|-------|
| | | n | % |
| 1 | Tidak sekolah | 39 | 36,79 |
| 2 | SD | 36 | 33,96 |
| 3 | SMP | 19 | 17,93 |
| 4 | SMA | 8 | 7,55 |
| 5 | PT | 4 | 3,77 |
| | Jumlah | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 3, didapatkan bahwa sebagian besar responden tidak sekolah, yaitu sebanyak 39 orang (36,79%).

Hasil pengamatan terhadap dukungan keluarga dan kepatuhan berobat, seperti pada uraian berikut:

Dukungan keluarga pada klien skizofrenia dijelaskan pada tabel 4 berikut:

Tabel 4. Dukungan keluarga pada klien skizofrenia.

| No | DUKUNGAN KELUARGA | FREKUWENSI | |
|----|-------------------|------------|-------|
| | | n | % |
| 1 | Kurang | 19 | 17,92 |
| 2 | Baik | 87 | 82,08 |
| | Jumlah | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 4, didapatkan bahwa dukungan keluarga klien skizofrenia sebagian besar dikategorikan baik, yaitu sebanyak 87 orang (82,08%).

Kepatuhan berobat pada klien skizofrenia dijelaskan pada tabel 5 berikut:

Tabel 5. Kepatuhan berobat pada klien skizofrenia.

| No | KEPATUHAN BEROBAT | FREKUWENSI | |
|----|-------------------|------------|-------|
| | | n | % |
| 1 | Tidak patuh | 59 | 55,66 |
| 2 | Patuh | 47 | 44,34 |
| | Jumlah | 100 | 100 |

Berdasarkan tabel 5, didapatkan bahwa kepatuhan berobat klien skizofrenia sebagian besar tidak patuh, yaitu sebanyak 59 orang (55,66%).

Adapun hasil analisa data untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia, menggunakan uji *Spearman rho* dijelaskan seperti tabel 6 berikut:

Tabel 6. Hasil Analisis Data Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Berobat Klien Skizofrenia

| | | DUKUNGAN KELUARGA | | | | Total | | P |
|-----------|-------------|-------------------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| | | Kurang | | Baik | | n | % | |
| | | n | % | n | % | | | |
| Kepatuhan | Tidak Patuh | 18 | 16,98 | 41 | 38,68 | 59 | 55,66 | 0,000 |
| | Patuh | 1 | 0,95 | 46 | 43,39 | 47 | 44,34 | |
| Berobat | Total | 19 | 19,93 | 87 | 82,07 | 106 | 100 | |

Berdasarkan tabel 6, bahwa pada dukungan keluarga yang kurang sebanyak 18 orang (17%) yang kepatuhan berobat dikategorikan tidak patuh dan sebanyak 1 orang yang patuh berobat, sedangkan pada dukungan keluarga yang baik sebanyak 17 orang (16%) yang tidak patuh berobat dan sebanyak 32 orang (30,2%) patuh berobat.

Berdasarkan hasil uji *spearman rho*, didapatkan hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia didapatkan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$) yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, jadi ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia. Dari hasil analisis didapatkan bahwa dukungan keluarga berkontribusi sebesar 44,3%

terhadap kepatuhan berobat klien skizofrenia dan sebesar 55,7% dipengaruhi faktor lain.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan keluarga klien skizofrenia yaitu sebanyak 19 orang (17,9%) dengan dukungan kurang, sebanyak 38 orang (35,8%) dengan dukungan cukup, dan sebanyak 49 orang (46,2%) dengan dukungan baik. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga klien skizofrenia dikategorikan baik.

Hasil penelitian yang didapatkan juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Siahaan (2012) di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan, sebesar 65,6% responden merasakan dukungan keluarga pada tingkatan yang baik, sebesar 12,5% pada tingkatan cukup, dan sebesar 21,9% pada tingkatan kurang.

Dukungan keluarga adalah dorongan dari anggota keluarga klien untuk melakukan kunjungan ke sarana kesehatan guna mendapatkan pelayanan kesehatan Rachmadiany (2008). Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi dan mental (Ryan dan Austin, dalam Friedman, 2010).

Hasil penelitian yang menunjukkan dukungan keluarga yang baik (46,2%), menandakan bahwa keluarga klien skizofrenia memberikan perhatian yang baik terhadap klien. Klien skizofrenia sangat memerlukan dukungan dari keluarga dalam proses penyembuhan klien karena mempunyai peranan yang besar bagi klien skizofrenia, masih adanya peranan keluarga yang kurang (17,9%) perlu menjadi perhatian tenaga kesehatan, khususnya perawat dalam memberikan pemahaman yang benar tentang pentingnya dukungan keluarga bagi klien skizofrenia dalam proses pengobatan klien. Berdasarkan hasil *crossstab* antara umur, jenis kelamin dan pendidikan dengan dukungan keluarga menunjukkan bahwa umur dan jenis kelamin tidak terdapat perbedaan yang menonjol dengan dukungan yang diberikan keluarga kepada klien, perbedaan mencolok terdapat

pada tingkat pendidikan klien dimana pada tingkat pendidikan SLTA, terdapat 8 orang (7,5%) dengan dukungan keluarga baik dan tidak ada dukungan keluarga kurang dan cukup, begitu juga pada tingkat pendidikan Diploma/PT, terdapat 4 orang (3,8%) dengan dukungan keluarga baik dan tidak ada dukungan keluarga yang kurang dan cukup. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan klien, dukungan keluarga yang diberikan semakin baik, ini disebabkan karena anggota keluarga memberikan perhatian yang lebih baik kepada klien.

Hasil penelitian yang didapatkan bahwa dukungan keluarga yang sebagian besar dikategorikan baik dan didukung oleh hasil penelitian Siahaan (2012), menunjukkan bahwa keluarga masih memperhatikan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa (skizofrenia). Kebiasaan dan adat budaya di Indonesia juga mendukung bahwa bila ada anggota keluarga yang sakit, maka anggota keluarga yang lain akan saling mendukung dan membantu.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa kepatuhan berobat klien skizofrenia yaitu sebanyak 59 orang (55,7%) yang tidak patuh dan sebanyak 47 orang (44,3%) yang patuh. Hal tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan berobat klien skizofrenia dikategorikan tidak patuh.

Hasil penelitian yang didapatkan didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Aryani (2003) mengenai hubungan faktor internal dan eksternal keluarga terhadap kepatuhan berobat klien skizofrenia di Poliklinik Dewasa RSJP Prof. HB. Sa'anin Padang, menyimpulkan bahwa kepatuhan klien skizofrenia untuk melakukan kontrol berobat, sebanyak 47,1% yang patuh dan yang tidak patuh melakukan kontrol sebanyak 52,9%.

Kepatuhan adalah faktor yang menentukan efektifitas dari pengobatan. Kepatuhan yang buruk akan membuat dampak ganda dalam arti mengeluarkan banyak dana dan memperburuk kualitas hidup klien. Bagi klien, ketidakpatuhan

berobat mengakibatkan kegagalan dalam pengobatan dari sudut pandang ekonomi kesehatan, karena dapat meningkatkan biaya berobat yaitu dengan mahalnya harga obat pengganti dan lamanya perawatan di rumah sakit atau hospitalisasi (Sackett, 1976 dalam Keliat, 2006). Kepatuhan dalam pengobatan (*medication compliance*) adalah mengkonsumsi obat-obatan yang diresepkan dokter pada waktu dan dosis yang tepat dan pengobatan hanya akan efektif apabila mematuhi peraturan dalam penggunaan obat (Maharani, 2007).

Berdasarkan hasil *crosstab* antara umur, jenis kelamin dan pendidikan dengan kepatuhan berobat menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan tidak terdapat perbedaan yang menonjol dengan kepatuhan berobat klien klien. Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan berobat klien tidak terlalu dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan klien.

Adanya ketidakpatuhan pada klien skizofrenia dalam proses pengobatan bisa disebabkan karena proses pengobatan memerlukan waktu yang lama sehingga kadang-kadang menimbulkan kebosanan klien dalam menjalani proses pengobatan. Ketidakpatuhan juga bisa disebabkan oleh karena proses pengobatan itu sendiri seperti obat yang terlalu banyak sehingga menimbulkan kebosanan klien minum obat, bisa juga disebabkan oleh karena efek obat menimbulkan ngantuk bisa membuat aktivitas klien terhambat sehingga dapat meningkatkan ketidakpatuhan.

Hasil penelitian menunjukkan tingkat kepatuhan tingginya yang tidak patuh dan didukung juga oleh penelitian Aryani di Padang, menunjukkan bahwa masih kurangnya pemahaman klien dan keluarga pentingnya kepatuhan berobat, ini juga bisa disebabkan karena kebosanan dari klien dalam menjalani pengobatan oleh karena proses berobat klien skizofrenia cukup lama dan bisa seumur hidupnya.

Berdasarkan hasil uji *spearman rho* untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia didapatkan nilai $p=0,000$

($p<0,05$) yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, jadi ada hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia. Dukungan data bahwa pada dukungan keluarga kurang sebanyak 18 orang (17%) yang kepatuhan berobat dikategorikan tidak patuh dan sebanyak 1 orang patuh berobat, sedangkan pada dukungan keluarga yang baik sebanyak 17 orang (16%) yang tidak patuh berobat dan sebanyak 32 orang (30,2%) yang patuh berobat.

Hasil penelitian yang didapatkan didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Siahaan (2012), yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ Prof. dr. HB. Sa'anin Padang ($p=0,000$).

Dukungan dari anggota keluarga merupakan faktor-faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidakpatuhan (Niven, 2004). Mengurangi terjadinya *compliance* atau *adherence* pada klien skizofrenia yang sedang menjalankan proses pengobatan sangat penting untuk melibatkan keluarga, guna mendukung klien agar selalu patuh berobat. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam mengantisipasi kekambuhan klien dengan cara membawa klien kontrol berobat secara teratur ke pelayanan kesehatan terdekat (Sumampow, dalam Anna, 2012).

Klien skizofrenia yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah yang lebih baik secara maksimal, sehingga klien skizofrenia akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal. Dengan dukungan keluarga yang seimbang bagi klien skizofrenia sangat diharapkan agar dapat meningkatkan keinginan untuk sembuh dan memperkecil kekambuhannya. Dukungan keluarga yang meningkat akan meningkatkan kepatuhan

dari klien untuk berobat, karena klien merasa mendapat dukungan moral yang sangat berarti bagi dirinya untuk menjalani pengobatan yang sedang dijalannya. Perawat perlu memberikan pemahaman yang benar tentang pentingnya dukungan keluarga, perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara perawatan klien skizofrenia di rumah, khususnya kepatuhan terhadap pengobatan yang dijalani klien.

Hasil penelitian yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia dan didukung juga oleh hasil penelitian Siahaan (2012) di Padang menunjukkan bahwa keluarga mempunyai peranan untuk meningkatkan kepatuhan berobat klien skizofrenia. Dukungan dari keluarga akan membantu klien lebih bersemangat untuk menjalani pengobatannya. Dari hasil analisis didapatkan bahwa dukungan keluarga berkontribusi sebesar 44,3% terhadap kepatuhan berobat klien skizofrenia dan sebesar 55,7% dipengaruhi oleh faktor lain. Menurut Siahaan (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan klien skizofrenia berobat yaitu: penyakit, regimen terapi, dan interaksi klien dengan profesional kesehatan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan didapatkan hasil sebagai berikut:

Dukungan keluarga pada klien skizofrenia didapatkan sebagian besar atau sebanyak 87 orang (82,06%) dikategorikan baik. Kepatuhan berobat klien skizofrenia didapatkan sebagian besar atau sebanyak 59 orang (55,7%) dikategorikan tidak patuh. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia ($p=0,000$).

DAFTAR RUJUKAN

Achjar, K. A. H., 2010, *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga Bagi*

Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Perawat Perkesmas, Jakarta: Sagung Seto.

Anna, N., 2012, *Dukungan Keluarga Dalam Pengobatan Skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ Prof. DR. HB. Sa'anin Padang*, (online), available: <http://repository.unand.ac.id/id/eprint/17907>, (12 November 2012).

Friedman. M., 2010, *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktik*, Edisi 5. Jakarta: EGC.

Keliat, B. A., 2006, *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*, Jakarta: EGC.

Maharani, S., 2007, *Rahasia Sehat: Pengetahuan Praktis Hidup Sehat Untuk Orang Cerdas*, Jakarta: Katahati.

Niven, N., 2004, *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Professional Kesehatan Lain*, Edisi 2, Jakarta: EGC.

Rachmadiany, 2008, *Pengaruh Karakteristik, Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Pasien Stres Pasca-Trauma Terhadap Pemanfaatan Pelayanan di Trauma Center Lhoksukon Kabupaten Aceh Utara*. (online), available: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/6687>, (28 Nopember 2012).

Siahaan, C. P., 2012. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Minum Obat Klien Skizofrenia Yang Mengalami Relaps di Rumah Sakit Jiwa Provsu Medan*, (online), available: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32883>, (11 Desember 2012).

Yosep, I., 2009. *Keperawatan Jiwa*, Edisi Revisi, Bandung: Refika Aditama.

RESPON BIOPSIKOSOSIAL PASIEN TUBERKULOSIS (TB) PARU

I Gusti Ketut Gede Ngurah

Putu Angga Ciptadi

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

E-mail : agungkusuma10@yahoo.co.id

Abstract: *Response Biopsychosocial of Pulmonary Tuberculosis Patients at Pulmonary.* The purpose of this study is to describe biopsychosocial response of patients with Pulmonary Tuberculosis at Pulmonary Polyclinic in Wangaya Hospital Denpasar. The method of this research was descriptive observational. The samples consisted of 36 respondents with consecutive sampling technique. The data were collected by questionnaire to get biopsychosocial response of their experience during suffering Pulmonary Tuberculosis disease. Based on the analysis of biological responses 36 people (100%) had cough, 33 people (92%) had malaise, 32 people (88%) had fever, 20 (56%) had short of breath, 17 people (47%) had chest pain and 13 (36%) had coughing up blood. The results of the psychosocial response measurements by Depression Anxiety Stress Scale (DASS) 21 found 28 people (78%) had anxiety; 19 people (53%) had depression; and 20 people (56%) had stress. To give holistic care to Pulmonary Tuberculosis patients is important because TB often leaves its impact physically and psychosocial on patients.

Abstrak: **Respons biopsikososial pasien Tuberkulosis (TB) paru.** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran respon biopsikososial penderita TB paru di Poliklinik Paru RSUD Wangaya Denpasar. Metode penelitian yang digunakan ialah diskriptif observasional. Sampel penelitian berjumlah 36 orang dengan tehnik *consecutive sampling*. Data dikumpulkan dengan memberi koesioner kepada responden untuk mendapatkan data berupa respon biopsikososial yang dialami pasien selama menderita TB paru. Hasil analisis didapatkan bahwa sebagian besar responden mengalami respon biologis berupa batuk 100%, malaise 92%, demam (88%), sesak nafas 56%, nyeri dada 47% dan batuk darah 36%. Hasil dari pengukuran respon psikososial dengan menggunakan *Depression Anxiety Stress Scale (DASS) 21* menemukan 28 orang (78%) mengalami kecemasan; 19 orang (53%) mengalami depresi; 20 orang (56%) mengalami stres. Memberi perawatan secara holistik sangat dibutuhkan untuk pasien TB Paru karena TB memberi dampak fisik dan psikososial pada pasien.

Kata kunci: respon biopsikososial, tuberkulosis paru

Penyakit menular Tuberkulosis (TB) masih menjadi perhatian dunia hingga saat ini. Belum ada satupun negara di dunia yang bebas dari TB. Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sebagian besar kuman menyerang paru-paru tetapi dapat menyebar mengenai organ tubuh yang lainnya

termasuk meninges, ginjal, tulang dan nodus limfe (Smeltzer, 2001) .

Salah satu langkah awal diagnosis adalah mendeteksi gejala-gejala klinisnya. Memiliki satu gejala atau tanda mungkin tidak cukup untuk mencari tahu apa penyebabnya. Beberapa penyakit yang berbeda dalam satu organ yang sama dapat menunjukkan gejala yang sama. Tanda dan gejala pada TB paru juga dapat dijumpai

pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain (Depkes RI, 2011). Hal tersebut akan berpengaruh pada ketepatan dalam rujukan untuk pemeriksaan diagnostik lanjutan yang diperlukan untuk menegakkan diagnosa.

Setelah semakin gencarnya upaya pemerintah, penanggulangan TB di Indonesia ternyata memiliki beberapa hambatan. Menurut PPTI (2011) terdapat beberapa fakta mengenai keberadaan TB di Indonesia yang menjadi hambatan, salah satunya yakni tersangka penderita merasa malu untuk berobat; persepsi yang ada di masyarakat bahwa penyakit TB adalah penyakit yang memalukan, tidak bisa sembuh dan tidak bisa diobati; penderita dan tersangka penderita sering dikucilkan dari masyarakat; bila telah menjalani pengobatan, penderita sering merasa jenuh karena harus minum obat yang jumlahnya banyak dalam jangka waktu yang lama; terkadang muncul efek samping yang tidak menyenangkan; dan penderita yang sudah merasa membaik, sering malas melanjutkan pengobatan karena merasa sudah sembuh atau malas minum obat.

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik RSUD Wangaya Denpasar jumlah pasien TB Paru Dewasa yang menjalani rawat jalan di Ruang Poliklinik Paru selama 3 tahun terakhir mengalami peningkatan. Pada tahun 2010 total kunjungan adalah 509 orang dengan jumlah kasus baru sebesar 212 kasus, 68 diantaranya adalah kasus BTA (+) dan 108 kasus rontgen positif; tahun 2011 total kunjungan 881 orang dengan jumlah kasus baru sebanyak 347 kasus, 136 diantaranya adalah kasus BTA (+) dan 147 kasus rontgen positif; dan tahun 2012 total kunjungan 967 dengan jumlah kasus baru sebanyak 467 kasus, 170 diantaranya kasus BTA (+) dan 188 kasus rontgen positif.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka akan timbul pertanyaan “Bagaimanakah gambaran respon biopsikosial penderita TB Paru di Poliklinik Paru RSUD Wangaya Denpasar

tahun 2013?” Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran respon biopsikosial penderita TB paru di Poliklinik Paru RSUD Wangaya Denpasar tahun 2013.

METODE

Metode penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah metode penelitian diskriptif observasional dengan model pendekatan *cross sectional*. Teknik Sampling yang digunakan adalah *consecutive* sampling dan diperoleh responden sebanyak 36 orang dalam kurun waktu satu bulan penelitian Mei- Juni 2013. Responden adalah pasien TB paru dengan kasus baru yang berumur ≥ 15 tahun dan sedang menjalani rawat jalan di poliklinik paru RSUD Wangaya. Data dikumpulkan dengan memberi koesioner kepada responden untuk mendapatkan data berupa respon biopsikosial yang dialami pasien selama menderita TB paru. Pengukuran respon biologis digunakan koesioner dengan melihat tanda gejala yang dialami responden. Sedangkan pengukuran respon psikososial menggunakan alat ukur berupa *Depression Anxiety Stress Scale (DASS) 21*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian tentang gambaran respon biopsikosial penderita Tuberkulosis (TB) paru ini dilakukan di poliklinik paru RSUD Wangaya Denpasar. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien Tuberkulosis (TB) paru yang di rawat di Poliklinik Paru RSUD Wangaya Denpasar tahun 2013 berada pada rentang umur 25-44 tahun yaitu sebanyak 26 orang (72%), sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 22 orang (61%), berpendidikan terakhir SMP yaitu sebanyak 12 orang (33%) dan bekerja sebagai pegawai swasta yaitu sebanyak 24 orang (67%).

Pengukuran respon biologis penderita Tuberkulosis (TB) Paru di Poliklinik Paru RSUD Wangaya Denpasar dilakukan dengan membagikan kuesioner yang berisi 14 butir pertanyaan tertutup mencakup 6 tanda dan gejala TB paru kepada responden.

Skala yang digunakan adalah skala *Guttman* yaitu dengan memberi jawaban “Ya” atau “Tidak”. Jawaban “Ya” diberi skor 1 sedangkan jawaban “Tidak” diberi skor 0.

Berdasarkan hasil analisis respon biologis didapatkan batuk dialami sebanyak 36 orang (100%), batuk yang diderita berbeda dari batuk biasa yaitu batuk terjadi berlangsung lebih dari 3 minggu. Respon biologis selanjutnya yaitu gejala malaise yang dialami sebanyak 33 orang (92%), gejala malaise yang sering dialami pada penelitian ini adalah gejala lemas, nafsu makan menurun dan berat badan menurun tanpa menjalani diet. Gejala demam dialami sebanyak 32 orang (88%), gejala demam ini hilang timbul disertai adanya keringat pada malam hari tanpa kegiatan fisik. Respon biologis lain yang dialami adalah berupa sesak nafas dialami sebanyak 20 orang (56%), nyeri dada sebanyak 17 orang (47%) dan batuk dengan dahak bercampur darah sebanyak 13 orang (36%).

Menurut Depkes RI (2011) batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih merupakan gejala utama Tuberkulosis (TB) paru. Hal ini menunjukkan bahwa batuk yang berlangsung lama merupakan gejala yang paling sering dialami pasien dengan Tuberkulosis (TB) paru dan merupakan keluhan pertama yang membuat pasien mencari pertolongan kesehatan. Hal serupa disampaikan oleh Sudoyo, dkk., (2009) yaitu batuk merupakan gejala yang paling banyak ditemui pada pasien dengan Tuberkulosis (TB) paru, batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus dan diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar.

Respon biologis yang paling sedikit dialami dalam penelitian ini adalah batuk darah yaitu sebanyak 36% responden (13 Orang). Hal ini menunjukkan batuk darah jarang merupakan salah satu tanda permulaan penyakit tuberkulosis karena berdasarkan penelitian ini didapatkan sebagian besar responden yaitu lebih dari separuh responden tidak pernah mengalami batuk darah. Disamping itu data tersebut menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis yang diderita oleh sebagian besar responden

belum mencapai stadium yang lebih lanjut, karena menurut teori yang disampaikan oleh Sudoyo (2009) batuk darah jarang merupakan salah satu tanda permulaan penyakit Tuberkulosis (TB) paru. Batuk darah terjadi pada penyakit TB paru stadium lanjut yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah dan proses TB paru harus cukup parah untuk dapat menimbulkan batuk dengan eksplorasi.

Hasil pengukuran respon psikososial didapatkan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Respon Psikososial Berupa Depresi

| Respon Depresi | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|----------------|---------------|----------------|
| Normal | 17 | 47 |
| Ringan | 13 | 36 |
| Sedang | 5 | 14 |
| Berat | 0 | 0 |
| Berat Sekali | 1 | 3 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Berdasarkan tabel 1 hasil pengukuran respon psikososial berupa depresi didapatkan bahwa depresi yang paling banyak dialami adalah depresi ringan yaitu sebanyak 36% (13 orang).

Menurut Ginting, (2008) faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya gangguan jiwa pada pasien TB paru yaitu mulai dari faktor individu seperti pemahaman, pencarian pengobatan dan persepsi sendiri hingga faktor-faktor psikososial seperti stigma berupa pandangan dan perlakuan kurang baik dari lingkungan dan keluarga.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Respon Psikososial Berupa Kecemasan

| Respon Kecemasan | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|------------------|---------------|----------------|
| Normal | 8 | 22 |
| Ringan | 8 | 22 |
| Sedang | 14 | 39 |
| Berat | 4 | 11 |
| Berat Sekali | 2 | 6 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Berdasarkan tabel 2 hasil pengukuran respon psikososial berupakecemasan didapatkan bahwa respon yang paling banyak dialami adalah kecemasan sedang yaitu sebanyak 39% (14 orang).

Kecemasan pada pasien penyakit TB ini bisa disebabkan karena seringkali penyakit ini menurunkan kemampuan pasien sebagai individu. Selain itu juga dalam bidang psikosomatik, terbukti adanya kaitan antara peran sistem dalam tubuh pasien Tuberkulosis yang memicu terjadinya kecemasan atau bahkan depresi. Seringkali pasien seperti ini jatuh ke dalam kecemasan dan depresi karena ketakutan akan kualitas hidupnya di masa depan (Hawari, 2011).

Tuberkulosis sama seperti penyakit infeksi kronis lainnya yang memerlukan waktu perawatan yang cukup panjang. Pemahaman yang kurang tentang penyakit ini akan berdampak pada persepsi negatif yang dapat merugikan penderita itu sendiri. Pemahaman yang salah juga berdampak timbulnya stigma sosial di masyarakat. Beberapa hal tersebut dicurigai menjadi penyebab utama ketakutan dan kekhawatiran pasien (Ginting, dkk., 2008).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Respon Psikososial Berupa Stres

| Respon Stres | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|--------------|---------------|----------------|
| Normal | 16 | 44 |
| Ringan | 17 | 47 |
| Sedang | 2 | 6 |
| Berat | 0 | 0 |
| Berat Sekali | 1 | 3 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Berdasarkan tabel 3 hasil pengukuran respon psikososial berupa stres didapatkan bahwa respon yang paling banyak dialami adalah stres ringan yaitu sebanyak 47% (17 orang).

Menyadari bahwa penyakit yang diderita adalah penyakit menular sehingga harus membatasi pergaulan dengan sekitar agar tidak menjadi agen penular penyakit kepada orang lain. Beberapa individu

mungkin beranggapan demikian sehingga mereka menyendiri dan membatasi pergaulannya dengan orang lain akibatnya timbul stress yang sangat berat. Namun, dalam penelitian ini hanya sebagian kecil responden yang mengalami gejala hingga stress sangat berat. Hal ini menunjukkan sebagian besar pasien dapat beradaptasi dengan keadaan yang dialami. Adanya dukungan dari pemberi pelayanan kesehatan yang memberikan penjelasan tentang penyakitnya melalui pendekatan empati dan memberi motivasi untuk kesembuhan pasien serta dukungan dari keluarga di sekitar pasien kemungkinan akan memberi pengaruh besar terhadap keadaan psikologis pasien.

Berdasarkan hal tersebut diatas sejalan dengan sumber yang menyatakan bahwa respon seseorang terhadap stresor psikososial yang dialaminya berbeda satu dengan lainnya, ada yang menunjukan gejala-gejala stress, kecemasan sampai dengan gejala depresi. Berbagai faktor dicurigai menjadi penyebab seorang penderita TB mengalami atau tidak mengalami stres, kecemasan ataupun depresi dan berat ringannya respon yang dialami. Faktor tersebut ada yang bersumber pada keadaan biologis, kemampuan beradaptasi terhadap lingkungan yang diperoleh dari perkembangan dan pengalamannya serta adaptasi terhadap stressor yang dihadapi (Hawari, 2011).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diatas dari 36 pasien Tuberkulosis (TB) paru yang menjadi responden dapat disimpulkan sebagai berikut:

Karakteristik pasien Tuberkulosis (TB) paru berdasarkan jenis kelamin didapatkan jenis kelamin pasien terbanyak adalah laki-laki yaitu sebanyak 22 orang (61%), berdasarkan umur didapatkan umur pasien terbanyak adalah rentang umur 25-44 tahun yaitu sebanyak 26 orang (72%), berdasarkan pendidikan terakhir pasien terbanyak adalah SMP yaitu sebanyak 12 orang (33%) dan

sebagian besar pasien bekerja sebagai pegawai swasta yaitu sebanyak 24 orang (67%).

Respon biologis yang dialami pasien Tuberkulosis (TB) paru berdasarkan gejala klinis yang paling banyak dialami adalah batuk sebanyak 36 orang (100%), selanjutnya adalah gejala malaise dialami sebanyak 33 orang (92%), gejala demam dialami sebanyak 32 Orang (88%), sesak nafas sebanyak 20 orang (56%), nyeri dada sebanyak 17 orang (47%) dan batuk dengan dahak bercampur darah sebanyak 13 orang (36%).

Respon psikososial yang paling banyak dialami pasien Tuberkulosis (TB) paru adalah gejala kecemasan yaitu sebanyak 28 orang (78%) dengan respon terbanyak adalah kecemasan ringan yaitu 14 orang (39%); selanjutnya adalah gejala stres yang dialami oleh 20 orang (56%) dengan respon paling banyak adalah stres ringan yaitu 17 orang (47%); dan gejala depresi dialami oleh 19 orang (53%) dengan respon terbanyak adalah depresi ringan yaitu sebanyak 13 orang (36%).

DAFTAR RUJUKAN

- Depkes RI., 2011, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, edisi 2 cet. pertama, Jakarta: Depkes RI.
- Ginting, Tribowono T., 2008, Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Timbulnya Gangguan Jiwa Pada Penderita Tuberkulosis paru Dewasa di RS. Persahabatan (Kualitatif), *Jurnal Respirasi Indonesia* 28 (1) : p. 20-26.
- Hawari, D. 2011, *Manajemen Stress; Cemas Dan Depresi*, Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran UI.
- PPTI, 2011, *Buku Saku TBC Bagi Masyarakat*, Denpasar: PPTI
- RSUD Wangaya, 2013, *Rekam Medik*, Denpasar: RSUD Wangaya.
- Smeltzer, S. C., 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth/ editor, Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare; alih bahasa, Agung waluyo...[et al.]; editor bahasa*

Indonesia, Monica Ester, Ed., 8, Vol., 1, Jakarta: EGC.

Sudoyo, Aru W., Bambang Setiyohadi, Idrus Alwi, Marcellus Simadibrata K., Siti Setiati. 2009, *Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid III, Edisi Kelima, Jakarta: Interna Publishing.

KOMUNIKASI SBAR EFEKTIF DALAM PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA (*HANDOVER*) PASIEN

I Ketut Suardana

Ni Made Adi Yudari

A.A.Istri Putra Kusumawati

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email: suardanamambal@yahoo.com

Abstract: *SBAR Communication Method Effective in Implementing Handover Patient.* The aim of this research is to analyze the relationship between SBAR Communication with effectivity of implementation handover. Design of the study is descriptive analytic at Wing Amerta of Sanglah Hospital on February 2012, with 36 samples was selected by purposive sampling method. Data was collected by observing respondent with checklist. The result of the study shown most of samples (97,22%) was used good level of SBAR communication on handover and 2,78% was middle level. Most of samples (94,44%) is shown effective handover and 5,56% middle level. Data analysis by using Rank Spearman Correlation test, it shown p value 0,001 ($< \alpha = 0,05$) and coefficient correlation value (r) 0,902. That means a significant relationship between effective SBAR communication with effectivity of handover.

Abstrak: **Komunikasi SBAR Efektif dalam Pelaksanaan Timbang Terima Pasien.**

Tujuan penelitian ini untuk menganalisa hubungan komunikasi SBAR dengan efektifitas timbang terima. Design penelitian bersifat deskriptif analitik yang dilaksanakan di ruang rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar dengan teknik *purposive sampling* pada 36 responden pada bulan Pebruari 2012. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki kriteria sangat sesuai dalam metode komunikasi efektif SBAR yaitu sebanyak 35 orang (97,22%), sisanya 2,78% cukup baik. Sebagian besar responden 94,44% melaksanakan timbang terima dengan efektif dan 5,56% cukup efektif. Hasil uji korelasi Rank Spearman diperoleh nilai $p = 0,001$ ($< \alpha = 0.05$ dan nilai koefisien korelasi sebesar 0,902 yang artinya terdapat pengaruh yang sangat kuat antara komunikasi efektif SBAR dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima.

Kata kunci: komunikasi SBAR, timbang terima

Rumah Sakit sebagai salah satu subsistem yang memegang peranan penting dari pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini disebabkan karena rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan kegawat daruratan, rawat jalan dan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien. Tidak hanya itu saja, untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut, rumah sakit memberikan pelayanannya secara komprehensif dan holistik (paripurna) yaitu tidak hanya melalui upaya kuratif (penyembuhan) saja tetapi juga preventif,

promotif, dan bahkan rehabilitatif atau pemulihan (Muninjaya,2004).

Era globalisasi dan semakin majunya perkembangan IPTEK membawa efek positif terhadap pelayanan kesehatan, yang memotivasi bisnis rumah sakit semakin berkembang terutama rumah sakit swasta yang menawarkan kualitas pelayanan yang semakin baik. Kondisi ini menyebabkan masyarakat semakin selektif untuk memilih rumah sakit yang mampu menyediakan kualitas pelayanan yang terbaik. Begitu pula tuntutan pelayanan kesehatan terus

meningkat baik dalam aspek mutu maupun keterjangkauan serta cakupan pelayanan.

Paradigma saat ini menunjukkan kondisi persaingan antar rumah sakit yang semakin kompetitif, mendorong pihak manajemen pengelola rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan (*service quality*) rumah sakit tidak selalu berkaitan dengan kepemilikan rumah sakit tersebut. Sangat wajar jika rumah sakit begitu perhatian terhadap masalah pelayanan karena, pelayanan bisa dikatakan tulang punggung jasa rumah sakit. Kepuasan pasien menjadi proses pelayanan yang penting dengan cara memberikan tanggapan lebih cepat dan lebih baik dibandingkan pesaing menurut Lottolah Najjar dalam Wijaya (2010). Kini rumah sakit semakin gencar meningkatkan kualitas *customer service*, dan program kualitas pelayanan lain, yang kesemuanya bermuara untuk menciptakan kepuasan pasien.

Indikator dari kualitas pelayanan yang dijadikan tolok ukur saat ini adalah *quality of care* dan *patient safety*. Salah satu kebijakan yang diambil pihak pemerintah untuk meningkatkan standar pelayanan rumah sakit menuju pelayanan dengan standar Internasional. Menteri Kesehatan melalui SK Menteri No. 1195 Tahun 2010 tentang Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Bertaraf Internasional (*Joint Commission Internasional*). Kualitas pelayanan di rumah sakit sangat erat hubungannya dengan kualitas pelayanan keperawatan karena sumber daya manusia terbanyak yang berinteraksi secara langsung dengan pasien di rumah sakit adalah perawat, sehingga kualitas pelayanan keperawatan dapat dinilai sebagai salah satu indikator baik atau buruknya kualitas pelayanan di rumah sakit (Aditama, 2010).

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Denpasar sebagai salah satu rumah sakit vertikal Pemerintah yang terbesar di Bali dan rumah sakit rujukan dengan fasilitas terlengkap di kawasan Bali-Nusa Tenggara dituntut mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Propinsi Bali sudah terkenal di mancanegara sebagai daerah

tujuan pariwisata dunia, sudah tentu dituntut untuk memiliki rumah sakit berstandar Internasional. Sesuai dengan Visi RSUP Sanglah Denpasar “Menjadi Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia Untuk Mewujudkan Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan” (RSUP Sanglah Denpasar, 2010) RSUP Sanglah sedang mempersiapkan proses pencapaian untuk menjadi rumah sakit berstandar internasional versi JCI pada akhir tahun 2012 (Pedoman Standar JCI RSUP Sanglah Denpasar, 2011).

Dalam penerapan pelayanan yang mengacu pada *Patient Safety* ada beberapa standar yang perlu diimplementasikan, salah satu standar tersebut adalah penerapan komunikasi efektif. Kerangka komunikasi efektif yang digunakan di RSUP Sanglah Denpasar adalah komunikasi efektif berbasis SBAR, yang digunakan pada saat perawat melakukan timbang terima (*handover*), pindah ruang perawatan maupun dalam melaporkan kondisi pasien kepada dokter (Tim KP-RS RSUP Sanglah, 2011).

Komunikasi efektif berbasis SBAR adalah kerangka teknik komunikasi yang disediakan untuk berkomunikasi antar petugas kesehatan dalam menyampaikan kondisi pasien (Permanente, 2011). SBAR merupakan kerangka yang mudah diingat, mekanisme nyata yang digunakan untuk menyampaikan kondisi pasien yang kritis atau perlu perhatian dan tindakan segera. S (*Situation*) mengandung komponen tentang identitas pasien, masalah saat ini, dan hasil diagnosa medis. B (*Background*) menggambarkan riwayat penyakit atau situasi yang mendukung masalah/situasi saat ini. A (*Assessment*) merupakan kesimpulan masalah yang sedang terjadi pada pasien sebagai hasil analisa terhadap *situation* dan *background*. R (*Recommendation*) adalah rencana ataupun usulan yang akan dilakukan untuk menangani permasalahan yang ada.

Dalam timbang terima pasien, ada dua hal penting yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu komunikasi yang akurat dan pastikan pemberian obat pada serah terima pasien. Komunikasi merupakan aspek penting yang harus dimiliki oleh pemberi

jasa pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan karena sumber daya manusia yang terbanyak di rumah sakit adalah perawat dan selama 24 jam berkesinambungan pasien selalu didampingi perawat. Dalam profesi keperawatan, komunikasi perawat-pasien merupakan salah satu kompetensi yang harus dikuasai perawat. Kompetensi komunikasi menentukan keberhasilan dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan pasien. Selama ini kompetensi komunikasi dapat dikatakan terabaikan, baik dalam pendidikan maupun dalam praktik (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006).

Komunikasi efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan perawat. Sebenarnya bila perawat dapat membangun hubungan komunikasi yang efektif dengan pasiennya, banyak hal-hal negatif dapat dihindari. Rida (2008) menyatakan bahwa komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena perawat terampil mengenali kebutuhan pasien.

Komunikasi yang tidak tepat berdampak fatal baik terhadap pasien maupun petugas itu sendiri. Banyak hal dan kejadian yang tidak diharapkan terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan berakar dari komunikasi. Penerimaan pesan yang salah dapat terjadi disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya kerangka/ model yang tidak jelas, sumber daya yang tidak memenuhi syarat atau Standar Prosedur Operasional (SPO) sebagai pedoman baku yang harus diikuti oleh perawat dalam prosedur pelayanan tidak jelas.

Fenomena yang dijumpai dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit terkait dengan komunikasi antar petugas terutama dalam kegiatan timbang terima pasien (*handover*) adalah komunikasi yang salah sehingga berdampak salah persepsi, waktu yang lama, isi (*content*) komunikasi yang tidak fokus tentang masalah pasien bahkan tidak jarang saat timbang terima (*handover*) topik pembicaraan sering ngelantur, informasi tidak lengkap sehingga perawat

harus menanyakan ulang kepada perawat yang bertugas sebelumnya. Situasi ini mengakibatkan pelayanan terlambat bahkan berdampak terhadap keselamatan pasien (*patient safety*).

Instalasi Wing Amerta adalah sebuah unit layanan yang memiliki pelayanan rawat jalan/poliklinik, rawat inap, kamar bersalin dan layanan penunjang untuk memfasilitasi kebutuhan masyarakat yang menghendaki pelayanan lebih nyaman di RSUP Sanglah. Instalasi ini dibuka pada tanggal 30 Desember 2004 sebagai perwujudan impian masyarakat untuk memiliki sebuah rumah sakit yang bertaraf internasional di Bali.

RSUP Sanglah Denpasar dalam meningkatkan komunikasi efektif antar petugas kesehatan yang ada dengan menetapkan kebijakan menggunakan komunikasi efektif berbasis SBAR. Kebijakan ini sejalan dengan salah satu standar yang dipersyaratkan dari JCI tentang *Patient Safety Goals*. Lama waktu timbang terima (*handover*) bervariasi tergantung kondisi pasien, biasanya berkisar dua (2) menit setiap pasien. Pasien yang mempunyai masalah khusus atau spesifik akan membutuhkan waktu yang lebih lama tetapi tidak lebih dari lima(5) menit (Nursalam, 2011). Kenyataan yang ada di lapangan masih banyak perawat yang melakukan timbang terima (*handover*) belum menggunakan kerangka komunikasi berbasis SBAR sehingga timbang terima belangsung lama dan kesalahan penerimaan pesan masih terjadi, ini berdampak menurunkan kinerja perawat dan merugikan para pengguna jasa layanan keperawatan yang dalam hal ini adalah pasien (Kristianto, 2009).

Metode timbang terima (*handover*) yang dilakukan saat pergantian shift belum ada standar/juknis yang pasti sehingga dalam pelaksanaannya membutuhkan waktu yang berbeda-beda tergantung dari kemampuan komunikasi maupun kemampuan klinis masing-masing perawat dalam menguasai kondisi pasien yang dirawat. Metode timbang terima yang sebelumnya dilakukan di Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar belum menggunakan konsep yang jelas, sehingga

menimbulkan berbagai kendala seperti, informasi yang kurang fokus, waktu yang panjang, kesalahan penerimaan pesan yang berefek pada salah persepsi, sehingga kurang efektif dan efisien. Berdasarkan laporan yang tercatat pada buku survey kepuasan pelanggan, laporan monitoring dan evaluasi pelayanan dan laporan *patient safety* di rawat inap Wing Amerta periode Juli-Desember 2011 didapatkan data sebagai berikut: komunikasi antar petugas tidak nyambung, pelayanan keperawatan lambat dengan alasan masih operan dan *medication error* oleh karena kesalahan penerimaan pesan.

Berdasarkan data dan fakta di atas maka perlu dilakukan analisa hubungan metode komunikasi efektif SBAR dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*) pasien di Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan metode komunikasi efektif SBAR dengan pelaksanaan timbang terima (*handover*) pada pasien rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar

METODE

Design penelitian ini adalah deskriptif analitik yang menggambarkan dan menganalisa hubungan antara metode komunikasi efektif SBAR dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima. Melalui pendekatan tabulasi silang (*cross tabulation*) dan *correlation study* digunakan untuk menganalisis korelasi atau hubungan antara variabel bebas (*independent variable*) dengan variabel terikat (*variable dependent*) yang dianalisis secara simultan.

Penelitian dilaksanakan selama dua minggu dari tanggal 6 Pebruari sampai dengan 19 Pebruari 2012. Populasinya adalah semua perawat di ruang rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar yang telah mendapatkan pengarahan dan sudah menerapkan komunikasi SBAR dalam upaya meningkatkan efektifitas pelayanan. Populasi dalam penelitian ini hanya perawat primer dan perawat *associate* yang berjumlah 36

orang. Teknik sampling yang dipergunakan adalah *purposive sampling*.

Observasi dilakukan dalam dua tahap terhadap setiap responden. Tahap pertama, observasi dilakukan saat responden berperan sebagai pemberi pesan/informasi dengan tehnik komunikasi SBAR dalam melaksanakan timbang terima (*handover*), tahap kedua responden yang sama diobservasi pada saat berperan sebagai penerima pesan dalam melaksanakan asuhan keperawatan sesuai pedoman observasi yang sudah disiapkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Responden dalam penelitian ini adalah 36 orang perawat pelaksana yang bertugas di rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar. Dari hasil analisis diperoleh karakteristik responden sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

| Jenis Kelamin | f | % |
|---------------|----|------|
| Perempuan | 32 | 88,9 |
| Laki-laki | 4 | 11,1 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Tabel di atas menunjukkan bahwa, dari 36 responden terbanyak berjenis kelamin perempuan berjumlah 32 orang (88,9) sedangkan laki-laki hanya empat (4) orang (11,1%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia

| Usia | f | % |
|------------|----|------|
| 20 – 25 th | 7 | 19,4 |
| 26 – 30 th | 13 | 36,1 |
| 31 – 35 th | 10 | 27,8 |
| 36 – 40 th | 6 | 16,7 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Tabel 2 menunjukkan dari 36 orang responden terbanyak berusia antara 26 sampai dengan 30 tahun yaitu sebanyak 13 orang (36,1%). Hal ini mencerminkan bahwa, sebagian besar perawat yang bertugas

pada pelayanan rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah masih usia muda.

Tabel 3. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

| Pendidikan | f | % |
|--------------------|----|------|
| D. III Keperawatan | 30 | 83,3 |
| S1 Keperawatan | 5 | 13,9 |
| D. III Kebidanan | 1 | 2,8 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Tabel 3 menunjukkan bahwa, dari 36 orang responden dilihat dari tingkat pendidikan, terbanyak pendidikan D III Keperawatan sebanyak 30 orang (83,3%).

Tabel 4. Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja

| Masa Kerja | f | % |
|---------------|----|------|
| 0 – 5 tahun | 17 | 47,2 |
| 6 – 10 tahun | 11 | 30,6 |
| 11 – 15 tahun | 8 | 22,2 |
| Jumlah | 36 | 100 |

Tabel 4 menggambarkan bahwa, dari 36 orang responden terbanyak dengan masa kerja 0 - 5 tahun sebanyak 17 orang (47,2%). Ini menunjukkan bahwa, perawat pelaksana pada Wing Amerta RSUP Sanglah, kebanyakan masa kerjanya masih baru, maka diperlukan pendidikan dan pelatihan serta evaluasi secara berkesinambungan untuk meningkatkan ketrampilan kerja.

Hasil observasi terhadap 36 orang perawat pelaksana yang bertugas di rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah, Denpasar, untuk mengetahui hubungan metode komunikasi efektif SBAR dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*). Berikut disajikan hasil analisis data dari masing-masing observasi yang telah dilakukan:

Hasil observasi pelaksanaan komunikasi efektif SBAR terhadap 36 orang perawat pelaksana yang bertugas di rawat

inap Wing Amerta RSUP Sanglah, Denpasar adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Distribusi Hasil Observasi Pelaksanaan Komunikasi Efektif SBAR

| No | Variabel | Sangat Sesuai | | Sesuai | | Kurang Sesuai | |
|----|----------|---------------|------|--------|------|---------------|------|
| | | f | % | f | % | f | % |
| 1 | X1 | 35 | 87,5 | 1 | 2,5 | - | - |
| 2 | X2 | 33 | 91,7 | 3 | 8,3 | - | - |
| 3 | X3 | 15 | 41,7 | 19 | 52,8 | 2 | 5,6 |
| 4 | X4 | 6 | 16,7 | 19 | 52,8 | 11 | 30,6 |
| 5 | X5 | 9 | 25,0 | 20 | 55,6 | 7 | 19,4 |
| 6 | X6 | 12 | 33,3 | 16 | 44,4 | 8 | 22,2 |
| 7 | X7 | 24 | 66,7 | 12 | 33,3 | - | - |
| 8 | X8 | 26 | 72,2 | 10 | 27,8 | - | - |
| 9 | X9 | 30 | 83,3 | 6 | 16,7 | - | - |
| 10 | X10 | 31 | 86,1 | 5 | 13,9 | - | - |

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilaksanakan kepada 36 orang responden yang hasilnya dirangkum pada tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa, dari 10 variabel komunikasi efektivitas SBAR yang nilai observasinya terbanyak dengan kriteria Sangat Sesuai adalah variabel X₁ yaitu, variabel “Perawat memberi salam dan memperkenalkan diri” sebanyak 35 orang (87,5%) dan X₂ yaitu, variabel “Perawat menjelaskan tujuan kedatangan mereka” juga sebanyak 35 orang (87,5%). Variabel yang nilai observasinya terbanyak Kurang Sesuai adalah X₄ yaitu variabel “Perawat melaporkan riwayat sebelumnya yang mendukung permasalahan yang sedang terjadi” dengan jumlah 11 orang (27,5%)

Dari data pada tabel di atas selanjutnya diolah agar diperoleh kualifikasi atau kategori terhadap metode komunikasi efektif SBAR terhadap responden yang dapat dilihat pada tabel 6 di bawah ini:

Tabel 6. Rekapitulasi Hasil Penilaian Metode Komunikasi SBAR

| Skor | f | % | Kriteria |
|--------|----|-------|-------------|
| < 14 | - | 0 | Kurang Baik |
| 14-27 | 1 | 2,78 | Cukup Baik |
| 28-40 | 35 | 97,22 | Sangat Baik |
| Jumlah | 36 | 100 | |

Berdasarkan Tabel 6 mayoritas responden yaitu 97,22% dengan kriteria sangat baik dalam pelaksanaan metode komunikasi efektif SBAR, sisanya 2,78% dalam kriteria cukup baik.

Hasil observasi pelaksanaan komunikasi timbang terima (*handover*) terhadap 36 orang perawat pelaksana yang bertugas di rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar dapat dilihat pada tabel 7

Tabel 7. Distribusi Hasil Observasi Pelaksanaan Komunikasi Timbang Terima (*Handover*)

| No | Nama Variabel | Sangat Sesuai | | Sesuai | | Kurang Sesuai | |
|----|---------------|---------------|------|--------|------|---------------|------|
| | | f | % | f | % | f | % |
| 1 | Y1 | 34 | 94,4 | 2 | 5,6 | - | - |
| 2 | Y2 | 17 | 47,2 | 16 | 44,4 | 3 | 8,3 |
| 3 | Y3 | 15 | 41,7 | 17 | 47,2 | 4 | 11,1 |
| 4 | Y4 | 18 | 50,0 | 17 | 47,2 | 1 | 2,8 |
| 5 | Y5 | 11 | 30,6 | 20 | 55,6 | 5 | 13,9 |
| 6 | Y6 | 8 | 22,2 | 23 | 63,9 | 5 | 13,9 |
| 7 | Y7 | 28 | 77,8 | 8 | 22,2 | - | - |
| 8 | Y8 | 25 | 69,4 | 11 | 30,6 | - | - |
| 9 | Y9 | 11 | 30,6 | 25 | 69,4 | - | - |
| 10 | Y10 | 7 | 19,4 | 20 | 55,6 | 9 | 25,0 |

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilaksanakan kepada 36 orang responden yang hasilnya dirangkum pada tabel 7 di atas menunjukkan bahwa, dari 10 variabel efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*) yang nilai observasinya terbanyak dengan kriteria Sangat Sesuai adalah variabel Y₁ yaitu, variabel “Perawat menyampaikan laporan dengan bahasa dan istilah yang mudah dimengerti” sebanyak 34 orang (94,4%). Variabel yang nilai observasinya terbanyak Kurang Sesuai adalah Y₁₀ yaitu variabel “Dokumentasi asuhan keperawatan lengkap dan akurat” dengan jumlah 9 orang (25,0%), variabel Y₅ yaitu “Kesinambungan asuhan keperawatan berjalan dengan baik” dan variabel Y₆ yaitu “Implementasi tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan” dengan jumlah masing-masing 5 orang (13,9%). Dari data pada tabel di atas selanjutnya diolah agar

diperoleh kualifikasi atau kategori terhadap efektifitas pelaksanaan timbang terima (*Handover*) terhadap responden dapat dilihat pada tabel 8 di bawah ini:

Tabel 8. Rekapitulasi Efektifitas Pelaksanaan Timbang Terima (*Handover*)

| Jumlah Skor | f | % | Kriteria |
|-------------|----|-------|----------------|
| < 14 | - | 0 | Kurang Efektif |
| 14-27 | 2 | 5,56 | Cukup Efektif |
| 28-40 | 34 | 94,44 | Sangat Efektif |
| Jumlah | 36 | 100 | |

Berdasarkan Tabel .8 terlihat bahwa 94,44% responden dalam melaksanakan timbang terima (*handover*) dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan kriteria sangat efektif sedangkan kriteria responden cukup efektif sebesar 5,56%.

Kedua variabel dalam penelitian ini merupakan variabel dengan skala ordinal, sehingga untuk menganalisis pengaruh kedua variabel tersebut digunakan uji korelasi rank spearman. Uji statistik pengaruh antara kedua variabel yaitu variabel X (metode komunikasi efektif SBAR dengan variabel Y (efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*)) dianalisis dengan bantuan komputer program SPSS for windows versi 16.0 dan tingkat kesalahan 5%. Hasil pengolahan data diperoleh p value 0,000 yaitu kurang dari 0,05, yang berarti bahwa H_a diterima, maka dapat dikatakan ada pengaruh antara X (metode komunikasi efektif SBAR dengan variabel Y (efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*)). Nilai koefisien korelasi adalah 0,902 yang artinya terdapat pengaruh yang kuat dan menunjukkan arah positif

Hasil penelitian dan observasi terhadap metode komunikasi SBAR yang digunakan oleh perawat saat melaksanakan timbang terima (*handover*) pada pergantian *shift* di rawat inap Wing Amerta RSUP Sanglah menunjukkan kemampuan masing-masing

perawat dalam menggunakan metode komunikasi SBAR berbeda, hal tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain: usia, pendidikan, pengalaman, masa kerja, dan lainnya. Sebagian besar perawat sudah mampu dalam menerapkan komunikasi SBAR yaitu sebanyak 31 perawat (77,5%) dengan katagori sangat sesuai dan lima (5) orang (12,5%) dengan katagori sesuai, tidak ada perawat yang tidak mampu melakukan komunikasi dengan metode SBAR.

Bila dilihat dari item kegiatan yang diobservasi dapat dijelaskan kegiatan X_4 (perawat melaporkan riwayat sebelumnya yang mendukung permasalahan yang sedang terjadi) sebanyak 11 orang (27,5%) tidak sesuai, kegiatan X_5 (perawat menyimpulkan tentang kondisi pasien saat ini) sebanyak tujuh (7) orang (17,5%) tidak sesuai dan kegiatan X_6 (perawat menyampaikan usul/solusi tindakan selanjutnya untuk mengatasi permasalahan yang terjadi) sebanyak delapan (8) orang (20,0%) tidak sesuai. Metode komunikasi SBAR mulai diperkenalkan dan disosialisasi di RSUP Sanglah Denpasar sejak bulan Agustus 2011, tehnik ini masih relatif baru sehingga dalam pelaksanaannya masih banyak ditemui kekurangan. Untuk meningkatkan kemampuan dalam hal komunikasi, materi ataupun teori saja kurang efektif sehingga diperlukan simulasi dan role play dalam pembelajaran. Studi eksperimen yang dilakukan Kesten (2011) pada mahasiswa keperawatan di Georgetown University *School Of Nursing and Health Studies, Washington, DC* menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kemampuan komunikasi SBAR yang hanya dengan pemberian teori dibandingkan dengan pemberian teori ditambah *role play*. Pemberian teori ditambah *role play* menunjukkan hasil yang lebih baik.

Data hasil observasi menunjukkan perawat dengan pendidikan yang lebih tinggi (sarjana/S1) maupun masa kerja yang lebih lama memiliki kemampuan komunikasi yang lebih baik dibandingkan dengan pendidikan diploma (D III) maupun masa kerja yang pendek. Hasil penelitian ini sependapat

dengan model proses komunikasi yang digambarkan oleh Schermerhorn, Hunt dan Orborn dalam Konsil Kedokteran Indonesia (2006) yaitu komunikasi akan berjalan efektif atau dapat saja terjadi kesenjangan antara maksud pengirim pesan dengan yang dimengerti oleh penerima pesan karena beberapa hambatan seperti pengetahuan, pengalaman, perbedaan sudut pandang, budaya, bahasa dan lainnya sehingga usia yang relative lebih muda dan dengan pengalaman yang masih terbatas akan berefek terhadap kemampuan komunikasi seseorang.

Dari statistik terlihat jelas pelaksanaan timbang terima (*handover*) pada pergantian *shift* di rawat inap Wing Amerta berjalan sangat efektif, hal ini dapat dilihat dari hasil observasi yang dilakukan terhadap 36 orang perawat yang melaksanakan *handover* pada pergantian *shift* dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang dirawat. Efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*) dilihat dari tiga tahap pelaksanaan yaitu *input*, proses dan *output*. *Input* dinilai dari kegiatan 1,2 dan 3, proses dinilai dari kegiatan 4,5,6 dan 7 sedangkan *output*/hasil dilihat dari kegiatan 8,9 dan 10. Dari sepuluh item kegiatan di atas nilai observasi terbanyak dengan kriteria sangat sesuai adalah Y_1 yaitu variabel "Perawat menyampaikan laporan dengan bahasa dan istilah yang mudah dimengerti" sebanyak 34 orang (94,4%) ini berarti sebagian besar perawat mampu berkomunikasi menggunakan bahasa yang benar, tidak menggunakan istilah yang mengandung pengertian lebih dari satu dan kebijakan dari rumah sakit tentang penggunaan istilah maupun singkatan baku yang ditetapkan di RSUP Sanglah Denpasar. Kegiatan yang nilai observasinya terbanyak Kurang Sesuai adalah Y_{10} yaitu variabel "Kesinambungan asuhan keperawatan berjalan dengan baik" dengan jumlah sembilan (9) orang (25,0%). Kegiatan lain yang nilai observasinya kurang sesuai adalah variabel Y_5 yaitu "Kesinambungan asuhan keperawatan berjalan dengan baik" dan variabel Y_6 yaitu "Implementasi tindakan

sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan” dengan jumlah masing-masing lima (5) orang (13,9%).

Pelaksanaan yang kurang sesuai selain karena masalah komunikasi, bisa disebabkan oleh faktor lain seperti kondisi lingkungan dan beban kerja. Rawat inap Wing Amerta merupakan salah satu unit pelayanan di RSUP Sanglah yang memiliki fasilitas terlengkap dan diharapkan mampu menyediakan pelayanan terbaik. Pasien yang memilih pelayanan di Wing Amerta adalah mereka dengan kemampuan ekonomi menengah ke atas dan pejabat. Dengan jumlah tenaga keperawatan yang terbatas berdampak pada peningkatan beban kerja, situasi ini merupakan salah satu faktor penyebab standar pelayanan yang diberikan kurang sesuai. Beban kerja yang tinggi menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan kesalahan. *Medical error* 26% disebabkan oleh kelelahan maupun beban kerja yang berlebihan (Muhajir, 2007).

Untuk memberikan pelayanan yang efektif terhadap pasien, perawat dituntut mampu melakukan kolaborasi dan komunikasi antar perawat maupun dengan profesi kesehatan lain di dalam memberikan pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Mc. Caffrey (2010) menunjukkan bahwa unsur komunikasi dan kolaborasi diantara pemberi pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap hasil perawatan pasien dan kejadian *medical error*. Peningkatan komunikasi antar perawat dan dokter berefek meningkatkan kualitas pelayanan.

Menurut Rein (2011) kerangka “SBAR” yang digunakan pada saat *handover/handoff* adalah kerangka komunikasi yang mudah digunakan dan sangat efektif dalam menginformasikan pesan yang penting dan membutuhkan antisipasi segera, sebagai contoh pasien dengan risiko jatuh melalui tehnik SBAR yang efektif maka kejadian jatuh tidak sampai terjadi. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Mikos (2008) komunikasi SBAR dapat menurunkan interupsi dan distraksi selama melakukan

handoff karena informasi yang disampaikan lebih terfokus dan hanya memuat hal-hal penting/kritis yang perlu ditindak lanjuti oleh pemberi pelayanan berikutnya. Kondisi ini mempengaruhi penurunan waktu timbang terima yang signifikan yaitu sebesar 70% dari rata-rata enam menit menurun hingga kurang dari dua menit waktu yang diperlukan untuk melaporkan kondisi setiap pasien, ini sangat berpengaruh dalam menekan kelebihan jam kerja dan mampu menekan *cost overtime* karyawan.

Kejadian fatal (*sentinel events*) yang terjadi dalam pelayanan kesehatan merupakan akibat dari komunikasi yang tidak efektif. Sebaliknya komunikasi efektif dimana informasi yang disampaikan tepat, jelas, lengkap dan tidak berarti ganda dan mudah dimengerti oleh penerima pesan akan menurunkan kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*). The Joint Commission dalam Amato-Vealey (2008). Metode komunikasi SBAR yang sudah diterapkan di RSUP Sanglah Denpasar diharapkan dapat meningkatkan efektifitas pelayanan sehingga kualitas pelayanan yang diberikan dapat memuaskan customer baik internal maupun eksternal.

Hasil uji statistik korelasi *Rank Spearman* pada penelitian ini menunjukkan ada hubungan antara metode komunikasi efektif SBAR yang diterapkan di rawat inap Wing Amerta dengan efektifitas pelaksanaan timbang terima (*handover*) yang menghasilkan ρ value 0,000. Nilai koefisien korelasinya adalah 0,902 yang artinya terdapat pengaruh yang kuat dan menunjukkan arah positif.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh *The Joint Commission Organizations* tentang *sentinel events* didapatkan data bahwa kejadian total *sentinel events* terjadi oleh karena masalah komunikasi sebesar 70% (Mikos, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Haig (2006) dalam Kesten (2011) juga menunjukkan bahwa komunikasi SBAR menjamin komunikasi diantara para pemberi pelayanan kesehatan efektif dan menurunkan angka

kejadian *sentinel events* dari 89,9 per 1000 pasien perhari menjadi 39,96 per 1000 pasien perhari pertahun.

Implementasi *role play* tehnik komunikasi SBAR pada saat mahasiswa keperawatan melakukan post conference dan melaporkan kondisi pasien membuat rasa percaya diri mereka meningkat ditambah kemampuan berpikir kritis mereka meningkat karena mereka lebih aktif dan berpartisipasi dalam sesi simulasi/*role play* (Ascano-Martin, 2008 dalam Kesten, 2011).

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa metode komunikasi efektif SBAR yang diterapkan oleh manajemen RSUP Sanglah Denpasar sangat efektif di dalam pelayanan keperawatan khususnya dan pelayanan kesehatan secara umum karena memberi efek terhadap citra rumah sakit dan kualitas pelayanan secara umum.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian, hal-hal yang dapat disimpulkan adalah sebagai berikut: Mayoritas responden memiliki kriteria sangat sesuai dalam metode komunikasi efektif SBAR yaitu sebanyak 35 orang (97,22%). Mayoritas responden memiliki kriteria penilaian sangat efektif dalam pelaksanaan timbang terima yaitu 34 orang (94,44%). Ada hubungan antara Metode komunikasi efektif SBAR dengan efektifitas timbang terima (*handover*) pasien di rawat Inap Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar.

DAFTAR RUJUKAN

- Aditama, T.Y. 2010. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Amato-Vealy, E.J. 2008. Hand-Off Communication: A Requisite For Perioperative Patient Safety. *Aorn Journal*, 88(5): 763-770, (online), (<http://www.aornjournal.org>, diakses 29 Desember 2011)
- Instalasi Wing Amerta, 2011. *Buku Survey Kepuasan Pasien Rawat Inap*. RSUP Sanglah
- Kemenkes RI, 2010, *Tujuh Rumah Sakit Tanda Tangani Komitmen Akreditasi*

Internasional, Ditjen Buk, (online), (<http://buk.depkes.go.id>, diakses 2 Januari 2012)

- Kesten, K.S. 2011. Role-Play Using SBAR Technique to Improve Observed Communication Skills in Senior Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 50(2): 79-87
- McCaffrey, R.G. 2010. A Program to Improve Communication and Collaboration Between Nurses and Medical Residents. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4): 172-178
- Muninjaya, A.A.G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Musliha dan Fatmawati, S. 2010. *Komunikasi Keperawatan*. Jogjakarta: Nuha Medika
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Ohio's Medicare Quality. 2009. *SBAR Communication*, (online), (<http://www.ohiokepro.com>, diakses 28 Desember 2011)
- Permanente, K. 2011. *SBAR Technique For Communication: A Situational Briefing Model*. Evergreen, Colorado, USA, (online), (<http://www.ihl.org>, diakses 28 Desember 2011)
- Rein. 2011. *The 'SBAR' Tool To Communicate Fall Risk*, (online), (<http://www.seekwellness.com>, diakses 29 Desember 2011)
- Tim PKRS. 2007. *Company Profile Sanglah Hospital Bali*. Denpasar: RSUP Sanglah
- Tim KP-RS. 2011. *Pedoman Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Denpasar: RSUP Sanglah
- Wahyudi, A. 2010. Urgensi Komunikasi Dalam Menunjang Efektivitas Penyelenggaraan Pelayanan Publik. *Borneo Administrator*, 6(3): 2122-2139
- Wibisono, A. 2010. *Efektif Dan Efisiensi*, (online), (<http://aguswibisono.com>, diakses 1 Januari 2012)

